

# **Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau**

## **Bericht der Arbeitsgruppe der AOLG**

**Berlin**

**19.04.2011**

### **Beschluss der 84. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 30.6.2011, TOP 5.6**

#### **Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der äußeren Leichenschau**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die GMK nimmt den Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zur Kenntnis und dankt der Arbeitsgruppe für ihre Arbeit.
2. Die GMK ist wie die Justizministerkonferenz der Auffassung, dass eine Verbesserung der ärztlichen Leichenschau anzustreben ist.
3. Die GMK empfiehlt den Ländern, den Landesärztekammern sowie den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die sie betreffenden Prüfergebnisse umzusetzen.
4. Die GMK bittet das Bundesministerium für Gesundheit zu prüfen, ob bei einer Novellierung der GOÄ die Gebühr für die Leichenschau angemessen erhöht werden sollte.
5. Die GMK bittet die Justizministerkonferenz, die Innenministerkonferenz sowie die Kultusministerkonferenz, diesen Beschluss zur Kenntnis zu nehmen.

## A.

### Berichtsauftrag

Die 78. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister (JuMiKo) vom 28. bis 29. Juni 2007 in Berlin hat unter TOP II.3 „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“ folgenden Beschluss gefasst:

*„In der Fachöffentlichkeit wird die Besorgnis geäußert, dass die derzeitige Praxis der Leichenschau die Feststellung nicht natürlicher Todesfälle nicht immer sicher gewährleiste. Eine mögliche Ursache liege darin, dass die Leichenschau nahezu in allen Ländern nicht durch entsprechend spezialisierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werde.“*

*Die Justizministerinnen und Justizminister halten diese Thematik für klärungsbedürftig. Sie bitten ihre Vorsitzende, an die Innen- und Gesundheitsministerkonferenz mit dem Ziel heranzutreten, das derzeitige System der Leichenschau zu überprüfen und gegebenenfalls gemeinsam ein Konzept zur Verbesserung der Leichenschau zu entwickeln.“*

In Ausführung des Auftrags hat der Strafrechtsausschuss der Justizministerkonferenz eine Projektgruppe eingerichtet, an der für die Justizministerkonferenz Vertreter der Landesjustizverwaltungen Nordrhein-Westfalen (Vorsitz), Berlin, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein, für die Innenministerkonferenz Vertreter der Landesinnenverwaltungen Bayern, Brandenburg und Hamburg, für die Gesundheitsministerkonferenz Vertreter der Gesundheitsverwaltungen Brandenburg, Bremen, Hessen und Niedersachsen sowie für die Kultusministerkonferenz ein Vertreter des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur teilnehmen.

Die „Projektgruppe zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“ hat das bestehende Todesfeststellungsverfahren überprüft und Verbesserungsvorschläge erarbeitet und am 09.09.2009 ihren Abschlussbericht fertig gestellt.

Die 83. Gesundheitsministerkonferenz hat am 1. Juli 2010 in Hannover den Beschluss der Justizministerkonferenz vom 05.11.2009 zu TOP II. 5 „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“ sowie die Reformvorschläge der Projektgruppe mit Beschluss 5.4 vom 01.07.2010 zur Kenntnis genommen und den Beschluss gefasst:

*„Die GMK hält eine nähere Prüfung der Reformvorschläge für erforderlich. Sie beauftragt die AOLG, für diese Prüfung eine länderoffene Arbeitsgruppe einzusetzen und ihr über das Ergebnis zur 84. GMK 2011 zu berichten.“*

In der 26. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden wurde am 18./19. November 2010 in Nörten-Hardenberg der Vorsitz der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der äußeren Leichenschau Berlin übertragen. Die länderoffene Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der Leichenschau, bestehend aus Vertretern der Gesundheitsverwaltungen der Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen sowie Rheinland-Pfalz, hat Ende November 2010 ihre Arbeit aufgenommen.

## B.

### Verfahren

Im Rahmen einer Telefonkonferenz am 16. Dezember 2010 hat die Arbeitsgruppe über das erforderliche Verfahren beraten, wie der Auftrag der GMK, bis zur 84. GMK 2011 ein Prüfergebnis vorzulegen, zu erfüllen ist. Die Arbeitsgruppe hat zwei Arbeitsgruppentreffen (am 17./18. Januar 2011 sowie am 28. Februar/01. März 2011) durchgeführt. Im Rahmen ihrer Beratungen hat die Arbeitsgruppe eine Expertenanhörung durchgeführt. Aufgrund der länderoffenen Gestaltung der Arbeitsgruppe wurden grundsätzlich keine Abstimmungen zu Einzelthemen durchgeführt, die Formulierung "die Arbeitsgruppe" drückt in der Regel eine einheitliche oder überwiegende Meinung aus. Auf detaillierte Darstellung der Meinung einzelner Ländervertreter wurde bewusst verzichtet. Die Ergebnisse der Expertenanhörung sind in die Bewertungen und Empfehlungen der Arbeitsgruppe eingeflossen und werden ebenfalls in der Regel nicht explizit erwähnt.

### Teilnehmer der Arbeitsgruppe:

Bayern:	Herr Frank Plesse
Berlin:	Herr Dr. Stefan Poloczek (Vorsitz) Frau Dr. Brigitte Wrede Frau Birgit Gwozdz
Brandenburg:	Frau Petra Untze
Bremen:	Herr Matthias Christelsohn
Hamburg:	Herr Dirk Everding
Mecklenburg-Vorpommern:	Frau Karin Beckmann
Niedersachsen:	Herr Dr. Thomas Horn
Nordrhein-Westfalen:	Herr Rainer Godry, vertreten durch Herrn Knut Micke
Rheinland-Pfalz:	Herr Dr. Jürgen Faltin

### Teilnehmer der Expertenanhörung:

Bundesärztekammer	Frau Dr. Brigitte Hefer (Ärztekammer Nordrhein)
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin	Herr Prof. Dr. Hansjürgen Bratzke (Institut für Rechtsmedizin der Universität Frankfurt/Main) Herr Prof. Dr. Michael Tsokos (Institut für Rechtsmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin)
Bund Deutscher Kriminalbeamter	Herr Wilfried Albishausen
Deutscher Richterbund - Bund der Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte	Herr Stefan Finkel (Vorsitzender des Landesverbandes und Richter am Kammergericht Berlin)

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)	Frau Dr. Elke Bruns-Phillips Herr Dr. Klaus Bethke
Deutscher Städtetag	Herr Dr. Rainer Kundt (Stadt Essen, Gesundheitsamt)
Statistisches Bundesamt	Herr Torsten Schelhase

Der Deutsche Landkreistag konnte aus terminlichen Gründen keinen Vertreter entsenden, hat aber eine schriftliche Stellungnahme abgegeben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. sowie der Deutsche Städte- und Gemeindebund sind der Einladung zur Expertenanhörung nicht gefolgt.

## C.

### Ergebnis der Prüfung der Reformvorschläge der Projektgruppe unter Leitung der JuMiKo

Die in dem Abschlussbericht der „Projektgruppe zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“ enthaltenen Reformvorschläge wurden im Einzelnen mit folgenden Ergebnissen beraten:

#### **Reformvorschlag 1 - Entkoppelung von Todesfeststellung und äußerer Leichenschau**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Als wesentliche Voraussetzung für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau sieht die Projektgruppe eine grundsätzliche Entkoppelung der Todesfeststellung von der Leichenschau an. Wie bislang sollte die Todesfeststellung durch den Arzt erfolgen bzw. von dem Arzt veranlasst werden, der von der Leblosigkeit einer Person in Kenntnis gesetzt worden ist. Zur Vornahme der Todesfeststellung bleibt jeder approbierte Arzt gesetzlich verpflichtet. Die Vornahme der der Todesfeststellung nachfolgenden äußeren Leichenschau sollte hingegen durch einen speziell im Rahmen einer Zusatzqualifikation fort- und weitergebildeten Arzt und wegen der hohen Bedeutung der Auffindesituation für die zu treffenden Feststellungen grundsätzlich am Auffindeort des Toten sowie unverzüglich erfolgen. Einer Zusatzqualifikation bedürfen aufgrund ihrer besonderen Sachkunde Rechtsmediziner nicht.*

*Die de lege lata in den Bestattungsgesetzen der Länder vorgesehene grundsätzliche Verpflichtung aller approbierten Ärzte zur Durchführung der Leichenschau sollte daher durch eine entsprechende Befugnisregelung in den Bestattungsgesetzen der Länder ersetzt werden.*

*Aus Sicht der Projektgruppe spricht nichts dagegen, dass grundsätzlich der den Tod feststellende Arzt auch die Leichenschau durchführt, wenn er die dafür erforderliche Qualifikation erworben hat. Für den Fall, dass der den Tod feststellende Arzt über die Zusatzqualifikation nicht verfügt, ist seine Verpflichtung zur unverzüglichen Benachrichtigung eines zur Durchführung der Leichenschau befugten Arztes vorzusehen.*

*Intensiv diskutiert hat die Projektgruppe die Frage, ob vorbehandelnde Ärzte zur Durchführung der Leichenschau befugt sein sollen oder nicht. Im Ergebnis hat sich hinsichtlich ambulant behandelnder Ärzte Einigkeit ergeben, dass diese nicht ausgeschlossen sein sollten, wenngleich aus Sicht mehrerer Mitglieder der Projektgruppe es vorzuzugswürdig und wünschenswert wäre, wenn die Leichenschau immer von einem "neutralen" Arzt durchgeführt würde.*

*Mehrheitlich ist die Projektgruppe mit Blick auf Sterbefälle in Krankenhäusern, Heimen und Hospizen hingegen der Ansicht, dass die Leichenschau stets durch einen externen Leichenschauarzt vorgenommen werden sollte.*

*Diskutiert hat die Projektgruppe in diesem Zusammenhang einen Vorschlag des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, nur für unerwartete Todesfälle eine Leichenschau durch einen amtlichen Leichenschauarzt vorzusehen, der den Verstorbenen nicht behandelt hat und bei den Gesundheitsämtern angesiedelt ist. Bei erwarteten und bei allen im Krankenhaus eintretenden Todesfällen soll hingegen nach diesem Vorschlag die Leichenschau unverändert wie bisher durchgeführt werden. Zu ersteren soll insbesondere der Tod von Patienten zählen, die in der häuslichen Umgebung oder in einer Hospizeinrichtung palliativ versorgt worden sind. Als Begründung für die Sonderstellung des Krankenhausbereichs ist angeführt worden, dass dort eine weitreichende Kompetenz vorhanden sei, die in Verbindung mit internen Maßnahmen eine Qualitätssteigerung der Leichenschau sicherstellen könne. Die Projektgruppe hat sich im Ergebnis mehrheitlich gegen diesen Vorschlag ausgesprochen. Schon die Abgrenzung von erwarteten und unerwarteten Todesfällen hält sie für in der Praxis nicht durchgängig umsetzbar. So kann zum Beispiel in Fällen, in denen ein Patient an einer zum Tode führenden Krankheit leidet und deshalb sein Ableben erwartet wird, der Eintritt des Todes eine andere (insbesondere eine nicht natürliche) Ursache haben als die Erkrankung. Wie bereits ausgeführt, ist die Projektgruppe im Übrigen mehrheitlich der Ansicht, dass auch in Krankenhäusern die Leichenschau durch einen externen Leichenschauarzt vorgenommen werden sollte, weil bei ihm nicht der Anschein mangelnder Objektivität und Neutralität entstehen kann.*

*Das in England und Wales praktizierte Coroner-System und die niederländische Einrichtung eines forensisch tätigen Leichenschauarztes hält die Projektgruppe sowohl aus organisatorischen als*

*auch finanziellen Gründen für nicht auf Deutschland über-tragbar. Im Übrigen sieht die Projektgruppe das Coroner-System im Vergleich zum deutschen System nicht als leistungsfähiger an. Im Ergebnis gewährleistet das Coroner-System nicht mehr oder weniger als das nach der Strafprozessordnung durchgeführte Todesermittlungsverfahren. Auch das österreichische System (Leichenschau durch Sprengel- und Amtsärzte) hält die Projektgruppe mehrheitlich in Deutschland nicht für praktikabel.“*

### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die Entkoppelung von Todesfeststellung und äußerer Leichenschau würde voraussetzen, dass die Leichenschau besonders qualifizierten Ärzten und Ärztinnen vorbehalten ist.
- Die Mitglieder der Arbeitsgruppe halten es für wünschenswert, dass die äußere Leichenschau durch speziell im Rahmen einer Zusatzqualifikation fort- und weitergebildete Ärzte und Ärztinnen durchgeführt wird. Dies könnte auch zu einer Verbesserung bei der Feststellung und Dokumentation der Todesursache führen. Es wird für wünschenswert gehalten, dass (zumindest) jeder behandelnde Arzt/jede behandelnde Ärztin über die o.g. Zusatzqualifikation verfügt. Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin kann dann ergänzend über die Kenntnis der Krankengeschichte wesentlich zur Aufklärung der Todesursache beitragen.
- In der Umsetzung werden allerdings Schwierigkeiten gesehen: Es ist zu befürchten, dass sich nicht genügend Ärztinnen und Ärzte finden lassen, die diese Zusatzqualifikation erwerben. Dies würde dazu führen, dass eine flächendeckende und zeitnahe Sicherstellung der äußeren Leichenschau, insbesondere in ländlichen Gebieten, nicht gewährleistet werden kann.
- Dies bedeutet, dass im Grundsatz die Todesfeststellung und die äußere Leichenschau nach wie vor durch denselben Arzt/dieselbe Ärztin durchgeführt werden müssen.
- Für eine weitere flächendeckende Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau, insbesondere im Hinblick auf die Todesumstände, und die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden, müssen die die Leichenschau durchführenden Ärztinnen und Ärzte besser geschult werden, um die näheren Umstände, die zum Tod geführt haben, umfassender zu erkennen und zu dokumentieren (siehe Reformvorschlag 2) und zu melden (siehe Reformvorschlag 4).

### **Reformvorschlag 2 - Fort- und Weiterbildung zu Leichenschauärzten**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Zum Erwerb der besonderen Qualifikation zur Durchführung der äußeren Leichenschau empfiehlt die Projektgruppe die Schaffung von Regelungen zur Fort- und Weiterbildung durch die Ärztekammern, die eine Zusatzbezeichnung z. B. "qualifiziert zur Leichenschau" vergeben. Weiter spricht sich die Projektgruppe dafür aus, dass die Ärztekammern sich zum Zwecke der Durchführung der Fort-/Weiterbildung der an den rechtsmedizinischen Instituten tätigen Fachärzte für Rechtsmedizin bedienen, die über die erforderliche Sachkunde verfügen. Es sollten Mindestanforderungen hinsichtlich des zeitlichen Umfangs der Fort-/Weiterbildung festgelegt werden. Weiter sollte das Erfordernis der Teilnahme an einer bestimmten Anzahl von qualifiziert durchgeführten Leichenschauen und gerichtlichen Obduktionen geregelt werden.“*

### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die Leichenschau ist Bestandteil der ärztlichen Ausbildung. Dazu gehört auch, dass die Leichenschau nicht nur Gegenstand theoretischen Unterrichts, sondern auch praktischer Übungen ist.
- Die Arbeitsgruppe hält es für sinnvoll, die Leichenschau grundsätzlich zum Gegenstand jeder ärztlichen Weiterbildung zu machen, insbesondere derjenigen Fachgebiete, die vornehmlich mit der Leichenschau befasst sind (z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin,

Chirurgie).

- Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass die Landesärztekammern Fortbildungsangebote für die Leichenschau in erforderlichem Umfang anbieten und die Ärztinnen und Ärzte sich entsprechend ihrer – bereits bestehenden – Pflicht zur Leichenschau einerseits und zur Fortbildung andererseits auch entsprechend fortbilden. Die Landesärztekammern sollen sich die Fortbildung durch entsprechende Nachweise belegen lassen.
- Die Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die stationäre und ambulante Versorgung sicherstellen, haben nach Ansicht der Arbeitsgruppe dazu beizutragen, dass die die Leichenschau durchführenden Ärztinnen und Ärzte auch entsprechend fachlich qualifiziert sind.
- Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die rechtsmedizinischen Institute bei der Ausgestaltung der Inhalte und bei der Umsetzung der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu beteiligen.

### **Reformvorschlag 3 - Organisationsstruktur**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Diskutiert hat die Projektgruppe verschiedene denkbare Formen organisatorischer Anbindung der Leichenschauärzte. Eine solche hält sie zur Gewährleistung ständiger Erreichbarkeit entsprechend qualifizierter Ärzte und der Wahrung von Qualitätsstandards für geboten. Im Ergebnis ist die Projektgruppe der Ansicht, dass der ärztliche Leichenschaudienst den Gesundheitsämtern als Aufgabe übertragen werden sollte, die flächendeckend eine qualifizierte Leichenschau am ehesten sicherstellen können. Zur Erfüllung dieser Aufgabe kann das Gesundheitsamt eigenes qualifiziertes Personal einsetzen, sich eines rechtsmedizinischen Institutes bedienen, auf vorhandene Strukturen und Zusammenschlüsse, z. B. ärztlicher Kreis- und Bezirksverbände, zurückgreifen oder andere Ärzte mit erworbener Zusatzqualifikation ermächtigen. In jedem Fall bleibt das Gesundheitsamt für die ordnungsgemäße Durchführung der Leichenschau verantwortlich. Dies setzt aus Sicht der Projektgruppe voraus, dass das zuständige Gesundheitsamt über zumindest einen Arzt verfügt, der auf der Grundlage seiner besonderen Qualifikation befähigt und in der Lage ist, den Leichenschaudienst nicht nur zu organisieren, sondern ihn fachlich anzuleiten. Wünschenswert wäre eine Facharztqualifikation "Rechtsmedizin".*

*Aus Sicht der Projektgruppe spricht für regionale Übertragungen der Aufgabenwahrnehmung der äußeren Leichenschau an rechtsmedizinische Institute nicht nur die dort vorhandene besondere fachliche Kompetenz, sondern auch die damit verbundene Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Lehre sowie für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.“*

### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die Arbeitsgruppe ist insbesondere nach dem Ergebnis der Anhörung der Auffassung, dass eine flächendeckende Aufgabenzuweisung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. die unteren Gesundheitsbehörden nicht umsetzbar ist.
- Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass es in einzelnen Regionen, insbesondere in Ballungsgebieten, individuelle Möglichkeiten geben kann, den Reformvorschlag umzusetzen. In den Stadtstaaten sind schon zum Teil Regelungen vorhanden, die Aspekte des Reformvorschlages aufgreifen.
- Soweit die Gesundheitsverwaltungen diese Aufgaben übernehmen, ist im Sinne des Reformvorschlages eine Einbindung der rechtsmedizinischen Institute anzustreben.
- Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Qualitätssicherung (siehe Reformvorschlag 5) bleiben unberührt.

### **Reformvorschlag 4 - Meldepflicht**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Bei unter Berücksichtigung der Gesamtumstände sich ergebenden Zweifeln an einem natürlichen Tod hat der die Leichenschau durchführende Arzt die Polizei zum Zweck der Einleitung eines Todesermittlungsverfahrens zu benachrichtigen.*

Die Projektgruppe hält es für erwägenswert, zusätzlich für nachstehende Fälle eine zwingende Meldepflicht bereits für den den Tod feststellenden Arzt vorzusehen:

- Tod von Säuglingen und Kindern bis zum Alter von 16 Jahren
- Tod in amtlichem Gewahrsam (z. B. Justiz- oder Maßregelvollzug, Unterbringung nach PsychKG oder Polizeigewahrsam)
- Auffindung einer toten Person nach Wohnungsöffnung
- Fortgeschrittene Leichenveränderung (z. B. Fäulnis, Tierfraß)
- Tod nach berufsbedingtem Umgang mit giftigen oder gesundheitsgefährdenden Stoffen“

### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die Arbeitsgruppe befürwortet grundsätzlich die Einführung von Meldepflichten in noch zu definierenden Fallgruppen.
- Rechtliche Voraussetzung für eine Meldepflicht ist, dass bei den betreffenden Fallgruppen eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines nicht natürlichen Todesfalles besteht oder eine hohe Quote von nicht erkannten nicht natürlichen Todesfällen vorliegt.
- Die Festlegung einzelner Fallgruppen bedarf noch einer näheren Prüfung und Abstimmung mit den Beteiligten (insbesondere mit Justiz- und Innenressorts).
- Nach Ansicht der Arbeitsgruppe ist zu prüfen, ob immer die Staatsanwaltschaft oder die Polizei Empfängerin der Meldung sein muss oder vor der Einleitung eines Todesermittlungsverfahrens auch andere behördliche Stellen (Gesundheitsbehörden und rechtsmedizinische Institute) eine Klärung herbeiführen können.
- Nach Ansicht der Arbeitsgruppe sollte zusätzlich geprüft werden, ob Fallgruppen festzulegen sind, bei denen weitere rechtsmedizinische Maßnahmen (z. B. eine sogenannte Leichennachschaue mit Entnahme von Körperflüssigkeiten, bildgebender Diagnostik oder eine Obduktion) durchzuführen sind.
- Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Erfahrungen mit der gesetzlichen Regelung in Bremen, wonach Kinder, die vor Vollendung des sechsten Lebensjahrs gestorben sind, unter bestimmten Voraussetzungen obduziert werden sollen, zu berücksichtigen. Die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation nach § 23 a des bremischen Gesetzes ist bis zum 31.12.2013 durchzuführen.

### **Reformvorschlag 5 - Qualitätssichernde Maßnahmen**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Voraussetzung für die Befugnis zur Durchführung der äußeren Leichenschau sollte nicht nur ein einmaliger Erwerb der entsprechenden Qualifikation, sondern die Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen sein. Weiter empfiehlt die Projektgruppe, eine Möglichkeit vorzusehen, die Durchführung von äußeren Leichenschauen durch Ärzte zu unterbinden, die ihren Fortbildungsverpflichtungen nicht nachkommen oder die Leichenschau nach Feststellung des zuständigen Gesundheitsamtes mangelhaft ausführen.“*

*Erforderlich ist aus Sicht der Projektgruppe die Gewährleistung einer effektiven Qualitätskontrolle durchgeführter äußerer Leichenschauen. Dazu hält sie zunächst für erforderlich, dass Leichenschauscheine (bisherige Todesbescheinigung) unmittelbar und kurzfristig (spätestens am ersten Werktag nach dem Tag des Todes bzw. der Auffindung der Leiche) zu den Gesundheitsämtern gelangen. Diese sollten zur Durchführung einer Leichennachschaue bei anders nicht auszuräumenden Zweifeln an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der Angaben verpflichtet werden. Eingeräumt werden sollte den Gesundheitsämtern die Möglichkeit der Delegation der Durchsicht der Leichenschaubescheinigungen und ggf. der Durchführung der Leichennachschaue auf rechtsmedizinische Institute. Auch unabhängig davon erscheint eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und rechtsmedizinischen Instituten als qualitätssichernde Maßnahme angezeigt.“*



### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die Forderung nach einer regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wird von der Arbeitsgruppe befürwortet (siehe Reformvorschlag 2).
- Die Arbeitsgruppe sieht (aufgrund der zu Reformvorschlag 1 ergangenen Ergebnisse) keine rechtliche Möglichkeit, der Forderung, die Leichenschau durch nicht fortgebildete Ärztinnen und Ärzte zu unterbinden, nachzukommen.
- Die vorgeschlagene Qualitätskontrolle durch eine zeitnahe Überprüfung, einschließlich Nachfrage und Berichtigung der Angaben in den Leichenschauscheinen durch die Gesundheitsämter, wird seitens der Arbeitsgruppe ausdrücklich unterstützt. Dies gilt auch für die Einbeziehung der rechtsmedizinischen Institute.
- Bleiben nach der Prüfung des Leichenschauscheines Zweifel an der Richtigkeit oder der Plausibilität der Angaben, ist nach Ansicht der Arbeitsgruppe eine Leichennachschaue im Sinne der Antwort zu Reformvorschlag 4 in die Wege zu leiten.

### **Reformvorschlag 6 - Honorierung der äußeren Leichenschau**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Die Projektgruppe erachtet die derzeitige Honorierung der äußeren Leichenschau für unzureichend. Es handelt sich um eine äußerst verantwortungsvolle ärztliche Diagnose mit unter Umständen vielschichtigen und erheblichen Konsequenzen für Einzelne bzw. die Allgemeinheit. Auch ist der zeitliche Aufwand für eine umfassende und gründliche Leichenschau hoch. Dem wird die derzeit in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehene Honorierung nicht gerecht. Die Projektgruppe hält deshalb eine Erhöhung für dringend geboten. Die Projektgruppe hält eine Honorierung der äußeren Leichenschau im Regelfall mit einem Betrag in der Größenordnung von 170 Euro für angemessen.*

*Durch die vorgeschlagene Ausgestaltung der Durchführung der äußeren Leichenschau als von den Gesundheitsämtern wahrzunehmende Aufgabe wäre das Entgelt in Form einer Gebühr zu erheben. Dies gilt auch für die Leichenschau, die in stationären Einrichtungen durchzuführen sind. In der Gebühr ist ein Anteil in der Größenordnung von 20 Euro enthalten, der grundsätzlich dem Gesundheitsamt für die Wahrnehmung der administrativen Aufgaben und qualitätssichernden Maßnahmen zusteht und ggf. von demjenigen, der die Gebühr erhebt, abzuführen ist.*

*Die GOÄ wäre in Ziffer 100 entsprechend dem Vorschlag, eine von der Leichenschau getrennte Todesfeststellung einzuführen, anzupassen. Erfolgt die Todesfeststellung im Rahmen der Leichenschau, sollte nach Vorstellung der Projektgruppe das Entgelt für die Todesfeststellung in der Gebühr für die Leichenschau enthalten sein, also nicht gesondert berechnet werden dürfen.*

*Verbleiben sollte es bei der bisherigen Regelung, dass die Kosten der äußeren Leichenschau und der Todesfeststellung grundsätzlich von den Hinterbliebenen des Verstorbenen zu tragen sind.“*

### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die Arbeitsgruppe hält eine adäquate Honorierung der Leichenschau für erforderlich.
- Die Arbeitsgruppe schlägt vor, das Bundesministerium für Gesundheit aufzufordern, bei der anstehenden Novellierung der GOÄ die Gebühr für die Leichenschau angemessen zu erhöhen.
- Die Gebührenhöhe ist entsprechend einer transparenten und nachvollziehbaren Kostenkalkulation auszugestalten.

### **Reformvorschlag 7 - Äußere zweite Leichenschau**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Die Projektgruppe hat die Frage der Entbehrlichkeit der in den meisten Ländern vorgeschriebenen äußeren zweiten Leichenschau vor einer Feuerbestattung erörtert. Sie ist der Ansicht, dass sich bei Eintritt der von ihr erwarteten Qualitätssteigerung als Folge einer Realisierung ihrer Empfehlungen eine Entbehrlichkeit ergeben könnte. Bei einer Umsetzung der Empfehlungen der Projektgruppe entstehenden Mehrkosten für die Durchführung einer qualitativ verbesserten (ersten) äußeren Leichenschau würden Einsparungen durch den Fortfall der zweiten Leichenschau vor einer Feuerbestattung gegenüberstehen.“*

#### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die zweite Leichenschau dient vorwiegend der Strafrechtspflege, ist aber auch ein Element der Qualitätssicherung der äußeren Leichenschau insgesamt. Eine mögliche Abschaffung kann erst erwogen werden, wenn die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagenen qualitätssichernden Maßnahmen umgesetzt und evaluiert sind.

#### **Reformvorschlag 8 - Übergangsfristen**

Die Projektgruppe hatte hierzu folgenden Reformvorschlag formuliert:

*„Für die Umsetzung der unterbreiteten Vorschläge erachtet die Projektgruppe mehr-jährige Übergangsfristen als unumgänglich. Solche sind schon deshalb notwendig, um in ausreichender Anzahl Mediziner zu Leichenschauärzten zu qualifizieren und eingespielte Organisationsstrukturen zu schaffen. Innerhalb der Übergangsfristen müsste wie bisher jeder approbierte Arzt grundsätzlich verpflichtet sein, die äußere Leichenschau durchzuführen, falls ein besonders qualifizierter Leichenschauarzt nicht zur Verfügung steht.“*

#### **Ergebnis der AOLG-Arbeitsgruppe:**

- Die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Maßnahmen bedürfen keiner Übergangsvorschriften.

#### **Zusammenfassung:**

Die Reformvorschläge der Projektgruppe der JuMiKo sind von der Zielsetzung her zu begrüßen. Der Reformvorschlag 1 – Einrichtung eines flächendeckenden, speziell qualifizierten ärztlichen Leichenschaudienstes – ist nicht umsetzbar. In der Expertenanhörung wurde diese Meinung auch von den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, dem Berufsverband der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages bestätigt. Kernproblem ist die flächendeckende Sicherstellung der geforderten Kompetenz.

Mit der Verfolgung der nachfolgenden Vorschläge wären die Reformvorschläge 2, 3, 4 und 5 der JuMiKo-Projektgruppe in wesentlichen Teilen umgesetzt. Der Reformvorschlag 6 (Erhöhung der Gebühr durch GOÄ-Änderung) wird von der Arbeitsgruppe ebenfalls im Grundsatz geteilt, hier muss eine Neubewertung erfolgen. Eine alleinige Gebührenerhöhung wird allerdings nicht automatisch zu einer Verbesserung der Qualität der Leichenschau führen.

Der Reformvorschlag 7 (Wegfall der zweiten Leichenschau vor Feuerbestattung) ist nicht für alle Bundesländer relevant und kann erst nach Umsetzung und Evaluierung der anderen Maßnahmen erneut bewertet werden. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe hätten den Vorteil, ohne wesentliche Übergangsfristen eingeführt werden zu können (Reformvorschlag 8).

## **D.**

### **Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau**

Die Datenlage zu übersehenen nicht natürlichen Todesfällen ist nicht ausgeprägt, aber vorhanden. Die gegenwärtigen Verfahren ähneln sich in den Bundesländern, überall gibt es die dreistufige Einteilung der Todesarten. Von den Todesfällen, die als "nicht natürlich" oder "ungewiss/ungeklärt" eingestuft werden, wird ein nicht geringer Anteil von der Staatsanwaltschaft nach Aktenlage vor Einholung einer rechtsmedizinischen Expertise freigegeben und kein Todesermittlungsverfahren eingeleitet. Genaue Zahlen hierzu liegen nicht vor. Nach Informationen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin ist hier eine wesentliche Quelle für die Nichtaufdeckung von nicht natürlichen Todesfällen zu sehen. Daraus ergibt sich für die JuMiKo die Möglichkeit, auch im eigenen Zuständigkeitsbereich Maßnahmen zu überdenken, um die Anzahl nicht erkannter nicht natürlicher Todesfälle zu reduzieren.

Zur weiteren Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau auch im Hinblick auf die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden hält es die Arbeitsgruppe für erforderlich, in den Ländern folgende Maßnahmen anzustoßen:

#### **1. Verbesserung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung**

In der ärztlichen Ausbildung wird dem Thema nach Ansicht der Arbeitsgruppe bereits Aufmerksamkeit zuteil. Eine weitere Intensivierung hat vermutlich wenig Einfluss auf die tatsächliche Qualität, da zwischen Studium und Ausübung (erste eigenständige Leichenschau) meist viele Jahre liegen. In der ärztlichen Weiterbildung ist das Thema überwiegend zu wenig oder gar nicht verankert, eine spezifische Fortbildungspflicht existiert nicht.

Zumindest in den klinischen Fächern mit direktem Patientenbezug (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Innere Medizin usw.) sollen nach Ansicht der Arbeitsgruppe praktische Erfahrungen (z.B. eine Mindestzahl von Leichenschauen unter Aufsicht, Teilnahme an rechtsmedizinischen Obduktionen) gefordert werden. Eine Pflichtfortbildung als Voraussetzung für die Durchführung der Leichenschau wird nach Ansicht der Arbeitsgruppe schwer umsetzbar sein, da eine Verweigerung gleichzeitig die Problematik der Sicherstellung erhöht.

Aufgrund der Kammerautonomie ist eine wesentliche Verbesserung nur gemeinsam mit den Landesärztekammern möglich. Über das BMG ist eine Unterstützung durch die Bundesärztekammer wünschenswert. Die Einhaltung der Fortbildung kann aber auch über die Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht werden, sofern diesen die Verpflichtung auferlegt wird, die Ärztinnen und Ärzte hierzu explizit aufzufordern.

#### **2. Adäquate Qualitätskontrolle der Dokumentation**

Insbesondere die Expertenanhörung hat gezeigt, dass die bisherige Qualität der Dokumentation (Ausfüllen des Leichenschauscheines) in zahlreichen Fällen mangelhaft ist. Eine adäquate Kontrolle durch die unteren Landesgesundheitsbehörden (oder länderspezifisch auch andere Behörden) ist erforderlich. Wesentliche Mängel sind in folgenden Bereichen zu vermerken: Lesbarkeit, Vollständigkeit, Identifizierung sowie Plausibilität, insbesondere bei der Kausalkette der Todesursache.

Die Aufgabe der Überprüfung muss nach Ansicht der Arbeitsgruppe konsequenter von den bereits jetzt dafür zuständigen Behörden durchgeführt werden. In der Regel kann diese Maßnahme von den Ländern ohne Gesetzesänderungen umgesetzt werden.

#### **3. Einführung von Meldepflichten bei bestimmten Auffindsituationen**

Die bisherigen Todesarten (nicht natürlich, ungeklärt/ungewiss, natürlich) führen nach Ansicht

der Arbeitsgruppe bei den Ärztinnen und Ärzten immer wieder zu Verunsicherungen. Selbst bei Rechtsmedizinern bleiben immer wieder offene Fragen der genauen Klassifikation.

Deswegen sollten bestimmte Meldepflichten definiert werden, zu denen auch die bisherige Gruppe "nicht natürlich" gehören kann. Weitere Meldepflichten können aufgrund rechtsmedizinischer, epidemiologischer oder auch kriminalistischer Erkenntnisse hinzugefügt werden. Der Empfänger einer Meldung ist entweder die Polizei, kann aber auch die Gesundheitsbehörde oder Rechtsmedizin sein. Länderspezifisch können für diese Aufgaben ggf. eigene Dienste geschaffen werden oder auch andere Behörden (z.B. Jugendämter) in Frage kommen. Aus einer Meldesituation kann sich, wenn sich Zweifel an einer natürlichen Todesursache nicht ausräumen lassen, entweder eine Weitergabe des Falles an die Staatsanwaltschaft oder eine Leichennachschaue ergeben.

Für eine Einführung ist eine Änderung der Bestattungsgesetze der Länder erforderlich. Dennoch hätte das Verfahren im Gegensatz zum Modell der JuMiKo-Projektgruppe den Vorteil, dass es keine komplette Umstellung des Systems mit erheblichem Aufwand und Übergangstristen zur Folge hätte, sondern sukzessive eingeführt werden kann.

#### **4. Einführung einer Leichennachschaue durch die rechtsmedizinischen Institute in noch zu definierenden Fällen**

Als Leichennachschaue wird die eingehende Untersuchung einer Leiche durch einen Rechts-Mediziner bezeichnet, ohne dass dies der Einleitung eines Strafverfahrens und einer dann zwingend erforderlichen Obduktion bedarf. Hier können neben einer äußeren Leichenschau auch andere Verfahren der Diagnostik (z.B. bildgebende Diagnostik, Punktion von Körperhöhlen, Entnahme von Körperflüssigkeiten) erfolgen.

Wie in klinisch-medizinischen Fächern hätte die Leichennachschaue für den leichenschauenden Arzt/die leichenschauende Ärztin den Stellenwert eines "rechtsmedizinischen Konsils", also die Einholung einer fundierten fachärztlichen Meinung. Die Leichennachschaue kann aber auch von der Behörde initiiert werden, wenn es beispielsweise um den Schutz besonderer Personengruppen von Vorteil sein kann. Erst wenn sich im Verlauf der rechtsmedizinischen Untersuchung tatsächlich ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod ergibt, muss der Fall gemäß StPO der Polizei gemeldet werden. Die Leichennachschaue hat insbesondere den Vorteil, dass die Angehörigen von Verstorbenen nicht direkt mit der Polizei in Kontakt gebracht werden und somit in unbegründeten Fällen (heute bei jeder Todesart "ungewiss/ungeklärt") fälschlicherweise "kriminalisiert" werden.

Die Einführung der Leichennachschaue erfordert die Änderung der Bestattungsgesetze. Die Erfahrungen in Bremen, die sich aus der Einführung einer Obduktionspflicht (mit Widerspruchslösung) bei Kindern ergeben, können wertvolle Hinweise ggf. auf weitere Meldepflichten geben.

#### **Folgenabschätzung**

Für die betroffenen bzw. handelnden Personen und Institutionen ergeben sich im Vergleich zum bisherigen Verfahren und auch zum Vorschlag der JuMiKo-Projektgruppe folgende Auswirkungen durch die oben genannten Vorschläge:

- |                   |  |
|-------------------|--|
| Angehörige:       | Entkriminalisierung der Trauersituation durch seltenere direkte Einschaltung der Polizei und Staatsanwaltschaft vor der Rechtsmedizin, Wahrnehmung der Rechtsmedizin als medizinische Einrichtung  |
| Leichenschauarzt: | Wegfall der unklaren Begrifflichkeit "Todesart ungewiss/ungeklärt", Rechtsmedizin als erster Ansprechpartner bei Unklarheiten, seltener Einschaltung der Polizei, größere Rechtssicherheit durch (gesetzliche) Meldepflichten bei bestimmten Fallkonstellationen |
| Polizei:          | Weniger Alarmierungen durch Wegfall der Todesart "ungewiss/ungeklärt"  |

Staatsanwaltschaft:	Weniger ungefilterte Vorgänge, bessere Aktenlage durch bereits vorliegende rechtsmedizinische Expertise
Rechtsmedizin:	Neues Aufgabenfeld "Leichennachschaue" Veränderung der Anzahl von Obduktionen durch Einführung von Meldepflichten
ÖGD:	Rechtsmedizin als Erstansprechpartner für unklare Leichenschauschein, Wegfall der zweiten Leichenschau in Fällen der Leichennachschaue
Justizbehörden:	Höhere Rechtssicherheit im Hinblick auf unerkannte nicht natürliche Todesfälle durch Einführung von Meldepflichten und ggf. von Obduktionspflichten oder -empfehlungen (RiStBV)
Innenbehörden:	Ressourcenschonung durch seltenere Inanspruchnahme der (Kriminal-) Polizei
Gesundheitsbehörden:	Entdeckung vermeidbarer Todesfälle, besserer Schutz benachteiligter Gruppen (z.B. Kinder, Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner), bessere gesundheitspolitische Zieldefinition durch Verbesserung der Todesursachenstatistik

### Weitere Diskussionspunkte

Die folgenden Themenkomplexe wurden innerhalb der Arbeitsgruppe im Zusammenhang mit dem Thema diskutiert. Sie umfassen jedoch nicht den Auftrag der GMK und wurden deswegen nicht eingehend dokumentiert oder bewertet. Der Gedankenaustausch und ggf. die Erarbeitung von gemeinsamen Positionen der Länder zu den aufgeführten Themen erscheint den Mitgliedern der Arbeitsgruppe sinnvoll.

- Vorgaben zum Informationsaustausch zwischen dem leichenschauenden Arzt/der leichenschauenden Ärztin und dem bisher behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin
- Rückkoppelung über das Ergebnis einer weitergehenden Untersuchung (zweite Leichenschau, ggf. Leichennachschaue, Obduktion) an den leichenschauenden Arzt/die leichenschauende Ärztin
- Bundesweite Vereinheitlichung der Leichenschauschein
- Einführung elektronischer Leichenschauschein bzw. elektronischer Datenweitergabe innerhalb aller beteiligten Behörden
- Überprüfung des Nutzens der Todesursachenstatistik und derer gesundheitspoliti-scher Aussagekraft
- Einführung eines Mortalitätsregisters aufgrund EU-Vorgaben
- Einführung eines hauptamtlichen nichtärztlichen Leichenschauers auf Bachelor-Niveau

## **E.**

### **Ergebnis**

1. Die Justizbehörden sollten darauf hinzuwirken, dass bei Leichen, bei denen die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte eine nicht natürliche oder ungewisse/ungeklärte Todesart feststellen, rechtsmedizinische Untersuchungen eingeleitet werden.
2. Eine generelle Entkoppelung der Todesfeststellung von der Leichenschau sowie die Einführung spezieller Leichenschaudienste mit entsprechender Qualifikation und deren flächendeckender Sicherstellung durch die unteren Gesundheitsbehörden wird für nicht umsetzbar gehalten.
3. Zur weiteren Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau auch im Hinblick auf die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden ist es erforderlich, in den Ländern folgende Maßnahmen anzustoßen:
  - a. Verbesserung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung,
  - b. Adäquate Qualitätskontrolle der Dokumentation,
  - c. Einführung von Meldepflichten bei bestimmten Auffindesituationen,
  - d. Einführung einer Leichennachschaue durch die rechtsmedizinischen Institute in noch zu definierenden Fällen.
4. Die Arbeitsgruppe hält es für geboten, dass die Landesärztekammern dafür Sorge tragen, in die Weiterbildungsordnungen theoretische und praktische Kenntnisse über die Leichenschau aufzunehmen, Fortbildungsangebote in erforderlichem Umfang anzubieten und für die Wahrnehmung der Fortbildungsangebote zu sorgen.
5. Die Krankenhäuser und Kassenärztlichen Vereinigungen, die die stationäre und ambulante Versorgung sicherstellen, müssen in ihrem Einflussbereich dafür Sorge zu tragen, dass für die Leichenschau nur entsprechend qualifizierte und fortgebildete Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden.
6. Das BMG sollte bei der anstehenden Novellierung der GOÄ die Gebühr für die Leichenschau angemessen erhöhen.

Mit der Umsetzung der genannten Vorschläge ist davon auszugehen, dass durch die parallele Umsetzung mehrerer Verfahren die Qualität der äußeren Leichenschau verbessert wird. Es bleiben genügend Spielräume für länderspezifische Regelungen, die die geographischen Grundbedingungen, die allgemeine (ärztliche) Versorgungssituation und bestehende Regelungen berücksichtigen.

## F.

### Anhang

#### 1. Stellungnahmen (S. 17 - 34 nicht abgedruckt)

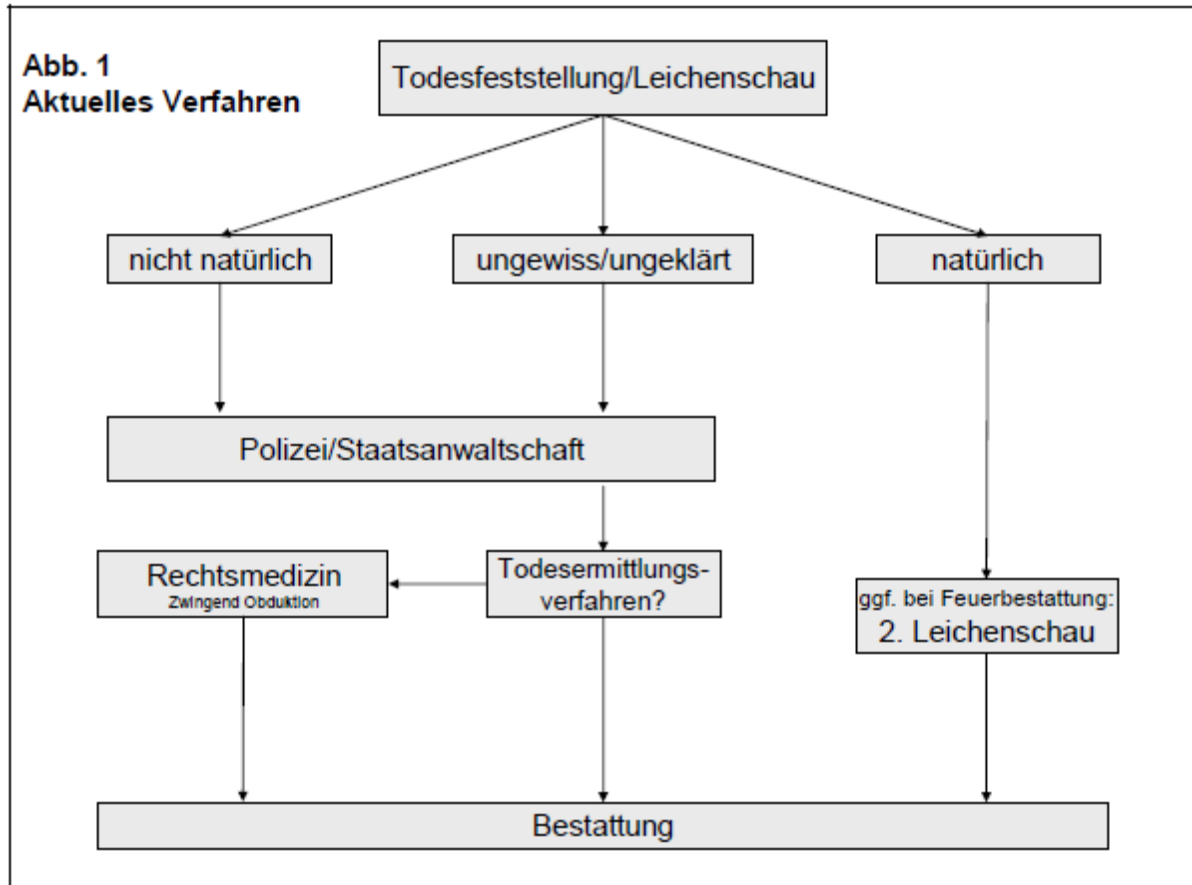
Eingegangene Stellungnahmen zu den Reformvorschlägen der Projektgruppe der JuMiKo für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau:

- Erste Einschätzung der Bundesärztekammer – Stand 04.01.2011
- Stellungnahme des BVÖGD vom 11.02.2011
- Schreiben des Deutschen Landkreistages vom 05.01.2011 sowie vom 11.02.2011
- Schreiben des Deutschen Städtetages (ohne Datum)

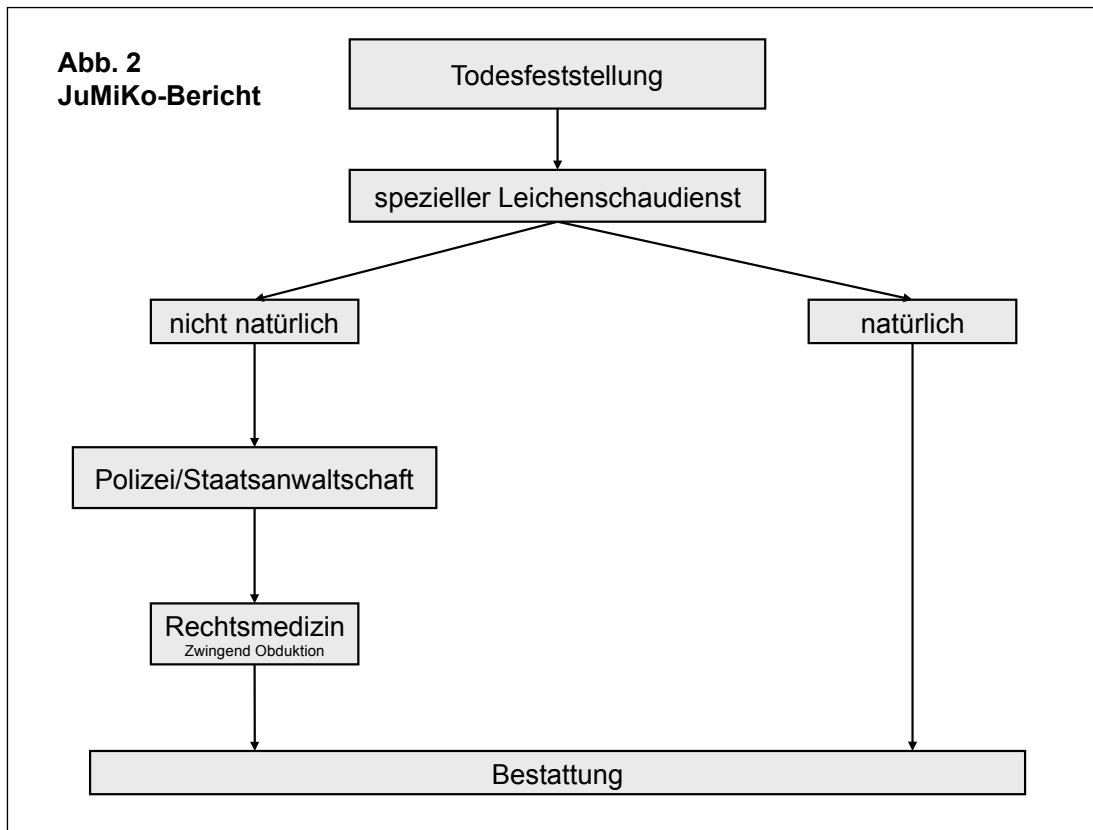
#### 2. Grafiken

Zur übersichtlichen Darstellung werden nachfolgend die bisherigen Verfahren (Abbildung 1), der Vorschlag der JuMiKo-Projektgruppe (Abbildung 2) und der Vorschlag der AOLG-Arbeitsgruppe (Abbildung 3) schematisch dargestellt. Diese Darstellung ist nicht abschließend und ggf. länderspezifischen Besonderheiten unterworfen.

Abbildung 1: Aktuelles Verfahren



**Abbildung 2: Vorschlag der JuMiKo-Projektgruppe**



**Abbildung 3: Vorschlag der AOLG-Arbeitsgruppe**

