

Festvortrag auf dem 12. Landesdelegiertentag des BDK Niedersachsens am 01.09.2009

von Michael Birkholz

„Tatort Deutschland - Wo bleibt die Lobby für die Toten“ ist das diesjährige Motto und zugleich mahnende Frage des Landesdelegiertentages des BDK NdS. Die Frage ist berechtigt, denn Getötete und Geschundene haben in der Tat keine große Lobby und die, die da ist, ist am ehesten im Kreise derjenigen zu suchen, die beruflich mit dieser Schattenseite unserer Gesellschaft zu tun haben. In sofern ist es auch gut, dass diese Frage in den Saal strahlt und nicht nach draußen. Denn - das Motto ist eine Frage an jeden von uns, ob er denn seinen Möglichkeiten entsprechend genug getan hat für die Opfer, die sonst keinen Beistand haben. Falls es hier und da noch ein paar Defizite geben sollte – das könnte man wieder gut machen, denn: es gibt genug zu tun. Ich werde noch darauf zurück kommen. Beim Lesen dieses Mottos viel mir plötzlich das alte Weihnachtslied „Alle Jahre wieder“ ein – denn, so aktuell die Frage auch ist – das wird niemand bestreiten - wirklich neu ist sie nicht. Und das hat mich animiert, mal ein wenig in den Unterlagen zu blättern, um zu schauen, wann begann das eigentlich, das Dauerthema Leichenschauisere. Nun - es war 1983, als die Generalstaatsanwälte unserer Republik sich erstmals zu Wort meldeten und - wie sie selbst formulierten - mit Besorgnis feststellten, dass die sichere Erkennung nichtnatürlicher Todesfälle in Deutschland nicht gewährleistet und damit ein gravierendes rechtsstaatliches Interesse gefährdet ist. Und sie forderten vor nunmehr 26 Jahren die Verantwortlichen auf, Abhilfe zu schaffen.

Seit dem ist viel passiert, nur durchgreifend geändert hat sich nichts.

1988 nahm die JuMiKo die Thematik noch einmal auf und initiierte eine Projektgruppe. Fünf Bundesländer zeigten damals Interesse an dieser Thematik und schickten Mitarbeiter. Man traf sich einige Male und beendete dann die Zusammenarbeit, ohne dass tatsächlich Reformen auf den Weg gebracht wurden. Bis auf in regelmäßigen Abständen auftauchende Berichte in der Regenbogenpresse über nicht erkannte Tötungsdelikte wurde es danach wieder recht still, bis 1997 das Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster die Ergebnisse einer multizentrischen Studie veröffentlichte, die hohe Wellen schlugen und bis heute den Befürwortern von Reformen die Hauptargumente liefert.

An der Studie unter dem Thema „Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland“, die von 1993 bis 1995 lief, hatten sich 23 der 38 rechtsmedizinischen Institute in Deutschland beteiligt. Die wesentlichsten Ergebnisse sind mit Sicherheit allen hier im Auditorium bekannt sein:

In unserem Land werden pro Jahr als solche nicht erkannt:

- 11.000 nichtnatürliche Todesfälle
- 1.200 Tötungsdelikte und
- 2.000 Todesfälle im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen

Wobei diese Zahlen als Minimalwerte angenommen wurden. Als Konsequenz forderten die Rechtsmediziner u.a. die Einführung einer spezialisierten Leichenschau.

Diese Studie löste zwar eine Vielzahl von Diskussionen aber kaum praktische Reaktionen aus. Die einzig nennenswerte war eine Stellungnahme der Bundesärztekammer. Diese bestätigte die Misere bei der Leichenschau und erarbeitete einen Muster-Leichenschaugesetzentwurf, welchen sie 2003 vorstellte und den Bundesländern zur Beachtung empfahl. Bei dieser Empfehlung blieb es.

Mehrere spektakuläre, zunächst nicht erkannte Tötungsdelikte brachten die Diskussion dann wieder in Gang. Beispielhaft genannt sei hier die größte Serie von Patiententötungen in der deutschen Nachkriegsgeschichte. Der sog. Todespfleger von Sonthofen hatte zwischen 2003 und Mitte 2004 28 Patienten zu Tode gespritzt. Die Deutsche Hospizstiftung trat darauf hin an die Öffentlichkeit und forderte die Einführung einer amtsärztlichen Leichenschau in allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Sie formulierte:

„Dort, wo das Sterben zum Alltag gehört, werden Totenscheine mit nichtssagenden Todesursachen wie Herzversagen viel zu schnell und unkritisch ausgestellt.“

Im November 2006 forderte die Gewerkschaft der Polizei auf ihrem 23. Ordentlichen Bundeskongress die Einführung eines amtlich bestellten Leichenbeschauers und auch der Bayerische Landtag befasste sich im Dezember 2006 mit diesem Thema: die SPD-Fraktion sprach sich für eine Verbesserung der Qualität der Leichenschau durch speziell ausgebildete Ärzte nach dem Vorbild von Österreich und die

Etablierung von ärztlichen Beweissicherungsdiensten für alle Landgerichts-bezirke aus.

Und im Juni 2007 – 19 Jahre nach ihrem ersten Anlauf - griff dann die Justizministerkonferenz erneut dieses Thema auf und fasste folgenden Beschluss:

„In der Fachöffentlichkeit wird die Besorgnis geäußert, dass die derzeitige Praxis der Leichenschau die Feststellung nichtnatürlicher 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.“

Darauf folgte eine Bitte an die Innen-, Gesundheits- und Kultusministerkonferenz, das derzeitige System der Leichenschau noch einmal zu überprüfen und ggf. gemeinsam ein Konzept zur Verbesserung der Leichenschau zu entwickeln.

Die Bundesärztekammer reagierte prompt, begrüßte die Initiative, verwies auf ihr Mustergesetz aus dem Jahre 2003 und machte im übrigen die konkurrierende Gesetzgebung der Länder für die bestehenden Defizite verantwortlich.

Innen-, Gesundheits- und Kultusministerkonferenz haben die Anregung der Justizminister aufgenommen und eine Projektgruppe etabliert, die am 21. August 2008 in Düsseldorf ihre Tätigkeit aufgenommen und fast auf den Tag genau ein Jahr später nach ihrer 4. Sitzung am 5. August 2009 ihre Tätigkeit mit der Vorlage eines Reformvorschlages beendet hat.

Und sofort drängen sich ein paar Fragen auf:

- Gibt es berechtigte Hoffnungen, dass es diesmal klappt oder wird vielleicht doch wieder alles im Sande verlaufen, wie vor 20 Jahren? Und damit im Zusammenhang:
- Warum gelingt es eigentlich einem der höchsten juristischen Gremien dieses Landes seit einem ¼ Jahrhundert nicht, einen Mangel abzustellen, der unseren Rechtsstaat permanent herausfordert?
- Ist das Problem fachlich so knifflig, dass es objektiv nicht gelingt, einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten.

- Gibt es – nach 25 jähriger Mahnung durch die Justiz – von irgend einer verantwortlichen Stelle mittlerweile ein schlüssiges Konzepte für die Lösung des Problems?

Nun - die Antwort auf die letzte Frage fällt eindeutig aus: nein. Die mittlerweile unisono formulierte Forderung, der Leichenschauer als Person müsse besser qualifiziert sein, ist vor dem Hintergrund, dass in diesem Lande angeblich jeder zweite Mord übersehen wird, eher eine Binsenweisheit als ein Programm, zumal die Vorstellungen über die nötige Qualifikation weit auseinander gehen.

Vor diesem Hintergrund drängt sich doch die Frage auf: Wer wäre eigentlich für die Erarbeitung eines Konzeptes für ein zeitgemäßes Leichenschausystem in Deutschland zuständig? Nun, ich meine der, der den gesetzlichen Auftrag zur Erbringung einer Leistung hat, hat diese in der geforderten Qualität zu erbringen - und das wäre die Ärzteschaft.

Nun hat ja – wie ausgeführt – die Bundesärztekammer im Dezember 2002 einen Muster-Gesetzesentwurf zur Leichenschau verfasst. Wir sollten kurz einen Blick darauf werfen:

Es handelt sich um 11 Paragraphen, die im Wesentlichen Pflichten und Begriffe definieren: was ist eine Leiche, wer muss die Leichenschau veranlassen, wie ist der Totenschein auszufüllen, wie die Todeszeit zu bestimmen, wie definieren sich Todesart und Todesursache, welche Meldepflichten gibt es etc. pp.

Ob solche Verwaltungsvorschriften geeignet sind, die Fachlichkeit der Leichenschau vor Ort zu erhöhen, mag dahingestellt sein. Forderungen zur fachlichen Qualifikation des Leichenschauers und zur Durchsetzung des Facharztstandards enthält das Papier nicht. Dafür aber eine veraltete Definition der Todesart und auch die Einführung eines vorläufigen Totenscheins habe ich vermisst, der in vielen Fällen erst eine qualitätsgerechte Arbeit des Leichenschauarztes ermöglicht. Ohne weiter in die Tiefe gehen zu wollen habe ich starke Zweifel, dass dieser Gesetzesentwurf die Lösung der Probleme bringen könnte, zumal ein Gesetz bestenfalls ein Baustein in einem Reformkonzept sein kann.

Und die Rechtsmediziner, deren ureigenstes Anliegen die forensische Leichenschau sein sollte – und die die Ist-Situation am lautesten beklagen? Auch hier sind die

Forderungen der Justiz ohne nachhaltiges Echo verhallt. Weder Berufsverband noch Fachgesellschaft haben sich bislang nennenswert engagiert. Das Einzige, was es gibt, sind Einzelmeinungen. Aus NRW wird eine Verstärkung der Position des Amtsarztes – bis hin zu dem Recht, selbst Sektionen durchführen zu können, gefordert. Aus Rheinland-Pfalz und Bonn kommt der Ruf nach einem Coroner, Hamburg und Halle verlangen ein besseres Sektionsrecht, Heidelberg fordert mehr Forschungsergebnisse von den Universitäten usw. usf. Ein Eckpunktepapier, in dem steht: so könnte ein zeitgemäßes System aussehen, sucht man vergebens.

Quintessenz: Die Bemühungen und Mahnungen der Justiz zur Verbesserung des Leichenschauwesens in Deutschland haben auch nach 25 Jahren nicht dazu geführt, dass von der zuständigen oder aber einer betroffenen Seite ein schlüssiges ganzheitliches Konzept zur Lösung der Problematik erarbeitet wurde.

Warum eigentlich nicht? Ist die Aufgabenstellung so schwer, dass sie nicht lösbar ist?

Wenn eine Situation festgefahren ist, dann tut man meist gut daran, einmal über den Tellerrand zu schauen und zu gucken, wie denn die Nachbarn, die genau die selben Probleme haben, mit der Situation umgehen, zumal dann, wenn sie von dem einen oder anderen durchaus als Vorbilder hingestellt werden.

Bedingt durch TV-Serien aber auch aus rein sachlichen Gründen wendet sich der erste Blick meist nach England oder Nordamerika. Dort dominiert der Coroner das Leichenwesen. Das ist ein Beamter mit untersuchungsrichterlichen Befugnissen, an den folgende Todesfälle zu melden sind:

- Der Verstorbene war nicht in ärztlicher Behandlung
- Der Verstorbene wurde unmittelbar nach Todeseintritt nicht ärztlich untersucht
- Die Todesursache ist unbekannt
- Es gibt Verdachtsmomente für eine Berufskrankheit
- Es gibt Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen bzw. einen Tod unter verdächtigen Umständen
- Der Tod ist während der OP oder vor Erwachen aus der Narkose eingetreten

Fazit: bis zu 40% aller ambulanten Todesfälle werden von einem Spezialisten mit Behördenvollmachten untersucht.

In der Tat eine erhebliche Kluft zu deutschen Verhältnissen.

Auch Österreich wird häufig als Vorbild genannt. Wie bei uns ist die Leichenschau im Wesentlichen durch Landesrecht geregelt. Bundesrechtlich normiert sind die gerichtliche Leichenbeschau und Meldepflichten – und daraus für uns interessant: Zur Vornahme der Totenschau sind nur hierfür bestimmte Ärzte berechtigt.

Der § 128 der österreichischen StPO regelt, dass die gerichtliche Leichenschau durch einen Arzt aus dem Fachgebiet der gerichtlichen Medizin vorzunehmen ist – und an anderer Stelle wird ergänzt, dass dieser Arzt von seiner Dienststellung her Gerichts- oder Amtsärzte sein soll, also kein niedergelassener Mediziner.

Die Landesrechtlichen Regelungen ähneln sich. Stellvertretend für die anderen möchte ich hier aus dem Wiener Leichen- und Bestattungsgesetz aus dem Jahre 2004 zitieren. Dort heißt es im

§ 4 Durchführung der Totenbeschau

- (1) **Die Totenbeschau obliegt dem Magistrat**, der sich der von ihm dazu bestellten Ärzte (Totenbeschauärzte) bedient. Die Bestellung erfolgt bis auf Widerruf.

Alles in allem also eine durchgehend hoheitliche Regelung.

Werfen wir noch einen Blick in die Schweiz. Die Darstellung des Leichenwesens wäre ein abendfüllendes Programm. Der Föderalismus – es handelt sich immerhin um 26 Kantone – treibt hier z.T. wahre Blüten. Trotzdem lohnt es , auf einige interessante Aspekt zu verweisen.

Die Schweizer haben den Begriff der Legalinspektion kreiert, die bei s.g. außergewöhnlichen Todesfällen durchzuführen ist. Zu diesen gehören zwei Kategorien: der nichtnatürliche und der unklare Tod. Derartige Legalinspektionen dürfen nur von speziell ausgebildeten Ärzten vorgenommen werden, die darüber hinaus die Funktion eines Bezirks-, Kreis- oder Amtei- also eines Amtsarztes ausüben. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Amtsärzte im forensischen Bereich obliegt den Instituten für Rechtsmedizin.

Zum Abschluss sei noch ein Blick zu unseren westlichen Nachbarn, den Niederländern, gestattet. Ihr Leichenschau-wesen wird bei Diskussionen nie sonderlich herausgestellt – zu Unrecht, wie ich meine. Das GA Bremen und das GA

Groningen haben Partnerschaftsverträge und tauschen sich regelmäßig aus. Beim letzten Treffen war das Leichenwesen Gesprächs- und Vergleichsthema, so dass ich hier quasi aus erster Hand berichten kann. In den Niederlanden muss jedes GA speziell ausgebildete Leichenschauärzte vorhalten. Die Leichenschau darf jeder Arzt vornehmen, muss aber bei Fällen, bei denen der natürliche Tod nicht sicher ist, umgehend das GA einschalten. Das schickt dann den Spezialisten an den Fundort, der über alle weiteren Maßnahmen entscheidet. Die Ausbildung dieser Ärzte entspricht über weite Strecken der des deutschen Gerichtsmediziners, nur, dass die Sektionskomponente fehlt und damit die Ausbildungszeit deutlich verkürzt wird. Die fachliche Aus- und Weiterbildung obliegt dem zentralen gerichtsmedizinischen Institut.

Im Großen und Ganzen hat dieses System viel Ähnlichkeit mit dem Betreuungssystem, das 1934 in Deutschland etabliert, nach dem Kriege aber aus unerklärlichen Gründen peu à peu deaktiviert wurde.

Fazit:

Unsere Nachbarländer betreiben seit Jahrzehnten mit Erfolg Leichenschau-systeme, die dem derzeit deutschen deutlich überlegen sind und die den Qualitätsvorstellungen unserer Strafverfolgungsbehörden weitgehend entsprechen dürften.

Gemeinsamer Nenner aller dieser Systeme ist, dass zum einen Leichenschauen bei Problemfällen im weitesten Sinne nur von Ärzten mit gerichtsmedizinischen Spezialkenntnissen ausgeführt werden dürfen und zum anderen diese Leichenschauer immer an Behörden gebunden und damit mit behördlichen Rechten ausgestattet sind.

Bevor wir uns mit der Frage auseinander setzen, warum wir uns in Deutschland neuerdings mit Dingen so schwer tun, die früher bei uns gut liefen und in unseren Nachbarländern immer noch vorbildlich laufen, wollen wir noch einmal die Ist-Situation etwas genauer unter die Lupe nehmen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen wird die rechtsmedizinische Versorgung dieses Landes von den Universitäten aus realisiert. Wir haben in Deutschland z.Z. 28 Institute – die Zahl ändert sich durch Zusammenlegungen und/oder Abwicklungen permanent – im Durchschnitt also 1-2 Institute pro Bundesland.

(multizentrische Studie 1993: 38 Institute)

In Norddeutschland werden gut 14 Mio Bürger auf einer Fläche von knapp 90.000 qkm von 7 gerichtsmedizinischen Instituten mit drei Außenstellen betreut. Flächen- und einwohnermäßig entspricht das ganz grob den Verhältnissen in der DDR. Dort hielt man allerdings 15 Institute für die Versorgung vor. Gehen wir noch mehr ins Detail und schauen nach Niedersachsen, so haben wir dort folgende Verhältnisse: 13 hauptamtliche Rechtsmediziner versorgen von 3 Standorten aus das 47.000 qkm große Land, das etwa 85.000 (2003) Sterbefälle pro Jahr zu verzeichnen hat. Bei einer Sektionsquote von etwa 1.5% fallen pro Jahr ca. 1300 gerichtliche Sektionen an, also im Durchschnitt 100 pro Arzt. Nimmt man dann noch ins Kalkül, dass sich zu den Sektionen noch Hunderte von Gerichtsterminen und Begutachtungen – von der Histologie über DNA und Toxikologie bis hin zu Kunstfehlervorwürfen, Körperverletzungen, Tatrekonstruktionen und Kindesmisshandlungen – hinzugesellen, dann wird sehr schnell klar: da bleibt nicht mehr viel Luft für etwas anderes; auch nicht für große Ausflüge in die Umgebung. Und so wie in den niedersächsischen sieht es in fast allen Instituten aus. Leider drückt das hohe Arbeitspensum vielfach auch auf den Forscherdrang, was wiederum die Universität – den Träger - auf den Plan ruft. Aus der Sicht der Hochschule ist es nämlich nicht wichtig, dass eine ihrer Einrichtungen viele Kriminalfälle löst, sondern dass echte Forschungsergebnisse - und damit sind keine Kasuistiken oder Statistiken gemeint - vorgelegt werden, mit denen sich die Universität im nationalen wie internationalen Wettbewerb schmücken kann und beim Ranking akzeptable Höhen erreicht. Gibt es Forschungsdefizite, wird schon einmal - aus dem Blickwinkel der Uni nicht ganz zu Unrecht - die Frage nach dem Verbleib an einer Hochschule gestellt – und kommt dann die rote Karte – in den letzten 15 Jahren wurden immerhin $\frac{1}{4}$ der Institute abgewickelt - dann hat man keine Überlebenschance, wenn man sich nicht selbst finanzieren kann. Es ist ein offenes Geheimnis, dass ein nicht unwesentlicher Teil der rechtsmedizinischen Institute nur deshalb noch existiert, weil die Justiz schützend die Hand über sie hält und Stellen finanziert. Der Justiz sind die Forschungsergebnisse nicht vordergründig wichtig, sie wünscht sich pro Bundesland zumindest eine Einrichtung, die Kriminalfälle gut löst. Ob auf diese Weise ein Institut, das nicht forscht, dauerhaft an einer Uni zu halten ist und ob der Träger tatsächlich immer eine Hochschule sein muss, sei einmal dahin gestellt. Das wäre ein Thema für sich. Den gordischen Knoten werden wir erst dann wirklich durchschlagen haben,

wenn es gelungen ist, die Rechtsmedizin solide zu finanzieren. Bis dahin wird das Institutssterben wohl zwangsläufig weiter gehen.

Und hier sind wir mitten in der deutschen Misere gelandet!

Was macht der Polizist, der Arzt, der Bürger in Leer, in Cuxhaven, in Lüneburg, der eine simple rechtsmedizinische Fragestellung hat? Probleme machen ja nicht die Fälle, bei denen das Messer noch in der Brust steckt oder der Körper mit Hämatomen übersät ist. Die kommen in die rechtsmedizinischen Institute und werden dort in hoher Qualität bearbeitet. Diese Fälle machen nicht die mutmaßlich 1200 übersehenen Tötungsdelikte pro Jahr aus. Problematisch sind die Fälle, bei denen das Nichtnatürliche oder das Strafbare nicht sofort ins Auge fällt oder wo differentialdiagnostische Überlegungen entscheidend sind. Ist die Schürfung im Stirnbereich nun von Bedeutung oder nicht, sind die Hämatome tatsächlich Unfallfolgen oder nicht vielleicht doch das Ergebnis einer Misshandlung? Knutschfleck oder Würgemal?

Welche Möglichkeiten hat man in der Peripherie? Entweder man ruft in der nächsten Uni an und bittet um Hilfe. Das kann Stunden dauern bis diese kommt, in jedem Fall kommt aber eine hohe Rechnung.

Oder man hilft sich selbst in dem man jemanden hinzu zieht, von dem man vermutet, dass er mehr weiß, als man selbst – oder man lässt auch das bleiben. Wahre Alternativen sind das nicht. Zum Einen hat im Routinebetrieb niemand die Zeit, stundenlang auf einen Ratschlag zu warten, zum anderen dürfte sich die Finanzverwaltung spätestens dann melden, wenn sich ein Verdacht zum zweiten oder dritten Mal nicht bestätigt hat. Also bleibt nur die Selbsthilfe.

Die Gerichtsmediziner haben sich in die Universitäten zurückgezogen und in der Peripherie hat man sich daran gewöhnt, dass man sich selbst helfen muss. Es ist in diesem Lande seit Jahren Usus, dass gerichtsmedizinische Fragestellungen von Nichtgerichtsmedizinern beantwortet und gerichtsmedizinische Tätigkeiten von Nichtgerichtsmedizinern geleistet werden. Und alle klagen und wundern sich, dass es zu Pannen kommt und der Facharztstandard fast durchweg nicht eingehalten wird. Forensische Leichenschauen und die Begutachtung von Verletzungen oder der akuten Beeinflussung durch psychoaktive Substanzen gehören nun einmal zur Kernkompetenz der Rechts- und nicht der Allgemeinmedizin.

Ein Gedankenbeispiel soll die Situation veranschaulichen. Man stelle sich nur einmal vor, die Augenärzte würden sich in die Universitäten zurückziehen. Was wäre die Folge? An den Universitäten würden – bei vollen Auftragsbüchern - nur noch die komplizierten Augenoperationen durchgeführt – und der Rest müsste in der Peripherie von anderen Fachrichtungen aufgefangen werden. Die Schieler kommen zu den Allgemeinärzten und kleinere Eingriffe werden von den Chirurgen mitgemacht. Mit dem geforderten Facharztstandard hätte das sicherlich nicht viel zu tun – aber es ginge zweifelsfrei, wenn auch nicht zum Wohle des Patienten. Wenn in einem solchen angedachten System dann zu viel schief gehen würde, wie müsste die Lösung aussehen? Wäre es wirklich eine Lösung zu fordern, die Allgemeinmediziner sollten sich besser qualifizieren, das mit dem Schielen kann doch wohl nicht so schlimm sein. Zwei Wochenendlehrgänge und das Problem ist behoben.

Ich glaube, das Problem wäre nicht behoben, denn, der Allgemeinmediziner ist nun einmal kein Augenarzt und die augenärztliche Versorgung der Bevölkerung gehört in die Hand des Augenarztes. Anders ist der Facharztstandard nicht zu erreichen. Was eigentlich eine Binsenwahrheit ist stellt sich im Falle der gerichtsmedizinischen Grundbetreuung in diesem Lande als dauerhaftes Problem dar. Diese ist, wenn die Forderung nach einem durchgehenden Facharztstandard keine Farce sein soll und wir in der Rechtspflege nicht permanent Pannen erleben wollen, nur durch Gerichtsmediziner oder unter gerichtsmedizinischer Fachaufsicht zu leisten. Wir sollten deshalb aufpassen, dass wir uns unter dem Druck der Forderungen der Justizministerkonferenz oder der aufgebauten öffentlichen Erwartungshaltung nicht zu Schnellschüssen oder anderen aktionistischen Fehlleistungen verführen lassen, anstatt die Gelegenheit beim Schopfe zu nehmen und eine wirkliche Reform zu machen. Nicht nur die Leichenschau liegt im Argen. Es geht auch um den riesigen Problembereich der Opferbegutachtungen, ebenso um Alkohol und Drogen, um Fahrtüchtigkeit und Fahreignung usw. usf.

Wegen der Wichtigkeit der Aussage wiederhole ich mich: Das Problem in Deutschland ist die fehlende flächendeckende gerichtsmedizinische Grundversorgung, der fehlende Spezialist in der Peripherie. Wenn dieses Land den Herausforderungen der modernen Kriminalitätsbekämpfung gerecht werden will, dann wird das auf Dauer nur gelingen, wenn wir nicht nur in der Etappe sondern auch an vorderster Front Spezialisten aufstellen – Spezialisten wohlgermerkt und

nicht etwa im Crash-Kurs ausgebildete Kämpfer, denen man nach einem 3-Tage-Lehrgang eine Panzerfaust in die Hand drückt und dann hofft, dass sie das Blatt wenden.

Wie aber wie ist das zu realisieren?

Schauen wir noch einmal ins Ausland. Überall wo es klappt, ist das forensische Leichenwesen an eine Behörde gekoppelt; in Holland, Österreich und der Schweiz an die unteren Gesundheitsbehörden. In Deutschland war es im übrigen auch einmal so. Im Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wurde 1934 den GÄ die gerichtsmedizinische Versorgung ihres Zuständigkeitsbereiches übertragen. Die Funktion des Gerichtsarztes wurde geschaffen und einheitlich definiert: er war der ständige Ansprechpartner der Ermittlungsbehörden und bildete in kleineren Ämtern eine Personalunion mit dem Amtsarzt. Damit wurde schlagartig eine flächendeckende Betreuung realisiert. Die GÄ selbst mussten sich innerhalb einer Übergangsfrist den entsprechenden Sachverstand zulegen. Würden wir dieses System auf die heutige Zeit übertragen, so hätten wir statt 30 406 Standorte mit gerichtsmedizinischen Spezialwissen. Alleine dieser Gedanke dürfte jeden Ermittler ins Schwärmen kommen lassen und die Justizministerkonferenz hätte eine Sorge weniger.

Warum ziehen wir mit unseren immer als Vorbild dargestellten Nachbarn nicht gleich und reaktivieren dieses Gesetz?

Zu teuer, höre ich die ersten Skeptiker. Das ist nicht finanzierbar. Stimmt nicht, lautet die Antwort. In Bremen wird seit 15 Jahren das Gegenteil bewiesen. Aus der Abtlg. Rechtsmedizin des GA - auch einem Kind der genannten Verordnung von 1934 - wurde 1994 eine Art unabhängige Leichenbehörde mit einer de facto Allzuständigkeit für das Leichenwesen gemacht. Diese trägt sich seit jener Zeit ohne jeglichen Zuschuss aus der Steuerkasse selbst und wächst und gedeiht im Schutze der Bremer Stadtmauern - teils bewusst, teils unbewusst unterhalb des Wahrnehmungshorizontes eines großen Teils des Restes der Republik. Bremen hat heute die größte rechtsmedizinische Kontroll- und Betreuungsdichte aller deutschen Städte. Die seit 15 Jahren praktizierte komplette Kostendeckung hat ihre Ursache nicht darin, dass Bremen ein Stadtstaat ist, sondern weil die Einnahmen aus dem amtsärztlichen Leichenwesen eines GA, wenn sie denn entsprechend eingesetzt

werden, eine solche Einrichtung tragen. So gut das in der Stadtgemeinde Bremen funktioniert, so wenig funktioniert es in Bremerhaven. Nicht weil die Einnahmen aus dem Leichenwesen in einer 130.000 Einwohner zählenden Stadt zu gering sind – die würden völlig reichen – sondern weil man die Einnahmen bewusst an anderer Stelle einsetzt. Das ist die freie Entscheidung der dortigen Verantwortlichen. Man muss nur ehrlich bleiben. Wenn man den Straßenbau aus der Rentenkasse bezahlt, darf man nicht gleichzeitig darüber klagen, dass das Geld für die Rente nicht reicht.

Und sofort drängt sich die Frage auf: Wenn das Bremische Modell so gut funktioniert, warum ist es nicht längst Allgemeingut? Und damit sind wir bei der ebenso interessanten wie brisanten Frage: Warum tut sich eigentlich angesichts der Notwendigkeiten, der Forderungen der Justiz und anderer Betroffener seit 25 Jahren nichts?

Auf diese Frage gibt es viele Antworten. Eine habe ich ihnen genannt: das aus dem Leichenwesen eingenommene Geld wird an anderer Stelle verwandt und die Lobby, die das verhindern könnte, ist nicht stark genug. Es gibt aber auch Aspekte, die bislang kaum beleuchtet wurden.

Stellen sie sich doch einmal vor, sie hätten die einzige Autowerkstatt in ganz Hildesheim. Eine solche Monopolstellung, das wäre was: keine Angst vor der Konkurrenz, die Kunden kommen von ganz alleine und der Rubel rollt. Wenn da einer käme und würde sagen, im Interesse der Versorgung der Bevölkerung brauchen wir in jedem Stadtteil zumindest einen Monteur, wie würden sie da mit dem Blick auf die eigenen Umsätze wohl reagieren?

Ich möchte dieses Thema nicht weiter vertiefen, um die Diskussionen nicht in die falsche Richtung zu lenken, sondern ich möchte nach vorne gucken. Und das tue ich hier und heute gerne, weil wir aus ganz aktuellem Anlass nach 25 Jahren wieder einen guten Grund haben, optimistisch in die Zukunft zu schauen. Die Projektgruppe zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau hat am 5. August ihre Arbeit beendet und Reformvorschläge formuliert. Meine persönliche Freude und auch ein wenig Stolz werden Sie verstehen, wenn ich Ihnen sage, dass sich das seit 15 Jahren in Bremen erfolgreich praktizierte Modell durchgesetzt hat und die Basis für das System sein soll, das wir nun deutschlandweit aufbauen wollen. Im Wesentlichen hat die Projektgruppe folgende Vorschläge gemacht:

- Die Leichenschau soll hoheitliche Aufgabe und den GÄ zugeordnet werden, die weitgehende Befugnisse im Rahmen der Qualitätssicherung bekommen

sollen. Die GÄ werden dieser Aufgabe gerecht, in dem sie einen Rechtsmediziner einstellen oder aber einen ihrer Mitarbeiter in einer umfangreichen Weiterbildung für die anstehenden Aufgaben befähigen. Dieser speziell qualifizierte Mitarbeiter – ich nenne ihn einmal Gerichtsarzt um bei dem alten und in der StPO immer noch gebräuchlichen Terminologie zu bleiben – organisiert die Leichenschau in seinem Amtsarztbezirk und übt die Fachaufsicht aus. Er selbst wird permanent durch das zuständige rechtsmedizinische Institut angeleitet.

- Die Leichenschau selbst darf nach wie vor jeder approbierte Arzt machen, wenn er sich zuvor bei der Ärztekammer in einem Lehrgang weitergebildet hat und vom Gerichtsarzt/GA im Rahmen eines Leichenschau-dienstes eingesetzt wird.
- Todesfeststellung und Leichenschau sollen künftig von einander getrennt werden. Zur Todesfeststellung verpflichtet bleibt auch künftig jeder Arzt, unabhängig von seinen Zusatzqualifikationen.
- Die Leichenbehörde erhält für ihre organisatorischen und qualitätssichernden Maßnahmen vom Leichenschauer pro Leichenschau eine Gebühr.
- Dort, wo ein rechtsmedizinisches Institut lokalisiert ist, soll dieses die Aufgaben der Leichenbehörde übernehmen.

Soweit in groben Zügen die wesentlichsten Inhalte des Reformpaketes, das der JuMiKo auf ihrer nächsten Sitzung zur Beschlussfassung vorgelegt werden soll.

Noch einmal ganz komprimiert: Die GÄ organisieren und betreuen mit einem speziell qualifizierten Mitarbeiter regionale Leichenschaudienste und werden selbst durch das örtlich zuständige rechtsmedizinische Institut angeleitet.

Ist das nun das Kind, das wir seit 25 Jahren zur Welt bringen wollten? Wird das klappen? Kann so ein Vorschlag überhaupt funktionieren? Ich bin optimistisch und ich will ihnen auch sagen, warum.

Es wird nicht irgendein aktionistischer Versuchsballon gestartet, sondern der Vorschlag der Projektgruppe schließt sich eng an die Regelungen in Österreich und den Niederlanden an und baut auf langjährige Erfahrungen einer Modellregion im eigenen Lande auf. Die Machbarkeit ist damit per se belegt.

Besonders freue ich mich, dass die Rechtsmedizin nachhaltig finanziell stabilisiert und fachlich gestärkt werden wird.

Und weil bei Diskussionen über die Rechtsmedizin in diesem Lande nicht selten auch eine ganze Menge Unkenntnis zu Tage tritt, erlauben sie mir noch ein Mal ein kurzes Abschweifen. Wir haben z.Z. 28 Institute in Deutschland. In den letzten Wochen habe ich mit 20 ihrer Vorstände über deren Sorgen und Nöte gesprochen, um ihre Wünsche und Vorstellungen in die Arbeit der Projektgruppe mit einzubringen. Dabei ergab sich folgendes Bild: Nahezu kein Institut ist stabil finanziert. In die Zukunft wird mit Sorge geblickt. Man hat Angst, dass durch vorgeschriebene Ausschreibungen auch noch bestehende Einnahmen – beispielsweise aus dem Laborbereich - wegbrechen. Dass es überhaupt noch 28 Institute gibt liegt – wie bereits erwähnt - nicht unwesentlich daran, dass Justiz helfend eingreift. Fast durchgehend herrscht Personalmangel. 3 Ärzte, 400 Sektionen im Flächenland, Hunderte von Gutachten und Gerichtsterminen. Fehlende Zeit für Forschung und eine permanente Unterfinanzierung führen zu ständigen Konflikten mit den Universitäten und bei den meisten zu Existenzängsten. Für wahr eine verzwickte Situation. Alle Vorstände haben den nachdrücklich Wunsch nach einer stabilen Finanzierung der Institute und nach einer Aufwertung des Faches im medizinischen Versorgungssystem geäußert.

Zukünftig sollen Leichenschau und Rechtsmedizin unveräußerbar zusammen gehören. Die Institute werden in ihrem unmittelbaren Einzugsbereich die Leichenschauen selbst durchführen – was sie durchweg bis lang nicht taten - oder zumindest eine Art Fachaufsicht ausüben und darüber hinaus sollen sie die Verantwortlichen der Gesundheitsämter fachlich ausbilden und anleiten. Durch die daraus resultierenden Einnahmen werden sie ihre Existenzängste verlieren. Selbst ein Hinausexpedieren aus der Uni wegen zu geringer Forschungsleistungen wäre dann nicht mehr zwingend ein Todesurteil, da sich die Institute künftig durch ihre Versorgungsleistungen selbst finanzieren könnten.

Für alle, die an gerichtsmedizinischen Leistungen interessiert sind, kann das nur eine gute Nachricht sein.

Darüber hinaus werden die rechtsmedizinischen Institute im künftigen Leichenschauwesen eine herausragende Rolle einnehmen. Jedes Gesundheitsamt soll sich im Rahmen einer Übergangsfrist für seine neue Aufgabe qualifizieren und

entweder einen Rechtsmediziner einstellen – das wird nicht gehen, weil es gar nicht so viele gibt - oder aber einen Mitarbeiter zu einem Spezialisten weiterbilden lassen. Statt an etwa 30 werden wir in absehbarer Zeit an mehr als 400 Stellen – also flächendeckend - Ärzte mit gerichtsmedizinischem Spezialwissen haben. Und angeleitet und betreut werden diese Spezialisten durch die rechtsmedizinischen Institute. Das stärkt unser Fach und schafft Arbeitsplätze und gibt all denen wieder eine Perspektive, die nach erfolgreicher Facharztausbildung mit einer Träne im Auge in die Pathologie oder Psychiatrie abwandern müssen, weil es in den rechtsmedizinischen Instituten keine freien Stellen gibt.

Lassen sie mich nun einen Blick auf diesen Spezialisten werfen mit dem sich die Gesundheitsämter auf ihre neue Aufgabe vorbereiten sollen und schauen wir in diesem Zusammenhang noch einmal zu unseren Nachbarn.

Die Ärzte, die an den niederländischen oder österreichischen Gesundheitsämtern für die Leichenschau zuständig sind, sind keine FÄ für Rechtsmedizin im deutschen Sinne. Und das wirft schon die Frage auf, ob man denn tatsächlich FA für gerichtliche Medizin sein muß, um die zur Lösung anstehenden Probleme meistern zu können. Ich meine nein. Eine fundierte Zusatzausbildung müßte reichen, womit ich ausdrücklich kein Wochenendseminar meine.

Was spräche eigentlich dagegen, wenn wir die Funktion des Gerichtsarztes wieder mit Leben füllen würden, eine Funktion, die vor mehr als 70 Jahren eingeführt wurde, dann aber weitgehend in Vergessenheit geriet und heute im § 87 der StPO ein Schattendasein führt. Der Gerichtsarzt war bei seiner Einführung als ständiger örtlicher Ansprechpartner für Polizei und Justiz für die Alltagsroutine gedacht. Wem dieser Titel zu antiquiert ist – die Person könnte auch Coroner heißen oder eine andere Bezeichnung tragen – das ist alles sekundär.

Was müßte dieser - ich bleibe einmal bei der angestammten Bezeichnung - Gerichtsarzt leisten können? Ganz wie im alten Gesetz vorgesehen müßte er der zuständige Ansprechpartner für das Tagesgeschäft von Polizei und Justiz sein und eine spezielle Ausbildung erhalten, die genau auf diese Bedürfnisse zugeschnitten ist. Er soll kein Wissenschaftler, sondern Praktiker sein. Er muß die DNA-Analytik nicht beherrschen, braucht keine vertieften Kenntnisse in der Toxikologie und er muss auch nicht sezieren können. Er muß aber über die neuesten Untersuchungsmethoden Bescheid wissen und alles über die Leichenschau und über

die Begutachtung von Körperverletzungen. Er muss auch alles wissen über die Erkennung drogenbeeinflusster Personen und über die Begutachtung der Fahrtüchtigkeit bei Blutentnahmen für die Polizei. Ebenso wie er sich auskennen muß bei der Begutachtung der Arrest-, der Vernehmungs- und der Transportfähigkeit. Und dass er völlig sattelfest sein muss in allen rechtlichen Dingen, die seine Tätigkeitsgebiete tangieren, versteht sich von selbst.

Anders ausgedrückt: er sollte jemand für den ersten Angriff sein, der vieles selbst erledigen kann und ansonsten qualifiziert die Weichen stellt. Also ein Schmalspur-Rechtsmediziner? Ich glaube nicht. Wer diesen Gerichtsarzt als Light-Version des FA für Rechtsmedizin bezeichnen würde, trifft nicht den Kern. Er ist eher eine Symbiose aus Rechtsmediziner und Amtsarzt. Nur ganz wenige rechtsmedizinische Institute in dieser Republik erbringen Leistungen aus dem Bereich des amtsärztlichen Leichenwesens oder der klassischen gerichtsärztlichen Tätigkeiten, wie beispielsweise Feststellungen zur Arrest- oder Verhandlungsfähigkeit. Automatisch kann man das als Rechtsmediziner nicht, weil das in der Facharzausbildung gar nicht vorgesehen ist. Und auch in Bezug auf die Leichenschau sollte man nicht den Blick für die Realität verlieren. Der klassische Ausbildungsassistent in den rechtsmedizinischen Instituten verbringt seine Zeit im Sektionssaal. Dort sieht er aber nur die Leichen, die vorher schon einem Nicht-Gerichtsmediziner als verdächtig aufgefallen sind. Einsätze am Fundort sind eher selten und reguläre Leichenschauen macht er gar nicht. Und die Internationale Klassifikation der Krankheiten als Grundlage für die Ausstellung des medizinischen Teils der Todesbescheinigung gehört in die Ausbildung des Arztes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, nicht aber in die des Rechtsmediziners.

Der Gerichtsarzt ist also kein Rechtsmediziner-Verschnitt – er soll in puncto Leichenschau sogar mehr können. Wenn man daran denkt, dass der § 152 StPO in Bezug auf die Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen nicht nur von dem Toten selbst ausgeht, sondern auch von der Umgebung, so fehlen Aktivitäten auf diesem Gebiet bislang völlig in der ärztlichen Ausbildung. Ebenso bekommt der Arzt z.Z. keinerlei Kenntnisse zu der Frage vermittelt: Wie verhalte ich mich am Ereignisort. Hier sollte unbedingt die Polizei mit in die Ausbildung eingebunden werden. Das selbe trifft für die Frage zu: Wie verhalte ich mich vor Gericht? Ärzte sind auf diesem Parket häufig ganz unbeholfen; kennen die Tücken und Fallstricke

nicht und können in Bezug auf die Beweisverwertung unbeabsichtigt nicht wieder gutzumachende Fehler begehen.

Dieser Faden ließe sich noch beliebig weiterspinnen. Bevor ich noch ins große Träumen komme, möchte ich aber abbrechen, denn für derartige Träume ist es wirklich noch zu früh. Ich möchte sie nur für die riesige Chance sensibilisieren: wenn es uns gelingt, den Reformvorschlag umzusetzen und in jedem Gesundheitsamt einen Spezialisten für den ersten Angriff zu installieren, dann schlagen wir einen Nagel ein für die spätere Lösung zusätzlicher Probleme. Denn - nicht nur die Leichenschau brennt uns unter den Fingernägeln. Ganz ähnliche Probleme gibt es auch bezüglich der Gewalt in der Familie. Wieviele Spezialisten an wieviel Standorten hat Niedersachsen, wenn es um Kindesmißhandlungen geht. Und wie groß ist der tatsächliche Bedarf? Eine solche Gelegenheit, den Grundstein zu legen für eine hochqualifizierte gerichtsärztliche Versorgung auch in der Peripherie und nicht nur am Standort der Universität, haben wir jetzt – und möglicher Weise nur jetzt; denn von der Möglichkeit, dass eine solche Gelegenheit in absehbarer Zeit noch einmal wiederkommt, sollten wir besser nicht ausgehen.

Und bevor ich aus dem Schwärmen komme, möchte ich sie gleich noch mit einem weiteren Vorteil dieses Reformvorschlages vertraut machen: das ist die Chance der zeitnahen Realisierung. In der Diskussion um die Qualifizierung der Gesundheitsämter wurde auch die Möglichkeit erörtert, die unteren Gesundheitsbehörden zu verpflichten, Rechtsmediziner einzustellen. Wir haben das einmal durchgerechnet: Wenn von den knapp 30 Instituten parallel 60 Fachärzte ausgebildet würden, das dürfte das höchste sein, was möglich ist, dann würde es bei einer Weiterbildungszeit von 5 Jahren etwa 35 Jahre dauern, bis alle Gesundheitsämter bedient wären. Unbeschadet dessen, dass man gar nicht so viele Auszubildende bekäme, erübrigt sich bei diesen Zeitdimensionen jegliches weitere Nachdenken über einen solchen Vorschlag. Anders bei der Version mit den Gerichtsärzten. Niedersachsen hätte einen Bedarf von ca. 40 dieser Spezialisten. Das ist nicht viel mehr als eine große Schulklasse. Selbst wenn wir - um solide Kenntnisse vermitteln zu können - die Lehrgangsdauer auf 1 Jahr ansetzen würden, dürfte nach 3 Lehrgangsangeboten also innerhalb von 3 Jahren das Problem gelöst sein. In drei Jahren eine flächendeckende gerichtsärztliche Grundversorgung sichergestellt: Das dürfte nicht nur akzeptabel sein, das wäre rekordverdächtig.

Mit dem Reformvorschlag haben wir jetzt also nicht nur die Chance, uns in der Peripherie einen auf die Bedürfnisse des ersten Angriffes maßgeschneiderten Spezialisten heranbilden, sondern wir können das auch in einem relativ kurzen Zeitraum realisieren.

Und nun die Hauptfrage: Wie ist das ganze zu finanzieren?

Es herrscht durch alle Grämien Einigkeit, dass die Arbeit des Leichenschauarztes gegenwärtig zu gering honoriert wird. Wenn die Reform der Leichenschau nicht schon daran scheitern soll, dass aufgrund eines zu geringen materiellen Anreizes niemand mehr bereit ist, eine Leichenschau zu machen, wird man sie finanziell attraktiver gestalten müssen. Die Projektgruppe ist der Auffassung, dass 170 € als Basisvergütung angemessen sind, wobei 150 € beim Leichenschauer verbleiben und 20 € der Fachaufsicht für organisatorische und qualitätssichernde Maßnahmen zukommen sollen. Angesichts der Tatsache, dass Schlüsseldienste für Wohnungsöffnungen durchaus 250 bis 340 € liquidieren scheint dieser Betrag nicht überzogen – und die Gebühr für die Leichenschau – die auch weiterhin vom Bestattungspflichtigen zu tragen ist – bleibt nach wie vor die geringste Position im Rahmen einer Beerdigung. Eine gewisse finanzielle Entlastung werden die Erben dadurch erfahren, dass künftig die Krematoriumsleichenschau wegfallen soll.

Zu den konkreten Zahlen: In Niedersachsen gibt es ca. 40 Gesundheitsämter; die Zahl der Todesfälle pro Jahr liegt bei gut 80.000. Bringt man beide Zahlen zusammen, so werden bei Zugrundelegung der genannten 20 € pro Todesfall den Gesundheitsämtern künftig pro Jahr etwa 1,6 Mio € dafür zur Verfügung stehen, dass sie die Leichenschaudienste organisieren, fachlich anleiten und kontrollieren, die Totenscheine so ergänzen, dass sie für die Mortalitätsstatistik verwertbar sind, nötige Verwaltungssektionen bezahlen können und ihre Gerichtsärzte in den zuständigen rechtsmedizinischen Instituten ausbilden und fachlich auf dem Laufenden halten können. Wenn man – statistisch zugegebener Maßen nicht ganz sauber – die Zahlen auf das einzelne Gesundheitsamt herunter bricht, so hat jede Behörde für im Durchschnitt 2000 Tote 40.000 € für die genannten Aufgaben zur Verfügung. Ich meine, das ist eine gute Basis. Die einzige Gefahr, die ich sehe, ist die, dass die durch die Leichenschau zusätzlich eingenommenen Gelder dann nicht für das Leichenwesen eingesetzt werden, sondern genutzt werden, um andere Löcher zu

stopfen. Diese Gefahr ist sicher nicht nur theoretisch. Hier ist unsere Lobby gefragt, dass zu verhindern.

Ein Vortrag über das Leichenwesen und die laufenden Reformbemühungen wäre unvollständig, wenn er nicht auch Ausführungen über das Sektionsrecht enthielte. Kritiker, vor allem auch aus der Rechtsmedizin, werden nicht müde, auf die schlechten Sektionszahlen in Deutschland hinzuweisen und sehen in einer Verbesserung des Sektionsrechtes den einzigen wahren Schlüssel für die Lösung der Leichenschauproblematik in Deutschland. Dabei übersehen sie häufig den engen Rahmen, in dem solche Gesetzesänderungen möglich wären.

Die Zahlen sind zunächst bedrückend. Mit einer Gesamtquote von 6-7% und einer rechtsmedizinischen Sektionsquote von etwa 1,5% gehört Deutschland in puncto innerer Leichenschau zu den Schlußlichtern in Europa. In Österreich lag bis vor kurzem die Sektionsrate noch bei 20% und Spitzenreiter Finnland kann mit einer Gesamtquote von 35% und einer rechtsmedizinischen Sektionsquote von 15% aufwarten. Niemand käme auf den Gedanken, in Finnland deshalb einen Polizeistaat zu vermuten oder die Rechtstaatlichkeit dieses Landes in Frage zu stellen. In Deutschland kommen auf 10.000 Tote etwa 20 Tötungen, in Finnland 33. Die um 50% höhere Anzahl von Tötungsdelikten beruht aber nicht auf einer größeren Gewalttätigkeit der Finnen – wie man beim oberflächlichen Hinschauen meinen könnte - , sondern darauf, dass diese mehr nachgucken. An diesen Zahlen sieht man sehr schön, wie leicht man mit Statistiken Scheinwahrheiten produzieren kann, wenn das Hintergrundwissen fehlt. Nach amtlichen Angaben wurden zwischen 1985 und 1989 in der DDR bei einer insgesamt deutlich geringeren Kriminalitätsrate doppelt so viele Kinder zu Tode gequält, wie in Westdeutschland. Ursache war nicht etwa eine höhere Gewaltbereitschaft der ostdeutschen Eltern, sondern eine höhere Sektionsquote. Sie lag bei Kindern und Jugendlichen in der DDR bei 100%, im übrigen bei 35%.

Hier bestätigt sich eine Binsenweisheit: Wer nicht guckt, findet auch nichts. Und in Deutschland guckt man mit Sicherheit viel zu wenig. Die Zahlen aus Finnland sind ein Indiz dafür, dass das Postulat der Münsteraner Studie – in Deutschland wird jeder zweite Mord übersehen – wohl doch nicht so völlig falsch ist.

Sind unsere Gesetze tatsächlich so schlecht? Ich glaube nicht.

Nach § 159 StPO ist die StA einzuschalten, wenn es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen im Zusammenhang mit einem Todeseintritt gibt, wobei

der Begriff Anhaltspunkte nach Löwe/Rosenberg/Ries als vage, tatsächliche Hinweise definiert sind. Es wird also nicht die verifizierte Diagnose gefordert, wie nicht selten zu Unrecht angenommen wird. Die Hinweise auf ein nichtnatürliches Geschehen beziehen sich ausdrücklich nicht nur auf die Leiche – und hier beginnt häufig die Überforderung des normalen Leichenschauers – sondern auch auf die Begleitumstände des Todeseintrittes, den Leichenfundort an sich. Sind solche Anhaltspunkte vorhanden, sind die Ermittlungsbehörden zur Aufnahme von Ermittlungen verpflichtet. Im genannten Großkommentar ist weiter nachzulesen: Es genügt eine gewisse, wenn auch geringe Wahrscheinlichkeit. Zweifel dürfen überwiegen.

Vor dem Hintergrund, dass es in diesem Land ein Verbot der anlassfreien Ermittlung gibt und in der Erkenntnis nach eingehender DDR-Erfahrung, dass genau dieses Verbot einen wesentlichen Teil der Lebensqualität in diesem Lande ausmacht, kann ich mir kaum eine Gesetzesformulierung vorstellen, die weiter geht, als diese.

Also alles in Ordnung?

Der § 87 der StPO regelt die Leichenöffnung. Im Kommentar Pfeiffer/Fischer heißt es dazu: *“Zwingend vorgeschrieben ist die Leichenöffnung trotz tatsächlicher Anhaltspunkte im Sinne der §§ 152 und 159 StPO nicht. Sie kann bei feststehender Todesursache unterbleiben.”*

Und hier sind wir glaube ich beim Kern des Problems angelangt, denn das ist **nicht** die Praxis. Vor wenigen Wochen berichtete auf einer Fachtagung Leichenschau des Nordverbundes eine Oberstaatsanwältin aus Hamburg von jährlich 650-900 in Auftrag gegebenen Sektionen. Verglichen an der Zahl der Verstorbenen dürften es im Vergleich zu Bremen noch nicht einmal 300 sein. In HH wird also doppelt bis dreifach soviel sezieren, wie in Bremen – und das bei völlig identischer Gesetzeslage. Wie ist das möglich? Aus der Rechtsmedizin Hannover habe ich dieser Tage erfahren, dass die dortige Staatsanwaltschaft grundsätzlich alle Fälle mit Verdacht auf Sorgfaltspflichtverletzung sezieren lässt. Es soll kein Gerücht im Raum stehen bleiben. In anderen Regionen Niedersachsens werden völlig identisch gelagerte Fälle fast ausnahmslos durchgewunken. Wie geht das bei völlig gleicher Gesetzeslage? Die eine Staatsanwaltschaft lässt generell alle Kleinkinder sezieren,

die andere nicht, obwohl, das geringe Alter ein tatsächlicher Hinweis für ein nichtnatürliches Geschehen ist und auf eine Obduktion eigentlich nur dann verzichtet werden darf, wenn die Todesursache zweifelsfrei feststeht. Das Schütteltrauma sieht man von außen nicht.

Aus eigener Erfahrung weiß ich, und Kollegen bestätigen mir das immer wieder, dass Entscheidungen über Sektionen sehr personen- oder dienststellenabhängig sind.

Für den Außenstehenden sind derartige Unterschiede bei der Behandlung ein und desselben Sachverhaltes schwer nachvollziehbar und vermitteln tatsächlich den Eindruck, dass ein Regelungsbedarf besteht. Dieser Meinung schließe ich mich an. Wir brauchen – zumindest was die forensischen Fälle angeht - keine neuen Gesetze – Hamburg und auch München zeigen ja, dass man auch bei der bestehenden Gesetzeslage akzeptable Sektionszahlen erreichen kann - sondern wir brauchen eine Konkretisierung des geltenden Rechts. Beispielsweise in der Form, dass ein Indikationskatalog für Fälle erstellt wird, die zwingend zu sezieren sind. Beispielsweise Todesfälle von Kindern und Jugendlichen, bei denen die Todesursache nicht zweifelsfrei feststeht – oder unerwartete, aus der üblichen Komplikationsquote herausfallende Todesfälle nach medizinischer Behandlung – oder nicht sicher identifizierte Tote – oder alle Spättodesfälle nach Unfällen – oder Todesfälle innerhalb von 4 Wochen nach einer erfolgten Schutzimpfung – oder Todesfälle innerhalb von 24 h nach Einlieferung in ein Krankenhaus, wenn die Todesursache nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte – oder Todesfälle nach berufsbedingtem Umgang mit giftigen oder gesundheitsgefährdenden Stoffen usw. usf.

Ich meine, es würde unserem Leichenschauystem gut zu Gesicht stehen, wenn wir durch einen solchen Indikationskatalog für Sektionen ein wenig mehr Gleichbehandlung von gleichgelagerten Fällen und damit ein bisschen mehr Rechtssicherheit durch Berechenbarkeit in unser Leichenschauystem implementieren würden.

Was andererseits häufig bei Forderungen nach mehr Sektionen übersehen wird, ist, dass der plötzliche unerwartete Tod ohne Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen nicht so sehr ein Fall für die Justiz sondern vielmehr ein Fall für die Gesundheitsverwaltung ist. Die fehlende Todesursache ist ein Problem für die Mortalitätsstatistik. Hier ist das Gesundheitsamt gefragt; Stichwort

Verwaltungssektion. Und hier besteht in der Tat ein echter Regelungsbedarf. Bei derartigen Diskussionen hat sich die Gesundheitsverwaltung in der Vergangenheit immer auffallend zurückgehalten und meist hinter der Justiz versteckt - wahrscheinlich aus Kostengründen. Mit dem jetzt vorliegenden Reformvorschlag haben die Gesundheitsämter Einnahmen, die sie zur Qualitätssicherung der Leichenschau einsetzen sollen. Eine Verwaltungssektion kostet kaum mehr als 200 € - wenn überhaupt. Das Geld für Verwaltungssektionen wäre also da. Nun gilt es, und da ist wieder die Lobby gefragt, darauf zu achten, dass die Länder in ihrer nun kommenden Gesetzgebung diese Chance auch wahrnehmen.

Und in diesem Zusammenhang habe ich noch eine gute Nachricht: Vor einigen Monaten hat sich in Bremen eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der 5 norddeutschen Bundesländer etabliert, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Arbeit der Projektgruppe unterstützend zu begleiten und weiterzuführen. Genau in einer Woche treffen wir uns wieder und werden – wenn alles gut geht – eine gemeinsame Todesbescheinigung, einen gemeinsamen Leichenschauschein und Eckpunkte für eine Rahmengesetzgebung der Länder zur Leichenschau abschließend beraten. Will sagen, wir sind schon kräftig dabei, den von der Projektgruppe geschaffenen Rahmen auszufüllen und den Schwung auszunutzen, der im Moment noch das Projekt voran treibt. Aus Niedersachsen sind im Übrigen zwei sehr aktive Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und dem Justizministerium mit von der Partie. Berlin und NRW haben bereits Interesse an den Ergebnissen unserer Arbeit angemeldet.

Wenn ich das Gesagte zusammenfassen darf, dann bleibt Folgendes zu konstatieren:

Die Zeit des Klagens ist nun vorbei! Zum ersten Mal seit mehr als 25 Jahren liegt ein von einer multidisziplinären Expertengruppe erarbeitetes Papier vor, mit dem unser Leichenwesen grundlegend reformiert und auf das Niveau unserer Nachbarländer angehoben werden könnte.

Wir könnten in wenigen Jahren zusammen mit den rechtsmedizinischen Instituten über die GÄ ein flächendeckendes System der rechtsmedizinischen Grundversorgung aufbauen und dabei nicht nur das leidige Problem der Leichenschau lösen. Die Weichen sind gestellt.

Mir ist bewußt, dass schon so mancher Krieg verloren wurde, weil man zu früh mit dem Feiern anfing. Was aus Troja geworden ist, muss ich hier nicht weiter ausführen. Es gibt zwar Grund zur Freude, aber noch keinen Grund zu feiern. Man könnte sagen: Land in Sicht – aber noch lange nicht im Hafen. Und die Seeleute wissen, dass das Segeln in Landnähe, die Revierfahrt, besonders schwierig ist. Die Reform hat auch Geger – die vor allem im Lager der Besitzstandswahrer zu suchen sind – und diese Gegner sind nicht ohne Einfluss oder aber sie sind Berater von Personen, die viel Einfluss haben. Sie werden die Segel nicht freiwillig streichen und schon gar nicht freiwillig auf liebgewonnene Pfründe verzichten. Man wird Halb- und Unwahrheiten über den Reformvorschlag verbreiten, den Obrigkeitsstaat herbeireden und das Ende der freien Ärzteschaft – und vielleicht sogar den Untergang des Abendlandes. Sie schmunzeln - die ersten Querschläger dieser Art sind uns schon um die Ohren geflogen, obwohl das Papier noch gar nicht veröffentlicht wurde. Das soll uns aber nicht beirren! Wenn wir uns nur immer vor Augen führen: nach 25 Jahren stehen wir jetzt in der Zielgeraden. Jetzt müssen wir zusammenhalten, jetzt werden wir gebraucht. Jetzt ist unsere Stunde gekommen; die Stunde der Lobby für die Toten und Geschädigten. Wir können dieser Reform zum Erfolg verhelfen und wir werden es schaffen - wenn wir es denn zusammen wollen und gemeinsam anpacken. Dafür wünsche ich uns allen zu unserer norddeutschen Ausdauer und Beharrlichkeit auch noch viel Kraft und das nötige Quäntchen Glück.