

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Rechtsmedizin
- Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. Dr. h.c. B. Brinkmann -

**Die Leichenschau im Stadtgebiet von Münster vor und
nach Einführung des Bestattungsgesetzes**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur
Erlangung des doctor medicinae dentinum
der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Grabowski, Jan Max

aus Münster
2006

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. A. Du Chesne

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. L. Figgener

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Oktober 2006

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. B. Brinkmann

Referent: Prof. Dr. med. A. Du Chesne

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. L. Figgener

ZUSAMMENFASSUNG

Die Leichenschau im Stadtgebiet von Münster vor und nach Einführung des Bestattungsgesetzes

Grabowski, Jan Max

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden für die Stadt Münster 4.630 Leichenscheine für das Kalenderjahr 2003 und das erste Halbjahr 2004 erfasst und ausgewertet. Besonderes Interesse galt den leichenschauenden Notärzten, welche durch die Änderung des Bestattungsgesetzes vom 17. Juni 2003 von der Leichenschau befreit wurden. Die ermittelten Daten wurden mit den Ergebnissen der parallel zu dieser Arbeit durchgeführten Studien in den Kreisen Steinfurt und Lippe verglichen. Die Gesetze zur Durchführung der Leichenschau in den deutschen Bundesländern wurden ausgewertet und in tabellarischer Form vergleichend dargestellt.

Es konnte der Nachweis erbracht werden, dass die im Rettungsdienst tätigen Notärzte die Leichenschau seltener als bisher durchführten, was einem Rückgang von 18,9% entspricht. Gleichzeitig ist ein Rückgang der meldepflichtigen „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesfälle von 18,5% bzw. 5,6% nachzuweisen.

Folgende Konsequenzen sollten gezogen werden: eine bundeseinheitliche Regelung zur Durchführung der Leichenschau, die bundesweite Einführung der klassischen Dreiteilung der Todesartklassifikation, die Benennung spezialisierter Leichenschauärzte, die Verpflichtung zur Übertragung der Obduktionsergebnisse in den Leichenschauschein, die Möglichkeit für alle Ärzte eine vorläufige Todesbescheinigung ausstellen zu dürfen und die Wiederverpflichtung der Notärzte zur Durchführung der Leichenschau für alle Bundesländer.

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Oktober 2006

**MEINEN ELTERN
IN DANKBARKEIT GEWIDMET**

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1 ZIELSTELLUNG.....	1
1.2 BEDEUTUNG DER LEICHENSCHAU.....	3
1.3 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER LEICHENSCHAU.....	4
1.4 DIE OBLIGATORISCHE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAU.....	6
1.5 DIE LEICHENSCHAU IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND.....	7
1.6 DIE LEICHENSCHAU IN NORDRHEIN-WESTFALEN.....	10
1.7 DIE LEICHENSCHAU BEI DER FEUERBESTATTUNG.....	11
1.8 GESETZLICHE REGELUNG ZUR LEICHENSCHAU IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	13
2. MATERIAL UND METHODIK	30
2.1 UNTERSUCHUNGSZIEL.....	30
2.1.1 <i>Kritische Beurteilung des Nordrhein-Westfälischen Bestattungsgesetzes vor und nach der Gesetzesänderung vom 17. Juni 2003</i>	30
2.2 MATERIAL.....	30
2.2.1 <i>Erfassung der Angaben der Todesbescheinigungen</i>	30
2.3 AUSWERTUNGSKRITERIEN.....	33
2.3.1 <i>Einteilung der Ärzte in Gruppen und Ermittlung der Facharztbezeichnung</i>	33
2.3.2 <i>Sterbeort</i>	34
2.3.3 <i>Fehler beim Ausstellen der Todesbescheinigungen</i>	34
2.3.4 <i>Korrektur der Todesart</i>	35
3. ERGEBNISSE	36
3.1 ALLGEMEINES.....	36
3.2 ANGEGEBENER STERBEORT.....	37
3.3 ANGEGEBENE TODESART.....	38
3.4 ANGEGEBENE TODESART IN ABHÄNGIGKEIT VOM STERBEORT.....	39
3.4.1 <i>Sterbeort „Altenheim“</i>	39
3.4.2 <i>Sterbeort „anderer Ort“</i>	41
3.4.3 <i>Sterbeort „Wohnung“</i>	42
3.4.4 <i>Sterbeort „Krankenhaus“</i>	43
3.5 TODESART IN ABHÄNGIGKEIT VOM TOTENSCHHEIN AUSSTELLENDEN ARZT.....	45
3.5.1 <i>Von Krankenhausärzten angegebene Todesart</i>	48
3.5.2 <i>Von niedergelassenen Ärzten angegebene Todesart (differenziert nach Hausärzten und Nicht-Hausärzten)</i>	50
3.5.3 <i>Von niedergelassenen Ärzten angegebene Todesart (aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen)</i>	52
3.5.4 <i>Von Notärzten angegebene Todesart</i>	54

3.6	VERTEILUNG AUSGESTELLTER TODESBESCHEINIGUNGEN AUF DIE ARZTGRUPPEN	55
3.6.1	<i>Übersicht</i>	55
3.6.2	<i>Anzahl der pro Jahr und Arzt ausgestellten Todes- bescheinigungen</i>	57
3.6.3	<i>Häufigkeit der Leichenschauen der verschiedenen Arztarten vor und nach der Gesetzesänderung</i>	59
4.	DISKUSSION	62
4.1	KRITISCHE BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND VERGLEICH MIT ANGABEN DER LITERATUR	63
4.2	ANGEGEBENE TODESART IN ABHÄNGIGKEIT VOM STERBEORT	64
4.3	TODESART IN ABHÄNGIGKEIT VON DER AUSSTELLENDEN ARZTGRUPPE	66
4.3.1	<i>Notärzte</i>	66
4.3.2	<i>Niedergelassene Ärzte</i>	67
4.3.3	<i>Krankenhausärzte</i>	68
4.4	VERGLEICH MIT DEN ERGEBNISSEN DER IM KREIS STEINFURT UND LIPPE DURCHGEFÜHRTEN STUDIEN	69
4.5	GESETZLICHE REGELUNGEN ZUR LEICHENSCHAU IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND	74
4.6	LÖSUNGSANSÄTZE	79
5.	ZUSAMMENFASSUNG	83
6.	LITERATURVERZEICHNIS	85
	LEBENS LAUF	94
	DANKSAGUNG	95

1. Einleitung

1.1 Zielstellung

Bei der Durchführung der ärztlichen Leichenschau handelt es sich um einen Akt hoher ärztlicher Verantwortung im Sinne der letzten ärztlich-diagnostischen Tätigkeit. Hierbei stehen die sichere Feststellung des Todes, sowie der Todesursache und der Todesart im Vordergrund. Auch das Aufdecken möglicher Straftaten, die Erfüllung gesundheitspolitischer und epidemiologischer Aufgaben und die Sicherung zivilrechtlicher Belange spielen bei der Leichenschau eine entscheidende Rolle. Auf verschiedenen Ebenen können hier Fehler unterschiedlicher Tragweite auftreten. Durch Fehler in der Todesursachenklassifikation wird die Todesursachenstatistik verzerrt, was zu einer falschen Festlegung von Forschungsschwerpunkten, sowie zu sachfremder Verteilung von Mitteln in der medizinischen Forschung führt. Die richtige Feststellung der Todesart wahrt die Interessen des Verstorbenen auch über seinen Tod hinaus, da der Leichenschauer durch die Todesartbestimmung ein Einschalten der Ermittlungsbehörden überhaupt erst bewirkt. Mit der Leichenschau, wie sie heute praktiziert wird, sind alle in die Leichenschau involvierten Instanzen unzufrieden, da die tatsächliche Häufigkeitsverteilung von Krankheiten mit Todesfolgen durch die Todesbescheinigungen im Vergleich zu Obduktionsberichten nur ungenau wiedergegeben wird (MANZ und FLESCHE-JANYS 1991). MODELMOG et al. (1989) wiesen in der „Görlitzer Studie“ aus dem Jahr 1987 nach, dass in 37,8% der untersuchten Fälle keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau-Diagnose und Obduktionsbefund bestand. Die Aussagekraft dieser Studie gründet auf der bei fast 100% liegenden Obduktionsrate. In Görlitz wurden in 12 Monaten (1986-1987) 1.327 von 1.354 Verstorbenen obduziert und deren genaue Todesursache festgestellt. MADEA (1999) beziffert die Fehlerquote zwischen klinisch und autopsisch festgestellter Todesursache auf 33% bis 100%. Eine vollständige Übereinstimmung zwischen Todesart und Todesursache konnte DRESCHNER (1988) nur in 35,9% der Fälle nachweisen. In 62,8% bestand keine bzw. nur teilweise Übereinstimmung.

Die Ursachen für diese Diskrepanz sind vielfältig. Neben der mangelnden Strukturierung der Todesbescheinigungen in einigen Bundesländern kommt erschwerend das Fehlen einer bundeseinheitlichen Bestattungsgesetzgebung hinzu. Wie in den Abschnitten 3.6.1 und 3.6.2 deutlich wird, treten in der Praxis sowohl Sorgfaltsmängel bei der Durchführung der Leichenschau, als auch Fehleinschätzungen der Todesart auf, die zur Verzerrung der Todesursachenstatistik beitragen.

Im Bundesland Nordrhein-Westfalen ist seit dem 01. September 2003 das am 17. Juni 2003 verabschiedete neue Bestattungsgesetz in Kraft. Das Gesetz sieht vor, dass alle Ärzte zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet sind. Eine Ausnahme gilt für die im Rettungsdienst tätigen Notärzte, die von der Leichenschau befreit sind. Es war daher davon auszugehen, dass Notärzte nach Feststellung des Todes häufiger als bisher den Auffindungsort der Leiche verlassen, auch ohne dass ein weiterer dringender Einsatz dies begründen würde. Leichenschau und Ausfüllen der Todesbescheinigung müssen in diesen Fällen von niedergelassenen Ärzten übernommen werden. Es ist zu klären, ob sich mit der geänderten Gesetzgebung und der damit verbundenen veränderten Beteiligung von Personengruppen an der Leichenschau eine signifikante Veränderung in der Todesursachenstatistik ergibt. Um diese Veränderung nachzuweisen, wurden in drei Regionen (Münster, Steinfurt und Lippe) Todesbescheinigungen vor und nach Einführung des Gesetzes analysiert. Ziel dieser Arbeit ist es, zu prüfen ob sich durch diese Regelung im Bestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen eine Veränderung bei der Klassifizierung der Todesart ergeben hat. Des Weiteren wird im Folgenden die Gesetzgebung zur derzeit gültigen Leichenschau in den einzelnen Bundesländern dargestellt.

1.2 Bedeutung der Leichenschau

Die Leichenschau spielt nach BRINKMANN und PÜSCHEL (1991) eine entscheidende Rolle in der Erkennung und Aufklärung von „nicht natürlichen“ Todesfällen. Als zentrale Aufgabe der gesetzlichen Leichenschau sieht JANSSEN (1991) die Feststellung und Beurkundung der Todesart an. Die richtige Erkennung der Todesart und die entsprechende Einordnung der Todesfälle sind nicht nur für die Verstorbenen und deren Hinterbliebene, sondern auch zur Wahrung der rechtlichen und sozialen Sicherheit der Allgemeinheit entscheidend. Dies bedeutet im Besonderen den Nachweis von Tötungsdelikten oder anderen Sterbefällen mit „unklarer“ und „nicht natürlicher“ Todesart. Unter Sicherheit versteht JANSSEN (1991) die Wahrung von Ansprüchen, das Aufdecken von Schadensursachen und die Schadensvorbeugung. Hierbei handelt es sich im Besonderen um die Wahrung der Rechte des Verstorbenen auch über seinen Tod hinaus, aus denen sich auch zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Ansprüche der Hinterbliebenen ergeben können. Jede nicht korrekt benannte Todesart hat Einfluss auf die Todesursachenstatistik und somit auch auf die sich hieraus ergebende Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen und in der medizinischen Forschung. Da die Verteilung von Forschungsmitteln im Gesundheitswesen und in der medizinischen Forschung eng mit der Todesursachenstatistik verknüpft ist, determiniert die korrekt benannte Todesart sowohl Richtung als auch Intensität der Forschung.

1.3 Historische Entwicklung der Leichenschau

Die erste in deutschsprachigen Aufzeichnungen erwähnte Leichenschau unter forensischen Gesichtspunkten wurde im 13. Jahrhundert durchgeführt. Hierbei handelte es sich um eine Begutachtung von Ermordeten oder Erschlagenen durch das Gericht. Schon 1230 wurde im Sachsenspiegel (BRUNE 1999) bestimmt, dass der Verstorbene nur mit richterlicher Genehmigung beerdigt werden durfte, wobei die Besichtigung des Toten durch das Gericht entweder am Tatort bzw. dort, wo der Leichnam aufgebahrt lag, oder am ständigen Gerichtsplatz zu geschehen hatte. Während es zu Beginn üblich war, dass sowohl der Richter und die Schöffen die Leichenschau vornahmen, wurde es später Brauch, dass der Richter dem Kläger einige Schöffen lieh, um die Leichenschau vorzunehmen. Durch die Cent-Gerichtsreform von 1447 wurde bestimmt, dass bei der Leichenschau neben den zwei geschworenen Schöffen auch ein Wund- oder Leibarzt anwesend sein musste. Hierbei handelte es sich meist um Barbieri oder Bader, welchen die Untersuchung von Verwundeten und Toten vom Gericht anvertraut wurde. 1507 trat die „Bambergische peinliche Halsgerichtsordnung“ als allgemeingültiges Gesetz in Kraft, welches die bestehenden Vorschriften vereinigte. Die „Bambergische peinliche Halsgerichtsordnung“ diente als Vorlage für das weit umfangreichere Strafgesetz der „Constitutio Criminalis Carolina“ (Kaiser Karl V. und des Heiligen Römischen Reiches peinliche Gerichtsordnung), die 1532 erschien (KANNE 1975, SCHNEIDER 1981, SCHNEIDER 1987).

Mit Beginn des Rationalismus gewann die Schulmedizin in der Leichenschau an Einfluss und ersetzte die Wundschau der Wundärzte oder Bader. Mit Inkrafttreten der Leipziger Vorschrift aus dem Jahre 1658 wurde in Kriminalfällen die Medizinische Fakultät zur Leichenschau hinzugezogen. Der Körper des auf unklare Weise Verstorbenen wurde in Gegenwart eines Medicus von zwei Badern eröffnet. Die äußere Leichenschau blieb dem Gericht in minderschweren Fällen vorbehalten und in solchen, bei denen die Todesursache eindeutig feststellbar war.

Aus Angst vor dem Lebendig-Begraben-Werden gewann die Leichenschau zu Beginn des 18. Jahrhunderts in Berlin zunehmend an Einfluss. Wie an anderen Orten auch wurde in Berlin eine Leichenkammer gebaut, die ein sensibles Alarmsystem besaß, das Scheintote auslösen konnten, um entsprechende Rettungsmaßnahmen in Gang zu setzen. Der Polizeipräsident von Berlin führte 1824 einen obligatorischen Sterbezettel ein, der von Ärzten oder Wundärzten ausgestellt wurde und falls kein Arzt auffindbar war, dem Revier-Kommissarius vorzulegen war. Für den Polizeibezirk Berlin ordnete der Polizeipräsident am 14. Juni 1835 eine verbindliche ärztliche Leichenschau an (SCHNEIDER 1987, WAGNER 1990).

Aufgrund des Widerstandes Preußens im Bundesrat im Jahre 1901 scheiterte eine reichseinheitliche Leichenschau. Auf Länderebene entwickelte sich eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen. So existierten für Preußen nur in größeren Städten Verordnungen, welche die Leichenschau vorschrieben (PENNERS 1985). Eine einheitliche ärztliche Leichenschau für das gesamte preußische Staatsgebiet wurde am 18. April 1933 durch die Polizeiverordnung über das Leichenwesen eingeführt. In einigen Landesteilen wie Bayern, Württemberg und Teilen von Thüringen gab es jedoch auch nach 1933 neben der ärztlichen auch eine nicht-ärztliche und in ländlichen Gebieten von Baden und Sachsen nur eine nicht-ärztliche Leichenschau, wohingegen in Lippe und Mecklenburg-Strelitz gar kein Leichenschauzwang bestand (WAGNER 1990). Im Jahre 1937 wurde neben einer reichseinheitlich geregelten und nur von approbierten Ärzten durchgeführten Leichenschau bei allen Verstorbenen auch die reichsgesetzliche Einführung von Verwaltungssektionen in allen Fällen, in denen der Leichenschauer keine eindeutige Todesursache feststellen konnte, eingeführt (MERKEL 1937).

Im Jahre 1970 traten auch in Bayern und Baden-Württemberg Bestattungsgesetze in Kraft, die die Laienleichenschau in Deutschland endgültig abschafften (KANNE 1975).

Heute unterliegt das Leichenschauwesen in Deutschland der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz, bei der die Länder solange für die Gesetzgebung zuständig sind, wie der Bund diese nicht ausübt.

Die heute gültigen Gesetze und Verordnungen zur Leichenschau gehen bis auf das Jahr 1920 zurück. Eine einheitliche, alle Bundesländer betreffende Neuregelung der Leichenschau unter Berücksichtigung der Obduktion und Transplantation ist dringend notwendig und seit langem überfällig (SCHNEIDER 1987, WAGNER 1990).

1.4 Die obligatorische ärztliche Leichenschau

In der Bundesrepublik Deutschland muss jede Leiche bestattet werden. Bei der Bestattung wird zwischen drei Bestattungsarten unterschieden: der Erd-, Feuer- und Seebestattung, wobei der Seebestattung die Feuerbestattung voraus geht (SCHNEIDER 1987). Die Bestattungsart wird durch die Angehörigen des Verstorbenen festgelegt, falls dieser zu Lebzeiten keinen Bestattungswunsch geäußert hat. Eine ärztliche Leichenschau ist laut Bestattungsgesetzen, bzw. nach der Verordnung der einzelnen Bundesländer in jedem Sterbefall vorgeschrieben. Die Todesfeststellung darf bundesweit - Ausnahmen gelten auf einigen friesischen Halligen - nur durch einen Arzt erfolgen. Der Leichenschau folgt die Ausstellung des Leichenschauscheines, auf dem die Todesart, die Todesursache und die Todeszeit vermerkt sind.

Der leichenschauende Arzt bescheinigt mit seiner Unterschrift die sorgfältige Untersuchung des Verstorbenen (BRINKMANN und PÜSCHEL 1991).

Bei der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigung handelt es sich nicht um einen formalen Prozess, sondern um eine verantwortungsvolle ärztliche Handlung, da mit der Feststellung des Todes die Weichen gestellt werden, ob eine Leiche entweder zur Bestattung freigegeben wird oder weitere forensische Ermittlungen erforderlich sind (LEOPOLD und HUNGER 1979).

1.5 Die Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland unterliegt das Leichenschauwesen der konkurrierenden Gesetzgebung. Solange der Bund die Gesetzgebung nicht ausübt, sind die einzelnen Bundesländer hierfür verantwortlich (SCHNEIDER 1987; JANSEN 1991). Die Veranlassung der Leichenschau hat durch die Angehörigen, den Wohnungs- oder Grundstücksinhaber, jedem beim Tode Anwesenden oder demjenigen, der von dem Todesfall aus eigenem Wissen unterrichtet ist, zu erfolgen. Hierbei tritt der leichenschauende Arzt in ein privatrechtliches Verhältnis mit dem Veranlasser der Leichenschau (GAEDEKE 1983). Die Todesbescheinigung ist Voraussetzung für die Leichenbeförderung, die Ausstellung eines Leichenpasses, die Überführung in die Leichenhalle bzw. ein anatomisches Institut, sowie für die Bestattung (GAEDEKE 1983). Zur Leichenschau ist jeder niedergelassene Arzt und jeder im Krankenhaus tätige Arzt verpflichtet (SPANN 1978), bzw. jeder Arzt (STAAK und SATERNUS 1981). Allerdings ist die Leichenschau für die Notärzte im Rettungsdienst in zehn Bundesländern auf die sichere Feststellung des Todes beschränkt, was die oben gemachte Aussage relativiert. Diese Regelung gilt in folgenden Bundesländern: Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Seit dem 01. September 2003 ist das am 17. Juni 2003 verabschiedete neue Bestattungsgesetz für das Bundesland Nordrhein-Westfalen in Kraft, welches die im Rettungsdienst tätigen Notärzte von der Leichenschau befreit. Bei ordnungsgemäß durchgeführter Leichenschau hat der Arzt Feststellungen zu Tod, Todeszeitpunkt, Todesart und Todesursache zu treffen und darf erst nach sorgfältiger Untersuchung und Feststellung der sicheren Todeszeichen den Totenschein ausstellen. Bei der Todesursache ist die unmittelbare Todesursache von den vorausgegangenen Krankheiten zu unterscheiden und auch differenziert in den Totenschein einzutragen. Die Todesart ergibt sich aus den äußeren Umständen oder aus der Todesursache.

Für den Begriff des „nicht natürlichen“ Todes existiert allerdings keine verbindliche Definition, obwohl dies seit Jahren gefordert wird (SPANN 1982). Aus juristischer und aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht wird der „nicht natürliche“ Tod unterschiedlich definiert, wobei sich der Leichenschauarzt an die naturwissenschaftliche Definition halten sollte. Hiernach liegt eine „nicht natürliche“ Todesart immer dann vor, wenn der Tod durch eine medizinisch nicht natürliche Ursache – im allgemeinen durch äußere Einwirkung – ausgelöst, beeinflusst oder herbeigeführt wurde (BRINKMANN und PÜSCHEL 1991). Es gilt das Kausalitätsprinzip. Nach juristischer Definition erfüllt der Begriff des „nicht natürlichen“ Todes die Funktion eines Beweissicherungsinstrumentes (BRINKMANN und PÜSCHEL 1991). Dem „nicht natürlichen“ Tod soll aus juristischer Sicht ein Fremdverschulden voraus gegangen sein und ein Strafermittlungsverfahren folgen. Die verschiedenartigen Fehler im Bezug auf die ärztliche Leichenschau sind jedoch nicht ausschließlich durch eine unzureichende Gesetzgebung, fehlende Definitionen und verwirrende Formulare zu erklären. Vielmehr sind sie auch bei den Leichenschauärzten und ihrer fehlerhaften Dokumentation zu suchen. Den Grund für die gehäuften Fehlangaben auf den Todesbescheinigungen sehen BERNDT und ZSCHOCH (1972) darin, dass viele Ärzte den Sinn und den Wert der Leichenschau nicht erkannt haben. Rudolf Virchow beklagte bereits 1872 die Nachlässigkeit der Ärzte beim Ausstellen der Todesbescheinigungen. LEITHOFF et al. (1985) hingegen führen die hohe Fehlerquote sowohl auf die mangelhafte Ausbildung als auch auf die unzureichende Zivilcourage der ärztlichen Leichenschauer zurück. Die Leichenschaugeetze fast aller Bundesländer verlangen vom Arzt die Durchführung der Leichenschau an der unbedeckten Leiche. In der Realität wird diese Forderung selten erfüllt. Nach TRUBE-BECKER (1991) wird die Leichenschau zu 32%, und nach BRINKMANN und PÜSCHEL (1991) sogar zu 80% an der bedeckten Leiche durchgeführt.

Die Gründe, die das Entkleiden der Leiche erschweren oder sogar im Moment der Leichenschau unmöglich machen, sind vielfältig: öffentliche Fundorte der Leiche, schwergewichtige Leiche und die Anwesenheit von Angehörigen (VOELTZ 1986). Die korrekte Ausführung der Leichenschau an der unbedeckten Leiche ist für den Arzt zum Teil Schwerstarbeit und kann auf die Angehörigen schnell pietätlos wirken (PÜSCHEL 1980). Ungeachtet dessen betrachtet es HÖLZEL (1991) als unverzeihliche Nachlässigkeit, von dem Entkleiden der Leiche abzusehen. In der Feststellung der Todesart sehen BRINKMANN und DU CHESNE (1993) eine objektive Überforderung der Leichenschauärzte und verweisen darauf, dass niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte in der Erkennung eines „nicht natürlichen“ Todes weder trainiert noch mit seiner Definition ausreichend vertraut sind. Da die Gesundheitsministerkonferenz des Jahres 1986 eine Einführung speziell bestellter Leichenschauärzte ablehnte, soll eine Verbesserung des Leichenschauwesens durch intensive Aus- und Fortbildung der Ärzteschaft erreicht werden. Ein weiteres Problem in der ärztlichen Leichenschau stellen mitunter die Ermittlungsbehörden dar, welche Druck auf den Leichenschauarzt ausüben, möglichst oft einen „natürlichen“ Tod zu diagnostizieren. VENNEMANN et al. (2001) stellten bei der Auswertung von 289 Fragebögen fest, dass fast die Hälfte der befragten Ärzte schon einmal Beeinflussungsversuchen durch Polizeibeamte ausgesetzt waren. Hiervon besonders häufig betroffen waren die Notärzte. Neben der Polizei drängen aber auch die Angehörigen auf die Feststellung eines „natürlichen“ Todes. Bedenkt man jedoch, dass der Grossteil der Tötungsdelikte Beziehungstaten sind, die häufig im Familienkreise auftreten, ist hier das Risiko, den „nicht natürlichen“ Tod zu verdecken, besonders groß (HÖLZEL 1991). Eine nicht eindeutig feststellbare Todesursache lässt das Ansehen des Arztes laut WAGNER (1990) rapide sinken, sowohl bei den Angehörigen des Verstorbenen als auch bei den Ermittlungsbehörden, welche eine eindeutig diagnostizierte Todesursache erwarten.

Für den Hausarzt als Leichenschauarzt ergibt sich außerdem eine schwierige Situation wenn er den Verdacht eines „nicht natürlichen“ Todes äußert, insbesondere dann, wenn die Angehörigen ebenfalls Patienten seiner Praxis sind. Besonders in Kleinstädten und in ländlichen Gebieten versuchen Leichenschauärzte den Angehörigen das Einleiten eines Ermittlungsverfahrens zu ersparen und bescheinigen vorschnell den „natürlichen“ Tod. Für Krankenhausärzte hingegen besteht noch ein weiteres Problem: die Wertung des Exitus in tabula - des Todes auf dem Operationstisch - dessen Häufigkeit in der Literatur mit Werten zwischen 0,5 und 4,5% angegeben wird (PRIBILLA 1971). In diesem Fall fordert Pribilla, dass jeder Exitus in tabula obduziert werden muss, wie es in vielen anderen Ländern der Fall ist. Ärzte stehen hier vor dem Problem, einerseits einen Kollegen eines möglicherweise am Ende nicht nachweisbaren Kunstfehlers zu bezichtigen, andererseits eventuelle Fehler zu vertuschen.

1.6 Die Leichenschau in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen ist die Leichenschau durch das Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz - BestG. NRW) geregelt. Laut § 9 Abs. 3 sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die unbedeckte Leiche oder die Totgeburt persönlich zu besichtigen und sorgfältig zu untersuchen (Leichenschau) sowie die Todesbescheinigung auszustellen und auszuhandigen. Falls andere Ärztinnen und Ärzte nicht zur Verfügung stehen, ist sie von einer Ärztin oder einem Arzt der für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen unteren Gesundheitsbehörde durchzuführen. Notärztinnen und Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst sind während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes, sobald sie den Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet.

1.7 Die Leichenschau bei der Feuerbestattung

Seit dem 15. Mai 1934 stellt das Reichsgesetz die Feuerbestattung der Erdbestattung grundsätzlich gleich, setzt bei der Feuerbestattung jedoch einige Einschränkungen im Interesse der Sicherheit der Strafrechtspflege voraus. Im Falle einer Feuerbestattung hat vor der Einäscherung zusätzlich zur obligatorischen Leichenschau eine zweite Leichenschau (Leichennachschaу, amtsärztliche Leichenschau, Feuerbestattungsleichenschau) zu erfolgen. Des Weiteren bedarf jede Feuerbestattung der Erlaubnis der Ortspolizeibehörde, welche spätestens 24 Stunden vor der Einäscherung zu beantragen ist und nur erteilt werden darf, wenn folgende Unterlagen vorliegen:

1. die amtliche Sterbeurkunde
2. die amtsärztliche Bescheinigung über einen natürlichen Tod
3. die Bescheinigung der Polizei, dass keine Umstände für die Herbeiführung des Todes durch strafbare Handlung bekannt sind
4. der Nachweis, dass die Feuerbestattung dem Willen des Verstorbenen entspricht. (Für den Fall, dass eine nicht zu den Angehörigen zählende Person die Feuerbestattung beantragt)

PENNERS (1985) spricht der zweiten Leichenschau ein Sicherheitsbedürfnis aus kriminalpolizeilicher Sicht zu, da mit der Einäscherung die Leiche rechtsmedizinischen und kriminalistischen Nachforschungen entzogen wird. Bei nicht natürlichen Todesfällen oder einer unbekanntem Leiche ersetzt die Leichenfreigabe der Staatsanwaltschaft (§ 159 Abs. 2 StPO) die Bescheinigung von Amtsarzt und Polizeibehörde (GAEDKE 1983, SPANN 1980).

Die Erlaubnis zur Feuerbestattung darf erst dann erteilt werden, wenn der Arzt des Gesundheitsamtes oder ein Arzt mit gerichtsmedizinischen Kenntnissen, keine Hinweise für einen nicht natürlichen Tod feststellt. Im Falle solcher Hinweise sind Polizei und Gemeindebehörden zur Anzeige bei Staatsanwaltschaft oder Amtsgericht verpflichtet, die über die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens oder einer Obduktion entscheiden.

Anderenfalls muss der Leichenschauschein durch Staatsanwalt oder Amtsrichter schriftlich freigegeben werden (SCHNEIDER 1981; SCHNEIDER 1987). Allerdings halten SCHNEIDER (1987) und METTER (1986) die zweite Leichenschau nicht für sehr aufschlussreich, da meist die eingesargte Leiche untersucht wird und dabei zumeist die Ergebnisse der ersten Leichenschau übernommen werden. MALLACH und WEISER (1983) sehen in der geringen Aussagekraft der zweiten Leichenschau jedoch keinen Grund diese abzuschaffen, sondern Anlass, die Qualität der Untersuchung zu verbessern.

1.8 Gesetzliche Regelungen zur Leichenschau in den Bundesländern

Die gesetzlichen Regelungen zur Leichenschau in den einzelnen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland bilden die rechtliche Grundlage für das Leichenschauwesen. Um ein besseres Verständnis für die vorliegende Dissertation zu erreichen, wird die Gesetzeslage in den Bundesländern in tabellarischer Form vergleichend dargestellt. Alle Regelungen wurden auf folgende Kriterien hin überprüft:

- Gesetzesgrundlagen
- Wer darf die Leichenschau durchführen?
- Wer muss die Leichenschau durchführen?
- In welchem Zeitrahmen muss die Leichenschau durchgeführt werden?
- Regelungen zur Durchführungen der Leichenschau
- Sanktionen bei Missachtung der Gesetze
- Todesarten
- Wann ist eine Verständigung der Polizei erforderlich?
- Identifikation der Leiche
- Auskunftspflicht
- Betretungsrecht
- Infektionsgesetz (altes Bundesseuchengesetz)
- Leichenschau bei Totgeborenen (ab welchem Geburtsgewicht)
- Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen
- Mögliche Bestattungsarten und ihre Zeitregelungen
- Regelungen zur zweiten Leichenschau bei Feuerbestattung
- Formularsatz
- Obduktionsschein
- Existiert eine vorläufige Todesbescheinigung
- ICD Code
- Sonstiges, z.B. Neuplanung der gesetzlichen Regelung

	Nordrhein – Westfalen
Gesetz	Feuerbestattungsgesetz vom 15.05.1934 (G15), Bestattungsgesetz – BestG. NRW vom 17. Juni 2003 (G21)
Wer darf?	Ärzte
Wer muss?	Ärzte, beamtete Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde Notärzte: im Einsatz nicht zur Leichenschau verpflichtet
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	unbekleidete Leiche persönlich besichtigen und untersuchen
Sanktionen	Geldbuße: 3.000 Euro
Todesart	Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten (z.B. Selbsttötung, Unfall, Tötungsdelikte, auch durch äußere Einwirkung eventuell mitverursachte Todesfälle, Spätfolgen nach Verletzung) <input type="checkbox"/> ja wenn nein, Todesart <input type="checkbox"/> natürlich oder <input type="checkbox"/> ungeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod Wenn ja oder ungeklärt im vertraulichen Teil nähere Hinweise möglich
Verständigung der Polizei bei sichere Todeszeichen	Verdacht auf nicht natürlichen Tod, unbekannter Leiche Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer, See Innerhalb von 48 bis 120 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	keine
Vorläufige Todesbescheinigung	keine
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	möglich
sonstiges	

Tabelle 1: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Nordrhein-Westfalen

	Niedersachsen
Gesetz	Feuerbestattungsgesetz vom 15.05.1934 außer §10 (G15), Verordnung zur Durchführung vom 10.08.1938 (G16), Rechtsvereinfachungsgesetz vom 30.07.1985 (G17), Gesetz über das Leichenschauwesen vom 29.03.1963 (G18), Verordnung vom 29.10.1964 (G19) und 17.09.1986 (G20)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	beamteter Arzt der unteren Gesundheitsbehörde, wenn kein
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	sorgfältig untersuchen
Sanktionen	Ordnungswidrigkeit
Todesart	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (z.B. Unfall, Selbstmord, Vergiftung; Folge des gegebenenfalls auch zurückliegenden Verhaltens eines Anderen, sonstige Gewalteinwirkung) <input type="checkbox"/> ungeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod <input type="checkbox"/> eine Leichenöffnung könnte zur Aufklärung beitragen Die Leiche war bei der Untersuchung unbekleidet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Leiche wurde nicht entkleidet weil <input type="checkbox"/> Todesart ohne Entkleidung erkennbar war <input type="checkbox"/> sonstige Gründe
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten auf nicht natürliche Todesart und unbekannter Leiche Tod in Vollzugsanstalt
sichere Todeszeichen	pauschal vor Unterschrift „sichere Zeichen des Todes wurden wahrgenommen“
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	im Gesetz vorgesehen, auf Totenschein jedoch kein Hinweis
Leichenschau ab:	>35 cm
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer frühestens nach 48 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-4. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	keine Sektionsbefund im vertraulichen Teil möglich
Vorläufige scheinigung	nein
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	keine Regelung
sonstiges	

Tabelle 2: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Niedersachsen

	Hessen
Gesetz	Feuerbestattungsgesetz vom 15.05.1934 (G15), Gesetz über Friedhofs- und Bestattungswesen vom 17.12.1964 (G22), Verordnung über das Leichenschauwesen vom 12.03.1965 (G23)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder Arzt auf Verlangen, beamtete Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde, wenn kein anderer
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	sorgfältig untersuchen
Sanktionen	Ordnungswidrigkeit, Geldbuße
Todesart	Anhaltspunkte für einen natürlichen Tod <input type="checkbox"/> ja, Erläuterungen wenn möglich... <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürliche Todesart, unbekannte Leiche
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer innerhalb 48 bis 96 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	ja
Vorläufige Todesbescheinigung	nein
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	möglich
sonstiges	

Tabelle 3: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Hessen

Baden-Württemberg	
Gesetz	Bestattungsgesetz vom 04.07.1983 (G28), Verordnung vom 25.10.2000 (G29)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder niedergelassene Arzt auf Verlangen, jeder Krankenhausarzt, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	Gründlich an entkleideter Leiche, nicht im Freien
Sanktionen	Ordnungswidrigkeit
Todesart	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod (wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren [z.B. Unfall] plausibel erklären) <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod (Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung [z.B. Sturz], Vergiftung, nicht erwarteter Tod während oder kurz nach ärztlichen Eingriffen oder bei Unterlassen bei gebotener ärztlichen Eingriff und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien) <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt (eine ungeklärte Todesart wird dann angenommen, wenn keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist und trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren [z.B. Unfall] plausibel erklären)
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten auf nicht natürliche Todesart, unbekannter Leiche, unklarer Todesart
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit dem Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer: Bestätigung der zuständigen Polizei, dass keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod bestehen
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss eines nicht natürlichen Todes von anderem Arzt als bei 1. Leichenschau
Formularsatz	1.-2. Blatt nicht vertraulich, 3.-7. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	2
Vorläufige Todesbescheinigung	3. Blatt für Notarzt
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	möglich
Sonstiges	

Tabelle 4: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Baden-Württemberg

	Saarland
Gesetz	Feuerbestattungsgesetz vom 15.05.1934 (G15), Verordnung zur Durchführung vom 10.08.1938 (G16), Polizeiverordnung über Bestattungs- und Leichenwesen vom 18.12.1991 (G24)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder Arzt, Arzt der unteren Gesundheitsbehörde, wenn kein anderer Arzt, nach Aufforderung der Staatsanwaltschaft, Gericht oder Polizei
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	sorgfältig untersuchen
Sanktionen	10.000 DM Ordnungswidrigkeit
Todesart	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Unglücksfall <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nach Unglücksfall <input type="checkbox"/> Freitod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten auf nicht natürliche Todesart, unbekannter Leiche
sichere Todeszeichen	pauschal vor Unterschrift „sichere Zeichen des Todes wurden von mir wahrgenommen“
Identifikation der Leiche	keine Regelung
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	nein
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	1000g laut geltender Todesbescheinigung, 500g laut Gesetz
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer innerhalb von 48 bis 96 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	keine Sektionsbefund auf Leichenschauschein
Vorläufige Todesbescheinigung	nein
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	keine Regelung
sonstiges	neues Saarländisches Bestattungsgesetz geplant

Tabelle 5: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Saarland

	Rheinland-Pfalz
Gesetz	Bestattungsgesetz vom 04.03.1983 (G22), Landesverordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 20.06.1983 (G26)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder niedergelassene Arzt, jeder Krankenhausarzt, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	persönlich an unbekleideter Leiche
Sanktionen	2.000 DM Ordnungswidrigkeit
Todesart	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod <input type="checkbox"/> ja, und zwar... <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten auf nicht natürlichen Tod
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit dem Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer innerhalb von 48 Stunden bis 7 Tage
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart, bei unklarer Todesart Obduktion notwendig
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	2
Vorläufige Todesbescheinigung	ja, 3 Blätter für Notärzte
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	möglich
sonstiges	

Tabelle 6: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Rheinland-Pfalz

	Bayern
Gesetz	Bayrische Bestattungsverordnung vom 01.03.2001 (seit 01.06.2001 in Kraft) (G27)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder aufgeforderte Arzt, Arzt der unteren Gesundheitsbehörde, wenn kein anderer, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	sorgfältig an vollständig entkleideter Leiche (Rücken behaarter Kopf, Körperöffnungen), Feststellung des natürlichen Todes setzt Untersuchung an entkleideter Leiche voraus
Sanktionen	Ordnungswidrigkeit
Todesart	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürliche Todesart, unklare Todesart, unbekannte Leiche
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit dem Leben vereinbar, Hirntod Feststellung eines sicheren Todeszeichens ist Voraussetzung für Ausstellung des Totenscheins
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	keine Regelung
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	Obduktionsschein an untere Gesundheitsbehörde weiterleiten
Bestattungsarten	Erde, Feuer innerhalb von 48 bis 96 Stunden bei Feuerbestattung Bestätigung der Polizei, dass keine Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod bzw. Zweifel über die Todesart bestehen
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	auf Anforderung der Polizei zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-6. Blatt vertraulich auf 2. Seite ausführliche schriftliche Darstellung möglich
Obduktionsscheine	3
Vorläufige Todesbescheinigung	ja, 3 Blätter für Notarzt
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	möglich
sonstiges	

Tabelle 7: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Bayern

	Schleswig-Holstein
Gesetz	Landesverordnung über das Leichenschauwesen vom 30.11.1995 (G9)
Wer darf?	jeder Arzt
Wer muss?	keine Angaben, Sonderregelungen für Inseln (Halligen), wo es keinen Arzt gibt: eine von den Behörden festgelegte geeignete Person
In welchem Zeitraum?	unverzüglich, spätestens innerhalb 24 Stunden
Durchführung der Leichenschau	an vollständig entkleideter Leiche, alle Körperpartien, insbesondere Rücken und behaarte Kopfhaut
Sanktionen	Ordnungswidrigkeit
Todesart	Gibt es Anhaltspunkte für ein nicht natürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? (insbesondere Selbsttötung, Unglücksfall oder Tod durch äußere Einwirkung, bei der das Verhalten Dritter eine Ursache haben könnte, Spattod nach Unfall, Lungenembolie oder andere Komplikationen durch unfallbedingtes Krankenlager, Tod in relativ jungem Alter ohne bekannte oder bekanntermaßen zum Tode führende Vorerkrankungen, handelt es sich um eine nicht oder nicht sicher zu identifizierende Leiche, oder liegt eine fortgeschrittene Verwesung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten auf nicht natürliche Todesart, unbekannter Leiche
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecken, Fäulnis, Verletzungen nicht mit Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	keine Regelung
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer nach frühestens 48 Stunden, innerhalb von 216 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	keine
Vorläufige Todesbescheinigung	nein
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grunderkrankungen II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	keine Regelung
sonstiges	

Tabelle 8: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Schleswig-Holstein

	Bremen
Gesetz	Bestattungsgesetz vom 14.09.1992 (G13), Gesetzesblatt vom 07.04.1997 (G14)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder niedergelassene Arzt, jeder Krankenhausarzt, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich Aus wichtigem Grund Übertragung der Leichenschau auf Ärzte der Rechtsmedizin möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich, innerhalb von 6 Stunden
Durchführung der Leichenschau	an vollständig entkleideter Leiche, alle Körperpartien, insbesondere Rücken und behaarte Kopfhaut, möglichst am Ort des Todeseintritts
Sanktionen	50.000 DM
Todesart	Gibt es Anhaltspunkte für ein natürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? (Selbsttötung, Unglücksfall oder Tod durch äußere Einwirkung, bei der das Verhalten eines Dritten eine Ursache gesetzt haben könnte, Spättod nach Verkehrsunfall, Lungenembolie durch unfallbedingte Krankenlager, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> IRM, GA-Fall gem. § 8 Abs. 3 BremGLW <input type="checkbox"/> Fötaltod in medizinischer Einrichtung
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürliche Todesart, unbekannte Leiche, unklarer Todesart, Zusammenhang mit Operation, Narkose, Impfung
sichere Todeszeichen	keine Vorgaben, freier Eintrag
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja
Infektionsschutzgesetz	ja (Leiche kennzeichnen)
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	nicht natürlicher Tod, unbekannte Leiche, bei Anhaltspunkten für nicht natürlichen Tod
Bestattungsarten	Erde, Feuer frühestens nach 48 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	Genehmigung des Amts- oder Gerichtsarztes nötig, bei Anhaltspunkten auf nicht natürlichen Tod Obduktion nötig
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	ja, auf Anforderung
Vorläufige Todesbescheinigung	ja, für jeden Arzt bei besonderen Gründen
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	keine Regelung
sonstiges	

Tabelle 9: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Bremen

	Hamburg
Gesetz	Bestattungsgesetz vom 14.09.1988 (G10), Änderung des Bestattungsgesetzes vom 07.06.1994 (G11) 2. Änderung des Bestattungsgesetzes vom 30.01.2001 (G12)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder niedergelassene Arzt, jeder Krankenhausarzt, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich, innerhalb von 6 Stunden
Durchführung der Leichenschau	an vollständig entkleideter Leiche, am Sterbeort Ausnahme: bei ungeeignetem Ort nur Feststellung des Todes möglich
Sanktionen	5.000 DM
Todesart	Gibt es Anhaltspunkte für ein nicht natürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? (Selbsttötung, Unglücksfall oder Tod durch äußere Einwirkung, bei der das Verhalten eines Dritten eine Ursache haben könnte, Spättod nach Verkehrsunfall, Lungenembolie durch unfallbedingte Krankenlager, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungeklärt
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürlichen Tod, unklarer Todesart
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer, See
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart durch Rechtsmediziner oder Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	ja
Vorläufige Todesbescheinigung	für Notarzt
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	keine Regelung
sonstiges	

Tabelle 10: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Hamburg

	Mecklenburg-Vorpommern
Gesetz	Bestattungsgesetz vom 03.07.1998 (G1)
Wer darf?	im Krankenhaus jeder Arzt, jeder niedergelassene Arzt, Ärzte des Rettungs- und Notdienstes: Beschränkung auf Feststellung von Tod, Zeit und Umständen möglich
Wer muss?	siehe oben
In welchem Zeitraum?	unverzüglich, spätestens 8 Stunden nach Aufforderung
Durchführung der Leichenschau	an unbekleideter Leiche von allen Seiten, möglichst nicht im Freien (nach Todesfeststellung ist Überführung an geeigneten Ort möglich)
Sanktionen	Geldstrafe bis 10.000 DM
Todesart	Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod <input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt
Verständigung der Polizei bei	nicht auszuschließender nicht natürlicher Todesart, unbekannten Toten
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	ab 1000g laut Leichenschauschein ab 500g laut Gesetz
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	bei Einwilligung des Verstorbenen, der nächsten Angehörigen, auf staatsanwaltschaftliche Anordnung Obduktionsergebnis an untere Gesundheitsbehörde
Bestattungsarten	Erde, Feuer, See nach frühestens 48 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	2
Vorläufige Todesbescheinigung	nein
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	soll
sonstiges	

Tabelle 11: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

	Brandenburg
Gesetz	Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04.12.1978 (DDR) (G2) und Runderlass vom 09.01.1995 (G3)
Wer darf?	jeder approbierte Arzt, für Notarzt und Rettungsarzt Beschränkung auf Feststellung Tod, Zeit und Umstände möglich (extra Formular)
Wer muss?	Reihenfolge: behandelnder Arzt, Notarzt, jeder Arzt
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	an unbekleideter Leiche von allen Seiten, nicht im Freien
Sanktionen	keine Regelung
Todesart	Sind Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (Tod durch fremde Hand, Selbsttötung oder Unfall) vorhanden, ist die Todesart nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, ist unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> Tod bei medizinischer Behandlung
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürlichen Tod, unklare Todesart, unbekannter Leiche
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit dem Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	bei Verdacht auf nicht natürlichen Tod an Staatsanwalt
Bestattungsarten	Erde, Feuer
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	durch Krematoriumsarzt
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	2
Vorläufige Todesbescheinigung	ja, für Notarzt
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	soll
sonstiges	

Tabelle 12: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Brandenburg

	Berlin
Gesetz	Bestattungsgesetz vom 02.11.1973 (G4) und Durchführungsverordnung vom 22.10.1980 (G5)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder niedergelassene Arzt auf Verlangen, jeder Krankenhausarzt
In welchem Zeitraum?	innerhalb von 12 Stunden
Durchführung der Leichenschau	keine Regelung
Sanktionen	3 TDM
Todesart	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod* <input type="checkbox"/> ungewiss *) bei nicht natürlichem Tod Beschreibung des Ereignisses, das zum Tod geführt hat... Welche Verletzungen oder Einwirkungen (z.B. äußere Anzeichen einer gewaltsamen Einwirkung) wurden festgestellt?
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürliche und ungewisse Todesart
sichere Todeszeichen	keine Angabe möglich
Identifikation der Leiche	Angabe der Personalien, aber nicht wie Identifikation erfolgte oder Angaben, dass Name des Toten unbekannt
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	keine Regelung
Bestattungsarten	Erde, Feuer nach frühestens 48 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	Feuerbestattung nur bei natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-4. Blatt (je 2 Seiten) vertraulich
Obduktionsscheine	keine
Vorläufige Todesbescheinigung	nein
Todesursache	a) unmittelbare Todesursache b) als Folge von c) Grundleiden Art des Todeseintritts („Endzustand“) separat ankreuzen, Zusatzangaben bei Unfall, Vergiftung, Gewalt, Suizid
ICD Code	nein
sonstiges	

Tabelle 13: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Berlin

	Sachsen-Anhalt
Gesetz	Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04.12.1978 (DDR) (G2) Entwurf Bestattungsgesetz 23.02.2001 (G6)
Wer darf?	approbierter Arzt, Arzt mit Berufserlaubnis
Wer muss?	jeder niedergelassene Arzt, jeder Krankenhausarzt, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	an entkleideter Leiche unter ausdrücklichem Hinweis auf Ordnungswidrigkeit bei Unterlassung
Sanktionen	10 TEUR
Todesart	natürlich / nicht natürlich (liegt vor bei Suizid, sonstigem menschlichen Einwirken, bei Unglücksfall) keine unklare Todesart –als nicht natürlich einzutragen
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkte auf nicht natürlichen und unklaren Tod, unbekannte Leiche
sichere Todeszeichen	keine Regelung
Identifikation der Leiche	keine Regelung
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja (neu)
Infektionsschutzgesetz	ja (Kennzeichnungspflicht)
Leichenschau ab:	500g, bisher 1000g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	zur Klärung der Todesursache bei nicht natürlichem Tod, zu wissenschaftlichen Zwecken, bei Zustimmung Angehöriger/ Verstorbenen, bei Hinweis auf nicht natürlichen Tod Meldung an Polizei, Meldung Obduktionsergebnisse an Leichenschauarzt auf Leichenschauschein
Bestattungsarten	Erde, Feuer, Seebestattung nicht in Sachsen-Anhalt (in anderem Bundesland möglich) (Weltraumbestattung möglich)
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1.-2. vertraulich
Obduktionsscheine	Ergebnis der Autopsie auf Totenschein
Vorläufige Todesbescheinigung	nein
Todesursache	I. unmittelbar zum Tode führende Krankheit II. andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben
ICD Code	keine Regelung
sonstiges	Obige Angaben entstammen dem Entwurf zum Bestattungsgesetz vom 23.02.2001, derzeit gültige Regelung siehe Brandenburg

Tabelle 14: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Sachsen-Anhalt

	Thüringen
Gesetz	Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04.12.1978 (DDR) (G2) und Runderlass vom 14.06.1994 (G7)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	behandelnder Arzt, Arzt der nächsten Einrichtung, Notarzt, jeder andere Arzt in der Nähe
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	untersuchen und besichtigen
Sanktionen	keine Regelung
Todesart	sind Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (Tod durch fremde Hand, Selbsttötung oder Unfall) vorhanden, ist die Todesart nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, ist unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt Bei nicht natürlichem Tod ist eine Auswahl aus sechs Unfallkategorien möglich: Arbeits- oder Dienstunfall, Schulunfall, Verkehrsunfall, häuslicher Unfall, Sport- oder Spielunfall, sonstiger Unfall
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürlichen Tod, unklare Todesart, unbekannter Leiche
sichere Todeszeichen	keine Angaben auf Totenschein
Identifikation der Leiche	nur Personalien, nicht durch wen
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	keine Regelung
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	keine eindeutige Regelung
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	Erde, Feuer
Bestattungsarten	durch Krematoriumsarzt auf Anzeichen eines nicht natürlichen Todes
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	nur 1 Blatt in mehrfacher Ausfertigung, extra Totenschein für Totgeborene und Verstorbene unter 1 Jahr
Formularsatz	keine
Obduktionsscheine	nein
Vorläufige Todesbescheinigung	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
Todesursache	ab 01.01.2000 Pflicht
ICD Code	kann
sonstiges	

Tabelle 15: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Thüringen

	Sachsen
Gesetz	Sächsisches Bestattungsgesetz vom 08.07.1994 (G8)
Wer darf?	keine Regelung
Wer muss?	jeder erreichbare niedergelassene Arzt und Krankenhausarzt, Notarzt: Beschränkung auf Todesfeststellung möglich, aus wichtigem Grund Vertretung möglich
In welchem Zeitraum?	unverzüglich
Durchführung der Leichenschau	an entkleideter Leiche jedoch nicht im Freien, alle Körperregionen insbesondere Hals, Rücken, Nacken untersuchen; Suche nach Zeichen für einen nicht natürlichen Tod
Sanktionen	10 TDM
Todesart	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod <input type="checkbox"/> ja und zwar... <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt
Verständigung der Polizei bei	Anhaltspunkten für nicht natürliche Todesart, unbekannter Leiche
sichere Todeszeichen	Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, Verletzung nicht mit dem Leben vereinbar, Hirntod
Identifikation der Leiche	eigene Kenntnis, Personalausweis, Angaben Angehöriger, nicht möglich
Auskunftspflicht	ja
Betretungsrecht	ja
Infektionsschutzgesetz	ja
Leichenschau ab:	500g
Obduktionsregelungen und Meldepflicht bei Obduktionen	vom Staatsanwalt angeordnet, von Angehörigen gefordert (Versicherung), bei Behandlungsfehlern zur Verdachtsaufklärung, bei medizinisch-wissenschaftlichem Interesse und Zustimmung Angehöriger / Verstorbener; nur Pathologen / Rechtsmediziner Obduktionsschein an Gesundheitsamt
Bestattungsarten	Erde, Feuer (nur mit Unbedenklichkeitserklärung der unteren Gesundheitsbehörde) nach frühestens 48 Stunden
2. Leichenschau bei Feuerbestattung	zum Ausschluss nicht natürlicher Todesart, Meldepflicht bei nicht natürlicher Todesart
Formularsatz	1. Blatt nicht vertraulich, 2.-5. Blatt vertraulich
Obduktionsscheine	2
Vorläufige Todesbescheinigung	ja, 3 Blätter
Todesursache	Ia unmittelbare Todesursache Ib als Folge von Ic Grundleiden II andere wesentliche Krankheiten
ICD Code	kann
sonstiges	

Tabelle 16: Gesetzliche Regelung zur Leichenschau im Bundesland Sachsen

2. Material und Methodik

2.1 Untersuchungsziel

2.1.1 Kritische Beurteilung des Nordrhein-Westfälischen Bestattungsgesetzes vor und nach der Gesetzesänderung vom 17. Juni 2003

Mit der Änderung des Bestattungsgesetzes – BestG. NRW vom 17. Juni 2003 – sind die Notärzte, nachdem sie den sicheren Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet (BestG. NRW §9 Abs. 3).

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen die Auswirkungen der Gesetzesänderung und speziell die möglichen Fehlerquellen im Bezug auf die Todesart aufgezeigt und bewertet werden.

2.2 Material

2.2.1 Erfassung der Angaben der Todesbescheinigungen

In der folgenden Arbeit wurden die Eintragungen der auf den in der unteren Gesundheitsbehörde eingegangenen Todesbescheinigungen analysiert.

Untersucht wurden alle Todesbescheinigungen der Stadt Münster für den Zeitraum vom 01. Januar 2003 bis zum 30. Juni 2004. Die Auswertung erfolgte getrennt für die folgenden drei Zeitabschnitte:

Zeitabschnitt I: 01. Januar 2003 bis 30. Juni 2003
(Gültigkeit der alten ordnungsbehördlichen Verordnung über das Leichenschauwesen)

Zeitabschnitt II: 01. Juli 2003 bis 31. Dezember 2003
(Übergangszeit nach Einführung des neuen Bestattungsgesetzes)

Zeitabschnitt III: 01. Januar 2004 bis 30. Juni 2004
(Gültigkeit des neuen Gesetzes)

Für diesen Zeitraum gingen in der unteren Gesundheitsbehörde der Stadt Münster 4.630 Todesscheine ein, 3.068 für das Kalenderjahr 2003 und 1.575 für das erste Halbjahr 2004. Hierbei handelt es sich um in Münster verstorbene Personen und nicht ausschließlich um in Münster wohnberechtigte Personen. Zusätzlich wurden 13 Todesbescheinigungen (Kriegssterbefälle aus dem 2. Weltkrieg) registriert, so dass insgesamt 4.643 Sterbebuchnummern vergeben wurden. Für die Untersuchung wurden die auswertbaren 4.630 Leichenscheine analysiert. Alle vom ausstellenden Arzt, vom Standesbeamten und der unteren Gesundheitsbehörde vorgenommenen Eintragungen wurden zunächst in eine Excel® Datei aufgenommen und später mit Hilfe der Programme Excel® und Access® ausgewertet. Die Daten wurden ohne persönliche Angaben der Verstorbenen erfasst, so dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Verstorbenen möglich sind und der Datenschutz gewahrt wird. Parallel zu dieser Arbeit fanden entsprechende Datenerhebungen für den Kreis Steinfurt (5.603 Todesbescheinigungen) und den Kreis Lippe (5.250 Todesbescheinigungen) statt. Die in diesen Kreisen ermittelten Daten werden im Folgenden mit den Daten der Stadt Münster verglichen und diskutiert.

Folgende in den Todesbescheinigungen gemachten Angaben wurden erfasst:

nicht-vertraulicher Teil der Todesbescheinigung:

- Postleitzahl des Wohnortes
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Identifikation des Verstorbenen
- Bestattungsart
- Todeszeitpunkt
- Sterbedatum bzw. Auffinddatum
- Sterbeort
- Postleitzahl des Sterbeortes
- Todesart
- Arztart

vertraulicher Teil der Todesbescheinigung:

- Haus- bzw. Nicht-Hausarzt
- Facharztbezeichnung
- sichere Todeszeichen
- Todesursache nach ICD 10
- Todesart
- zuletzt behandelnder Arzt
- Reanimationsmaßnahmen
- Schwangerschaft
- Information an die Polizei

2.3 Auswertungskriterien

2.3.1 Einteilung der Ärzte in Gruppen und Ermittlung der Facharztbezeichnung

Die Leichenschauärzte wurden nach niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und Notärzten unterschieden. Die Zuordnung erfolgte, wann immer möglich, anhand des Stempels des entsprechenden Leichenschauarztes. Facharztbezeichnungen von niedergelassenen Ärzten wurden anhand des Branchenfernsprechbuches ermittelt. Krankenhausärzte wurden der Abteilung, in der sie zum Zeitpunkt der Leichenschau tätig waren, zugeordnet. Die Abteilung ließ sich anhand des Krankenhausstempels, der Stationsnummer oder anhand der angegebenen telefonischen Durchwahl ermitteln. Facharztbezeichnungen von Notärzten, welche durch einen eigenen Notarztstempel erkennbar waren, wurden durch telefonische Rücksprache mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr Münster ermittelt. Trotz gründlicher Recherche blieb die Facharztbezeichnung von 11 Mediziner unklar.

Bei niedergelassenen Ärzten wurde unterschieden zwischen Hausarzt und Nicht-Hausarzt des Verstorbenen. Als Hausarzt wurden alle Mediziner eingestuft, die den Totenschein ausstellten und zugleich zuletzt behandelnde Ärzte waren.

2.3.2 Sterbeort

Die Sterbeorte wurden unterschieden nach Wohnung des Verstorbenen, Krankenhaus, Altenheim und öffentlicher Ort.

Der Sterbeort „Wohnung“ wurde angenommen, wenn Wohnort und Sterbeort übereinstimmten.

Der Sterbeort „Altenheim“ wurde in vielen Fällen bereits von den Ärzten angegeben. Des Weiteren wurden die Adressen der Sterbeorte daraufhin überprüft, ob sie mit Adressen von Alten-, Pflege- oder Tagespflegeheimen identisch waren.

Das Krankenhaus als Sterbeort wurde in den entsprechenden Fällen durch den Krankenhausnamen oder den Stempel als Sterbeort ausgewiesen.

Der Kategorie „öffentlicher Ort“ wurden Sterbeorte zugeordnet, die keiner der anderen Kategorien entsprachen. Dies sind Orte wie Verkehrswege, Bahnanlagen, öffentliche Gelände oder Wohnungen Dritter. Bei Todesfällen an diesen Orten handelte es sich zumeist um Unfälle oder Selbsttötungen.

2.3.3 Fehler beim Ausstellen der Todesbescheinigungen

Alle im vertraulichen und nicht-vertraulichen Teil der Todesbescheinigung gemachten Angaben wurden erfasst und auf Formfehler, Fehler beim Grundleiden und Fehler in der Kausalkette überprüft. Diese Beurteilung beruhte allein auf den auf den Todesbescheinigungen gemachten Angaben und nicht auf weiteren klinischen Untersuchungen.

2.3.4 Korrektur der Todesart

Bei Todesbescheinigungen, bei denen nach der Auswertung eine falsche Todesart festgestellt wurde, wurde eine Korrektur der Todesart vorgenommen. Hierbei handelt es sich also nicht um eine Korrektur durch einen Amtsarzt. Eine Todesart wurde als falsch deklariert, wenn Diskrepanzen zwischen angegebener Todesursache und der Todesart erkennbar waren. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine „nicht natürliche“ Todesursache zwingend mit der Angabe einer „nicht natürlichen“ Todesart verbunden ist. So handelt es sich beispielsweise bei einem Todesfall durch Pneumonie im offensichtlichen Zusammenhang mit einem z.B. 14 Tage zurückliegenden Sturz um einen „nicht natürlichen“ Tod.

Im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein – Westfalen vom 17. Juni 2003 sind die verschiedenen Todesarten eindeutig definiert. Danach müsste auf Todesbescheinigungen, die eine Todesursache mit eindeutig diagnostizierbarer Krankheit als Grundleiden klassifizieren, die Todesart „natürlicher“ Tod vermerkt sein. Unbekannte Todesursachen wie „Verdacht auf...“ müssten als „unklar“ und Todesursachen wie „Tod nach Operation“ müssten als „nicht natürlicher“ Tod deklariert werden.

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeines

Nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik waren am 31. Dezember 2003 in Münster 281.285 wohnberechtigte Personen gemeldet, 132.517 männliche und 148.768 weibliche Einwohner. Der Begriff wohnberechtigte Personen umfasst sowohl Einwohner mit Erst- als auch mit Zweitwohnsitz in Münster. Im Untersuchungszeitraum vom 01. Januar 2003 bis zum 30. Juni 2004 wurden dem Gesundheitsamt der Stadt Münster 4.643 Todesbescheinigungen zugeleitet, 3.068 für das Jahr 2003 und 1.575 für das erste Halbjahr 2004. Hierunter befanden sich 13 nicht auswertbare Kriegsterbefälle, die jedoch eine Sterbebuchnummer erhielten. Von den 4.630 auswertbaren Sterbefällen waren 2.238 männliche (48,3%) und 2.392 weibliche (51,7%) Personen. Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik gab für das Jahr 2003 mit 2.320 verstorbenen Personen eine geringere Anzahl von Todesfällen an (1.268 Frauen und 1.052 Männer). Da diese Auswertung durch das Landesamt nur einmal im Jahr durchgeführt wird, lagen zum Erhebungszeitpunkt keine Daten für das Kalenderjahr 2004 vor. Diese Differenz in den angegebenen Sterbezahlen resultiert aus der nachträglichen Zuordnung der Sterbefälle durch das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik nach gemeldetem Wohnsitz. Da Münster als regionales Oberzentrum mit dem Universitätsklinikum und einer Vielzahl von Krankenhäusern ein über die Stadtgrenzen hinausgehendes Einzugsgebiet besitzt, sterben auch viele nicht in Münster wohnberechtigte Personen in diesen Kliniken.

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen betrug 71,9 Jahre. Männliche Verstorbene erreichten im Mittel ein Alter von 68,2 Jahren und weibliche Verstorbene ein Durchschnittsalter von 75,2 Jahren.

Mit 77,6% war die Erdbestattung die häufigste Bestattungsart. Eine Feuerbestattung wurde bei 21,4% der Verstorbenen durchgeführt, wobei auch die Seebestattung unter diese Kategorie fällt, da ihr die Feuerbestattung voraus geht. In 47 Fällen (1%) enthielten die Todesbescheinigungen keine Angabe zur Bestattungsart.

3.2 Angegebener Sterbeort

Von den im Untersuchungszeitraum verstorbenen Personen in der Stadt Münster verstarben 2.904 Personen im Krankenhaus, 832 im Altenheim, 815 in der Wohnung und 76 Personen an einem öffentlichen Ort. In 3 Fällen fehlte jede Angabe zum Sterbeort, und es ließ sich auch anhand der vorhandenen Angaben keine Zuordnung zu der Klassifizierung nach Sterbeorten treffen.

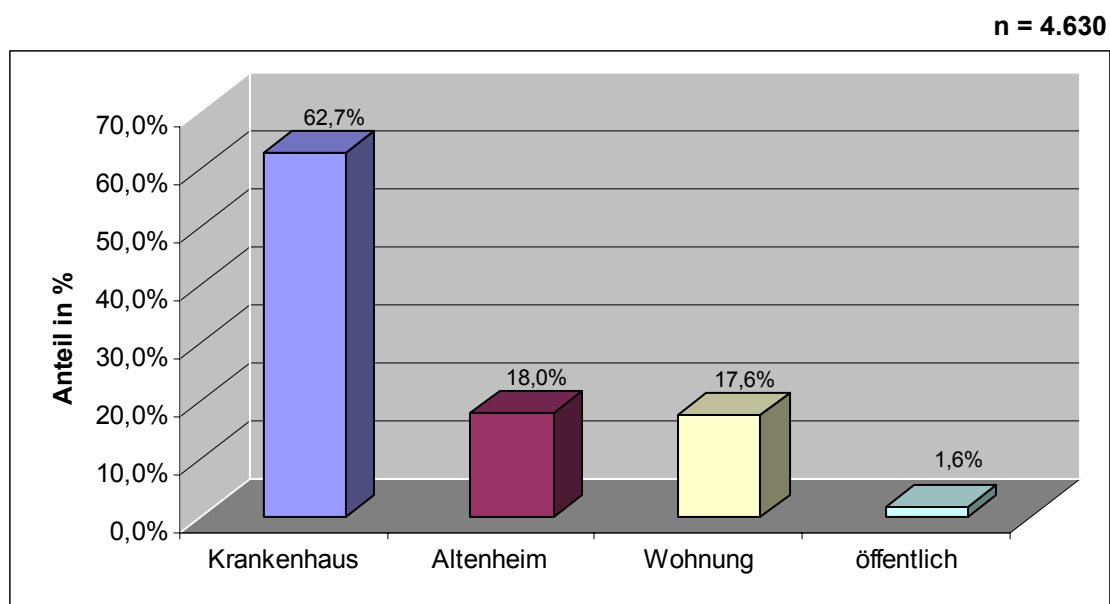


Abb. 1: Prozentuale Verteilung der angegebenen Sterbeorte

3.3 Angegebene Todesart

Unter den ausgewerteten 4.630 Todesbescheinigungen wurde bei 4.025 Verstorbenen ein „natürlicher“ Tod bescheinigt. 449 Personen verstarben auf „ungeklärte“ Weise. Die Todesart „nicht natürlich“ wurde in 156 Fällen genannt.

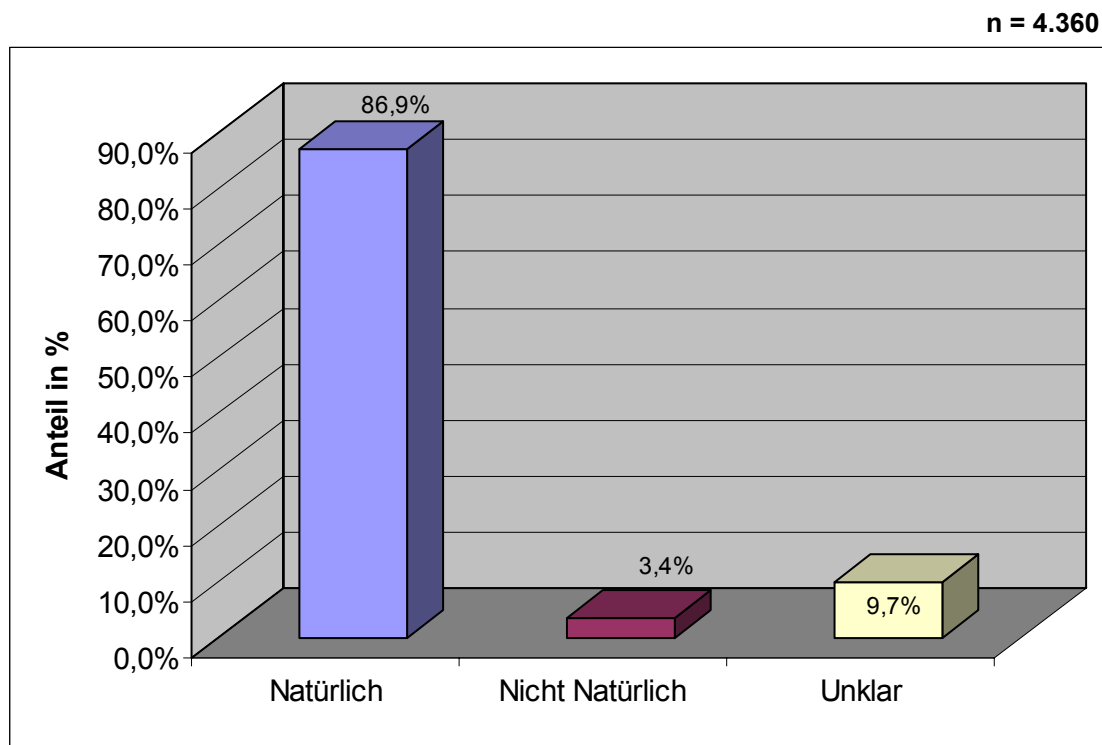


Abb. 2: Prozentuale Verteilung der angegebenen Todesart

3.4 Angegebene Todesart in Abhängigkeit vom Sterbeort

3.4.1 Sterbeort „Altenheim“

Am Sterbeort „Altenheim“, der auch die Seniorenheime und Pflegeheime umfasst, verstarben im Untersuchungszeitraum 832 Personen. Die Todesart „natürlich“ wurde in 807 Fällen bescheinigt, 23 Personen verstarben auf „unklare“ Art und 2 Todesbescheinigungen enthielten die Angabe „nicht natürlicher“ Tod.

Das Durchschnittsalter der im Altenheim verstorbenen Personen betrug 80,5 Jahre. Die männlichen Heimbewohner wurden im Schnitt 76,5 Jahre, die weiblichen Betreuten 82,1 Jahre alt.

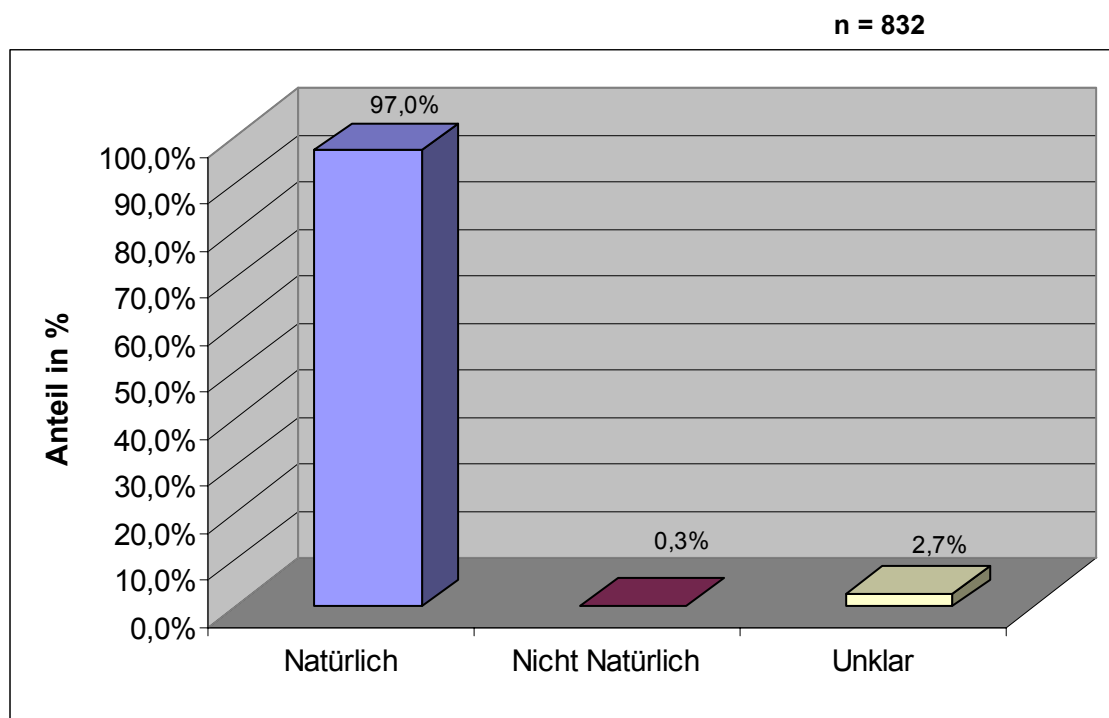


Abb. 3: Prozentuale Verteilung der in Heimen verstorbenen Personen

Altenheim – Name	Im Heim verstorbene Personen	
	männlich	weibliche
Kardinal von Galen Stift	2	33
Haus Simeon	6	26
Haus Heidhorn	10	38
Marienheim	8	12
Kurzzeitpflege Clemens-Hospital	4	7
Cohaus-Vendt-Stift	7	30
Friedrichsburg	9	35
Heriburg	2	10
Handorfer Hof	2	6
Herz-Jesu Kurzzeitpflege	6	11
Hospiz Lebenshaus	46	65
Maria-Hötte-Stift	3	15
Johannes Hospiz	51	66
Kapuziner Kloster	4	-
Klarastift	5	36
Wohnstift am Südpark	3	14
Maria-Trost	7	17
Martin-Luther-Heim	19	21
Mathildenstift	1	7
Meckmannshof	10	20
Michaelweg	5	7
Feierabendhaus	-	4
Perthes-Haus	5	15
Kurzzeitpflege Raphaelsklinik	3	13
Dr. Schölling Stiftung	-	3
St. Elisabeth	5	21
Claudia-Haus	-	4
Haus Wilkinghege	4	7
Zum Guten Hirten	-	6
St. Lamberti	7	16
Tibusstift	6	26
Caisius-Heim	1	-
Gesamt	241	591

Tabelle 17: Anzahl der verstorbenen Personen in den einzelnen Einrichtungen in Münster

3.4.2 Sterbeort „anderer Ort“

Der Kategorie „anderer Ort“ wurden fremde Wohnungen, Verkehrswege, Bahnanlagen oder freie Gelände zugeordnet. Hierbei handelt es sich zum großen Teil um Todesfälle als Folge von Verkehrsunfällen, Arbeitsunfällen, Selbsttötungen außer Haus, sowie Versterben in fremden Wohnungen. Erwartungsgemäß ist der Anteil der „nicht natürlichen“ und „unklaren“ Todesarten wesentlich höher als bei den bereits dargestellten Sterbeorten: Altenheim, Wohnung und Krankenhaus (siehe Abb. 3, 5 und 6). Insgesamt verstarben im Untersuchungszeitraum 76 Personen an „anderem Ort“ (1,6 % aller Verstorbenen) mit einem Durchschnittsalter von 55,7 Jahren (männliche Personen Ø 51,5 Jahre, weibliche Personen Ø 68,4 Jahre). Damit liegt das Durchschnittsalter bei diesem Sterbeort am niedrigsten. Mit 33 Fällen am häufigsten wurde die Todesart „unklar“ angegeben, gefolgt von der „nicht natürlichen“ Todesart welche in 31 Fällen klassifiziert wurde. In nur 12 Fällen wurde ein „natürlicher“ Tod bescheinigt, was in 11 Fällen durch einen niedergelassenen Arzt geschah. In 57 Fällen wurde die Todesbescheinigung vom Notarzt ausgefüllt und bis auf einen Fall immer ein „unklarer“ oder „nicht natürlicher“ Tod bescheinigt, da dem Notarzt das Grundleiden des Verstorbenen nicht bekannt war.

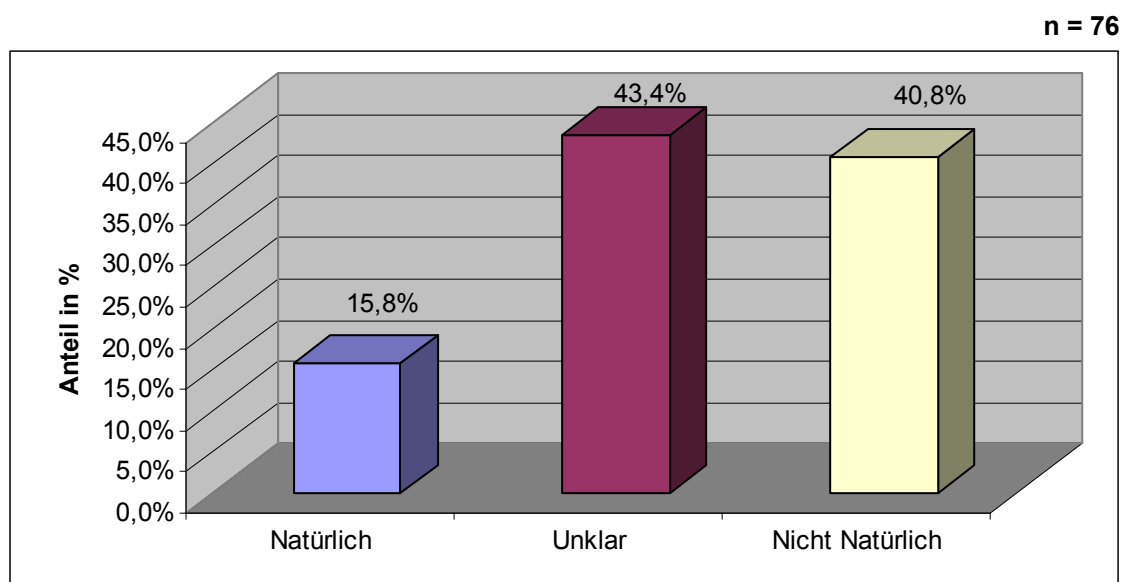


Abb. 4: Prozentuale Verteilung der angegebenen Todesart an „anderen Orten“

3.4.3 Sterbeort „Wohnung“

Dem Sterbeort „Wohnung“ wurden Sterbefälle zugeordnet, bei denen der Wohnort und der Sterbeort auf dem Leichenschauschein übereinstimmten. Im Untersuchungszeitraum verstarben 815 Personen an diesem Ort, die ein Durchschnittsalter von 73,5 Jahren erreichten. Männer erreichten im Mittel ein Alter von 70,5 und Frauen ein Alter von 76,6 Jahren. In 519 Fällen wurde der „natürliche“ Tod am häufigsten bescheinigt, in 270 Fällen wurde eine „unklare“ und in 26 Fällen eine „nicht natürliche“ Todesart angegeben.

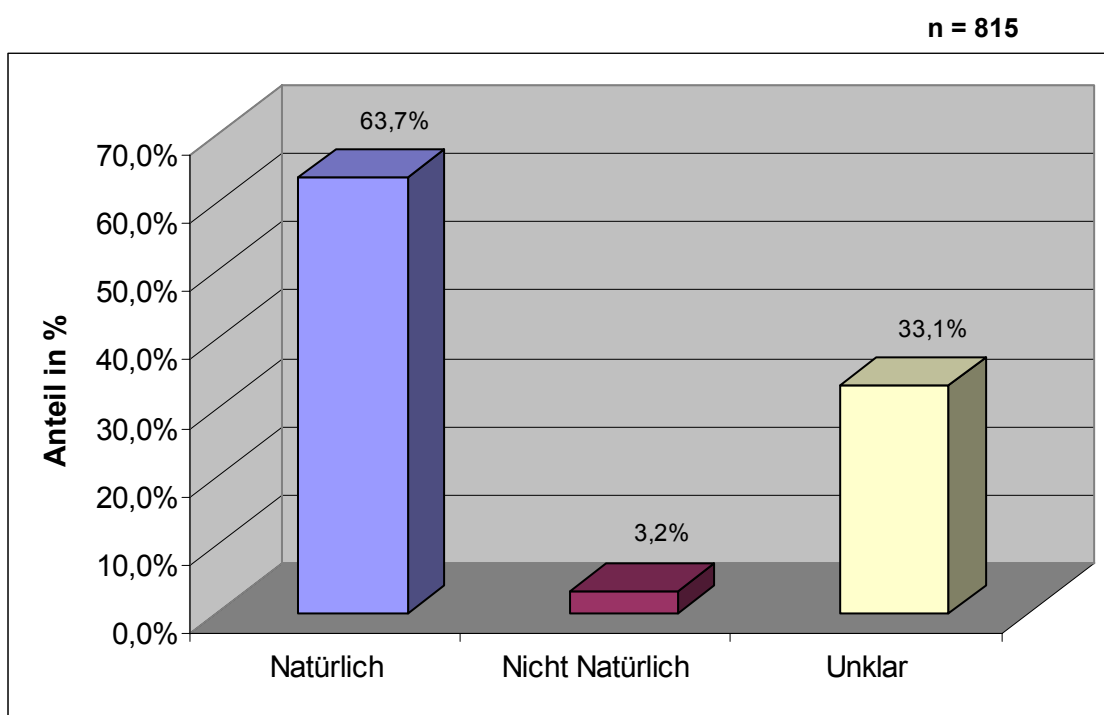


Abb. 5: Prozentuale Verteilung nach Todesart der in der Wohnung verstorbenen Personen

3.4.4 Sterbeort „Krankenhaus“

Im Untersuchungszeitraum starben 2.904 Personen in einem Krankenhaus der Stadt Münster, deren Durchschnittsalter mit 69,3 Jahren (weibliche Personen: Ø 72,0 Jahre, männliche Personen: Ø 66,7 Jahre) geringfügig unter dem der in der eigenen Wohnung verstorbenen Personen liegt. Die Todesart „natürlicher“ Tod nimmt hier mit 2.686 Verstorbenen den größten Anteil ein. Da sich die Patienten zumeist in Behandlung befanden und die Ärzte über die Krankengeschichte ihrer Patienten informiert waren, erklärt sich die geringe Anzahl „unklarere“ (121 Fälle) und „nicht natürlicher“ (97 Fälle) Todesfälle.

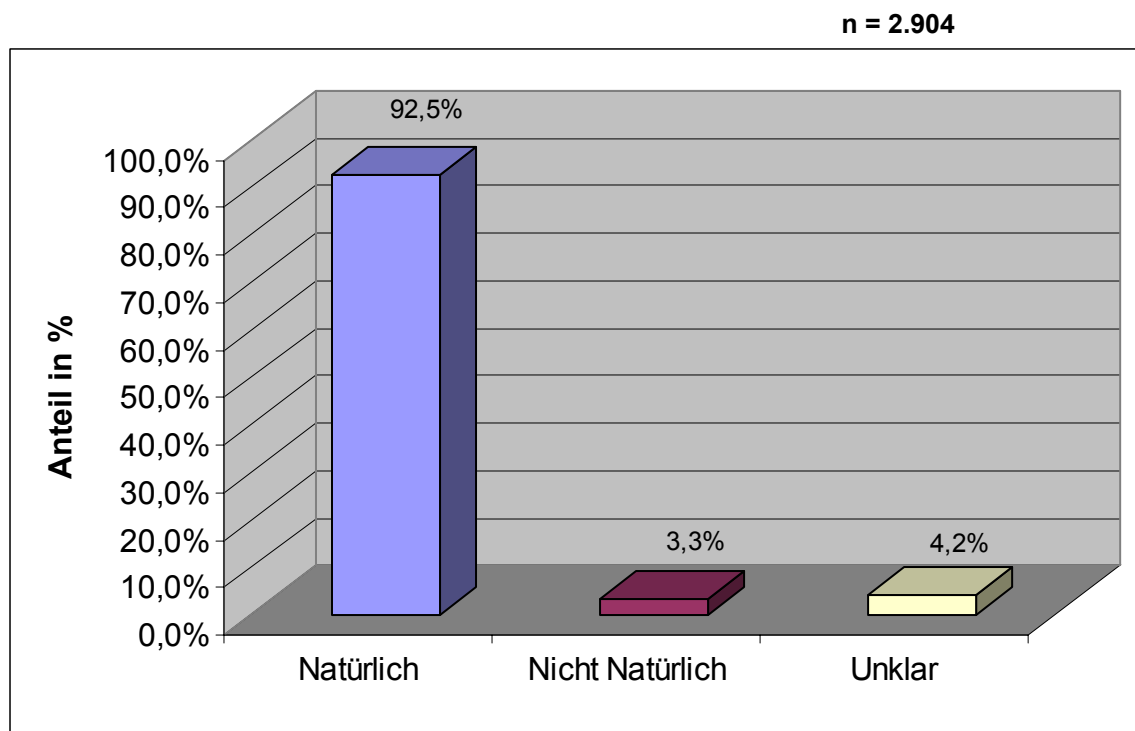


Abb. 6: Prozentuale Verteilung nach Todesart im Krankenhaus verstorbenen Personen

Krankenhäuser in Münster	Anzahl der Verstorbenen	Anzahl der Verstorbenen	
		männlich	weibliche
Universitätsklinik Münster	782	486	297
Clemenshospital	605	305	300
St. Franziskus-Hospital	453	228	225
Herz-Jesu-Krankenhaus	409	178	231
Raphaelsklinik Münster	345	172	174
Ev. Krankenhaus	222	85	138
Westf. Klinik für Psychiatrie	38	24	14
Fachklinik Hornheide	31	17	14
Alexanier Krankenhaus	16	14	2
Gesamt	2.904	1.509	1.395

Tabelle 18: Anzahl der in den einzelnen Krankenhäusern der Stadt Münster verstorbenen Personen

3.5 Todesart in Abhängigkeit vom Totenschein ausstellenden Arzt

Die die Leichenschau durchführenden Ärzte ließen sich in die Gruppen der Krankenhausärzte (n = 2.940 Todesbescheinigungen), der niedergelassenen Ärzte (n = 1.327 Todesbescheinigungen) und der Notärzte (n = 363 Todesbescheinigungen) unterteilen. Wie erwartet bescheinigten die Notärzte wesentlich häufiger eine „unklare“ oder „nicht natürliche“ Todesart als die Vertreter der anderen beiden Gruppen.

Die **Krankenhausärzte** stellten im Untersuchungszeitraum 2.940 Todesbescheinigungen aus. In diesen Todesbescheinigungen wurde in 2.697 ein „natürlicher“, in 138 ein „unklarer“ und in 105 ein „nicht natürlicher“ Tod bescheinigt. Die hohe Zahl „natürlicher“ und die geringe Zahl „unklarer“ und „nicht natürlicher“ Todesfälle ist sowohl durch die den Ärzten bekannte Krankengeschichte, als auch durch die umfangreichen diagnostischen Möglichkeiten im Krankenhaus begründbar. Allerdings findet die genaue Definition der Todesarten nur eingeschränkt Beachtung, da auch der Tod nach Unfall oder in direktem Zusammenhang mit einer Operation oft fehlerhaft als „natürlicher“ Tod angegeben wird.

Von den 2.940 von Klinikärzten ausgefüllten Totenscheinen, stellten die Rechtsmediziner, die indirekt zu den Krankenhausärzten zählen, im Untersuchungszeitraum 24 Todesbescheinigungen aus. In diesen Todesbescheinigungen wurde in 17 Fällen eine „unklare“ und in weiteren 7 Fällen eine „nicht natürliche“ Todesart angegeben.

Die **niedergelassenen Ärzte** stellten 1.327 Todesbescheinigungen aus, von denen 1.302 eine „natürliche“ Todesart bescheinigten. Eine „unklare“ Todesart wurde in 24 Fällen angegeben und in nur einem Fall wurde eine „nicht natürliche“ Todesart bescheinigt. Obwohl ein Viertel (n = 332) der niedergelassenen Ärzte nicht Hausarzt des Verstorbenen war, und somit auch nicht oder nur unzureichend über die Krankengeschichte informiert war, ist die geringe Angabe von „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesarten verwunderlich. Die Angabe der „unklaren“ Todesart wäre auch unter den niedergelassenen Medizinern wesentlich öfter zu erwarten gewesen.

In 980 Fällen, in denen ein niedergelassener Arzt eine Todesbescheinigung ausfüllte, war dieser zugleich auch Hausarzt des Verstorbenen. In 15 Fällen waren ließen sich keine Rückschlüsse auf das Arzt–Patientenverhältnis ziehen und in 332 Fällen war der Leichenschauarzt nicht Hausarzt des Verstorbenen. Die Gruppe der **Notärzte** stellte mit 363 ausgefüllten Todesbescheinigungen verhältnismäßig die wenigsten Todesbescheinigungen aus. Aufgrund des variablen Einsatzgebietes der Notärzte - welche meist zu Todesfällen an öffentlichen Orten, Verkehrsunfällen oder Suiziden gerufen werden - sind die von den übrigen Arztgruppen abweichenden Angaben zur Todesart erklärbar. Außerdem ist der Verstorbene dem Notarzt völlig fremd, was sich in der angegebenen Todesart wieder spiegelt. Unter den Notärzten wurde die Angabe „unklar“ als Todesart mit 287 Fällen am häufigsten getroffen. In 50 Fällen wurde ein „nicht natürlicher“ Tod und in 26 Fällen ein „natürlicher“ Tod bescheinigt.

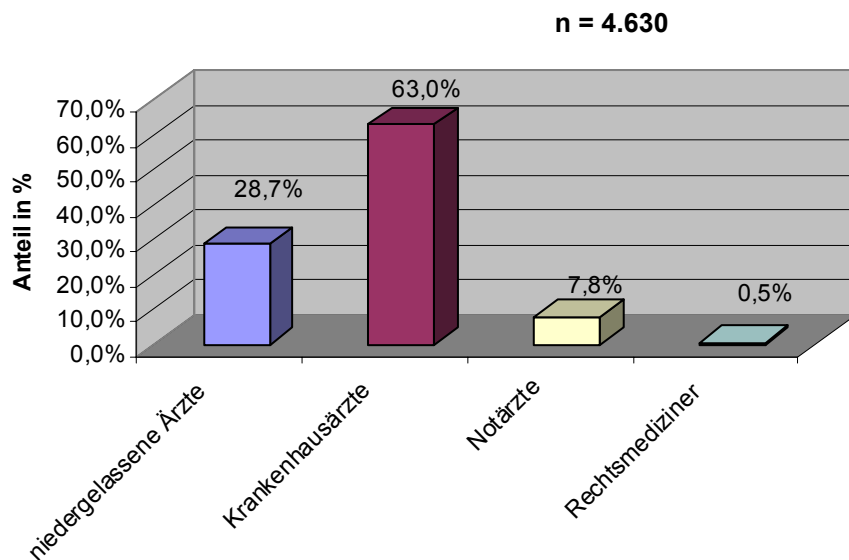


Abb. 7: Prozentualer Anteil der Arztgruppen an den ausgestellten Todesbescheinigungen

	Natürlich	Nicht Natürlich	Unklar
Krankenhausärzte (n = 2.916)	2.697 (92,4 %)	98 (3,4 %)	121 (4,2 %)
Niedergelassene Ärzte (n = 1.327)	1.302 (98,1 %)	1 (0,1 %)	24 (1,8 %)
Rechtsmediziner (n = 24)	-	7 (29,2 %)	17 (70,8 %)
Notärzte (n = 363)	26 (7,2 %)	50 (13,7 %)	287 (79,1 %)

Tabelle 19: Klassifikation der Todesart durch die verschiedenen Arztgruppen

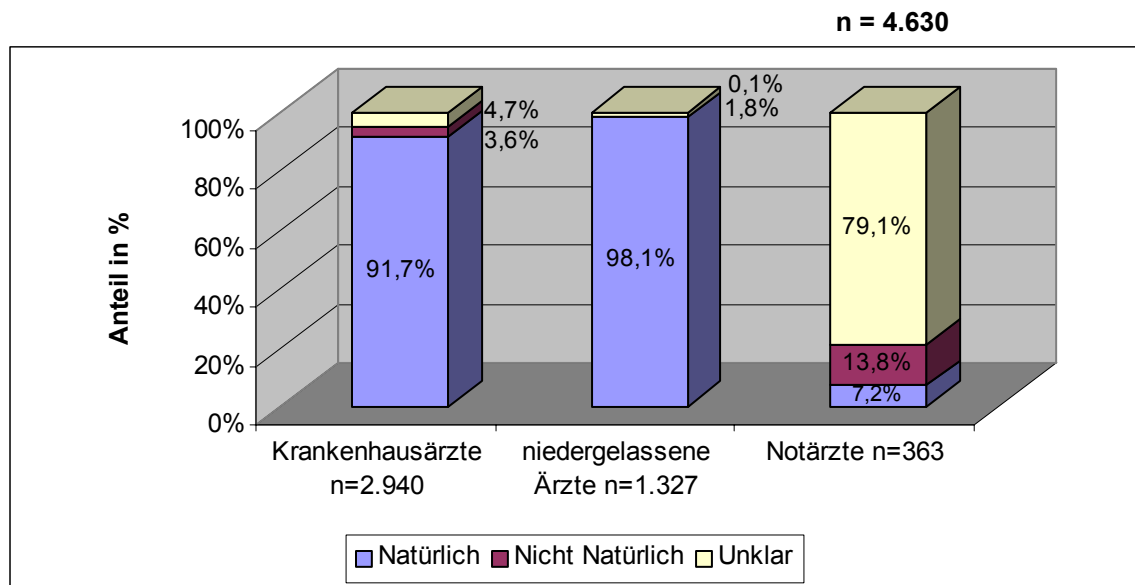


Abb. 8: Angegebene Todesarten unterteilt nach Arztgruppen

3.5.1 Von Krankenhausärzten angegebene Todesart

Die Krankenhausärzte wurden entsprechend ihrer Facharztbezeichnung verschiedenen Gruppen zugeordnet. Hierbei wurde zwischen Anästhesisten, Chirurgen und Internisten unterschieden. Die übrigen Facharzttrichtungen wurden zu einer Gruppe zusammengefasst (siehe Tabelle 20). Krankenhausärzte führten in 2.940 Fällen die Leichenschau durch. Mit 1.879 ausgefüllten Todesbescheinigungen stellten die Internisten die größte Facharztgruppe dar. Die zweitgrößte Gruppe setzt sich mit 500 Leichenschauen aus den in Tabelle genauer differenzierten Facharztgruppen zusammen. 346 Todesbescheinigungen wurden von Anästhesisten und 215 von Chirurgen ausgefüllt. In 30 Fällen ließ sich die genaue Facharztbezeichnung nicht ermitteln. Diese wurden der Gruppe der „anderen“ Fachärzte zugeordnet.

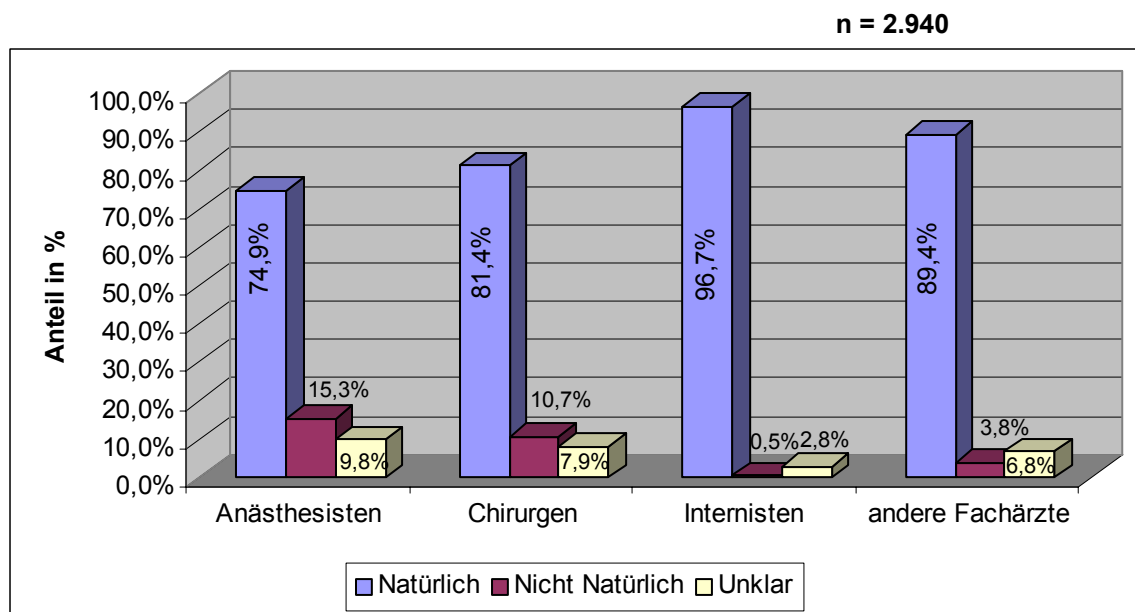


Abb. 9: Klassifikation der Todesart durch Krankenhausärzte (unterteilt nach Facharztbezeichnung)

Facharzt für:	Todesart		
	Natürlich	Nicht Natürlich	Unklar
Allgemeinmedizin	7	1	-
Chirurgie	175	23	17
Anästhesie	259	53	34
Innere Medizin	1.817	9	53
Neurologie	113	-	-
Psychologie	48	2	2
Radiologie	71	-	-
Gynäkologie	51	-	3
Urologie	12	-	3
Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde	2	-	-
Orthopädie	1	-	-
Onkologie	13	-	-
Rechtsmedizin	-	7	17
Kinderheilkunde	69	1	6
Geriatric	7	-	-
Ophthalmologie	-	-	1
Dermatologie	22	-	1
Arzt des Gesundheitsamtes	-	-	1
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	1	-	-
Facharzt nicht ermittelbar	30	8	-
Gesamt	2.698	104	138

Tabelle 20: Klassifikation der Todesart durch die verschiedenen Facharztgruppen im Krankenhaus

3.5.2 Von niedergelassenen Ärzten angegebene Todesart (differenziert nach Hausärzten und Nicht-Hausärzten)

Die niedergelassenen Ärzte lassen sich im Bezug auf ihr Verhältnis zu dem Verstorbenen in zwei Gruppen unterteilen. Die erste Gruppe stellen die Ärzte dar, welche Hausarzt des Verstorbenen war, also sowohl Leichenschauarzt als auch zuletzt behandelnder Arzt. Die zweite Gruppe ist die der Nicht-Hausärzte, welche einen anderen Arzt als zuletzt behandelnden Arzt nannten. Diese Gruppe stellte eine „unklare“ Todesursache mit 17 Fällen zwar öfter fest als die Gruppe der Hausärzte, aufgrund der fehlenden Information über den Gesundheitszustand und das Grundleiden des Verstorbenen erscheint diese Zahl jedoch verschwindend gering. Die Hausärzte hingegen bescheinigten in keinem Fall eine „unklare“ Todesart. 15 Todesbescheinigungen ließen keine Rückschlüsse auf das Arzt-Patientenverhältnis zu, so dass auch keine Zuordnung zu einer der beiden Arztgruppen möglich war. Auf all diesen Todesbescheinigungen wurde jedoch ein „natürlicher“ Tod bescheinigt.

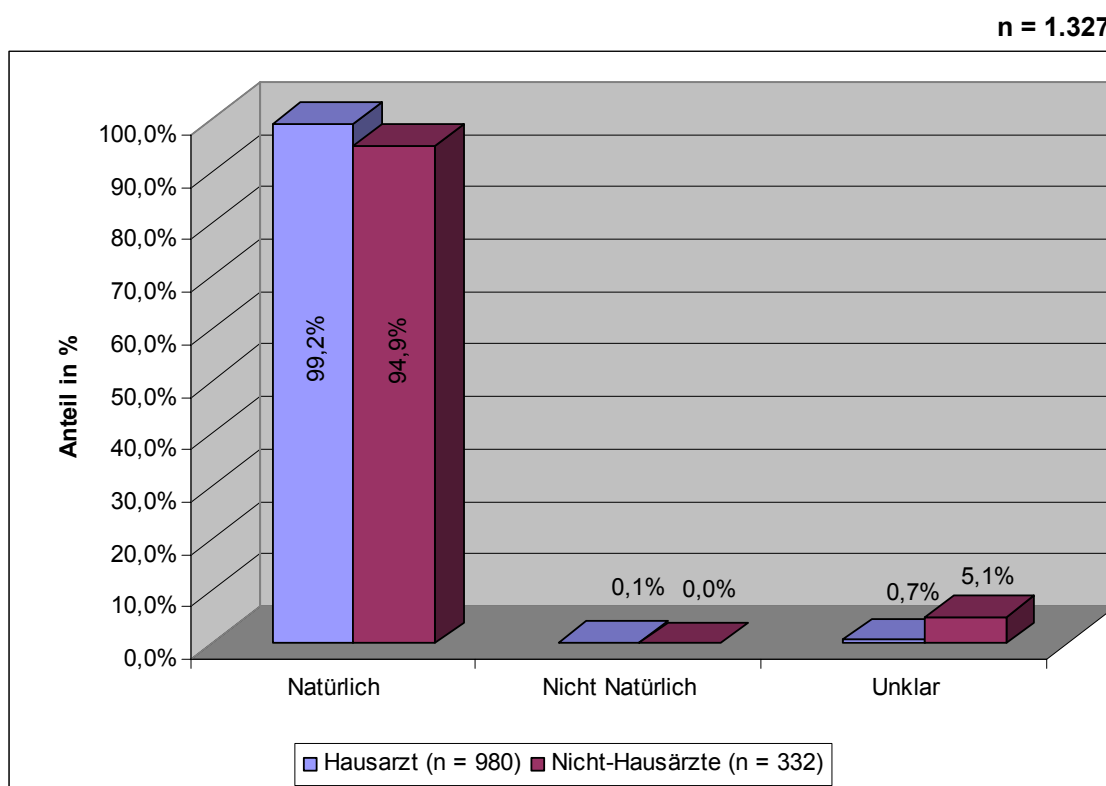


Abb. 10: Klassifikation der Todesart durch niedergelassene Ärzte

Facharztbezeichnung	Todesart		
	Natürlich	Nicht Natürlich	Unklar
Allgemeinmediziner (n = 467)	462	1	4
Chirurgen (n = 2)	2	-	-
Internisten (n = 450)	447	-	3
Praktische Ärzte (n = 59)	59	-	-
Andere Fachärzte (n = 2)	2	-	-
Gesamt (n = 980)	972	1	7

Tabelle 21: Von niedergelassenen Ärzten angegebene Todesart (Hausärzte)

Facharztbezeichnung	Todesart		
	Natürlich	Nicht Natürlich	Unklar
Allgemeinmediziner (n = 241)	227	-	14
Anästhesisten (n = 3)	3	-	-
Chirurgen (n = 1)	1	-	-
Internisten (n = 52)	52	-	-
Praktische Ärzte (n = 17)	16	-	1
Psychologen (n = 5)	5	-	-
Radiologen (n = 1)	1	-	-
Gynäkologen (n = 5)	5	-	-
Urologen (n = 6)	6	-	-
Kinderärzte (n = 1)	1	-	-
Gesamt (n = 332)	317	-	15

Tabelle 22: Von niedergelassenen Ärzten angegebene Todesart (Nicht-Hausärzte)

3.5.3 Von niedergelassenen Ärzten angegebene Todesart (aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen)

Von den niedergelassenen Ärzten stellten im Untersuchungszeitraum die Allgemeinmediziner mit 712 Todesbescheinigungen die meisten Todesbescheinigungen aus, gefolgt von den Internisten, die 506 Leichenschauausweise ausfüllten. Praktische Ärzte wurden in 78 Fällen zur Leichenschau gerufen. Aufgrund der im Verhältnis geringen Anzahl an durchgeführten Leichenschauen wurden die Anästhesisten, Chirurgen, Gynäkologen, Kinderärzte, Radiologen und Urologen zu der Gruppe „Andere Fachärzte“ zusammengefasst. Diese Gruppe führte insgesamt 31 Leichenschauen durch. In hundert Prozent der Fälle wurde der „natürliche“ Tod bescheinigt. In 10 weiteren Fällen ließ sich keine Facharztbezeichnung ermitteln. Auf diesen Todesbescheinigungen war ebenfalls zu hundert Prozent die „natürliche“ Todesart vermerkt.

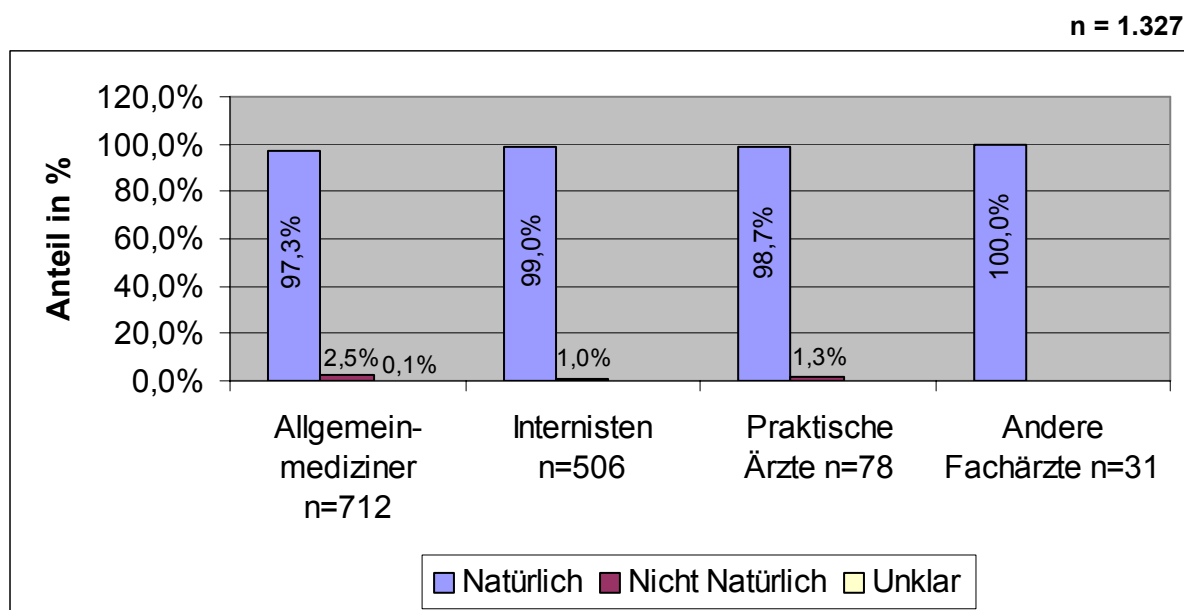


Abb. 11: Klassifikation der Todesart durch niedergelassene Ärzte (unterschieden nach Facharztgruppen)

Facharztbezeichnung	Todesart		
	Natürlich	Nicht Natürlich	Unklar
Allgemeinmediziner (n = 512)	693	1	18
Internisten (n = 506)	501	-	5
Praktische Ärzte (n = 78)	77	-	1
Anästhesisten (n = 3)	3	-	-
Chirurgen (n = 3)	3	-	-
Radiologen (n = 1)	1	-	-
Urologen (n = 6)	6	-	-
Gynäkologen (n = 6)	6	-	-
Kinderärzte (n = 1)	1	-	-
Facharzt nicht ermittelbar (n = 10)	10	-	-
Gesamt (n = 1.327)	1.302	1	24

Tabelle 23: Klassifikation der Todesart durch niedergelassene Ärzte (unterteilt nach Facharztgruppen)

3.5.4 Von Notärzten angegebene Todesart

Im Untersuchungszeitraum führten die Notärzte die Leichenschau in 363 Fällen durch, von denen sie in 79,1%, und damit am häufigsten eine „unklare“ Todesart bescheinigten. Von den Notärzten wurde die „nicht natürliche“ Todesart in 13,8% und die „natürliche“ Todesart in 7,2% der Todesfälle auf der Todesbescheinigung angegeben. Die graphische Darstellung dieser Zahlen ist Abbildung 9 zu entnehmen. Unter den Notärzten ließen sich ausschließlich die Facharztgruppen der Anästhesisten, der Chirurgen und der Internisten ermitteln. Die Anästhesisten bescheinigten in 122 Fällen einen „unklaren“, in 22 Fällen einen „nicht natürlichen“ und in 10 Fällen einen „natürlichen Tod. Die Chirurgen gaben in 11 Fällen eine „natürliche“, in 15 Fällen eine „nicht natürliche“ und in 62 Fällen eine „unklare“ Todesart an. Die „unklare“ Todesart wurde unter den Internisten mit 96 Fällen am häufigsten vermerkt, wobei eine „nicht natürliche“ Todesart in 11 Fällen und eine „natürliche“ Todesart in nur 5 Fällen bescheinigt wurde. Aus 9 Todesbescheinigungen ließ sich keine Facharztdisziplin ermitteln. Hierbei wurde 7-mal eine „unklare“ und 2-mal eine „nicht natürliche“ Todesart bescheinigt.

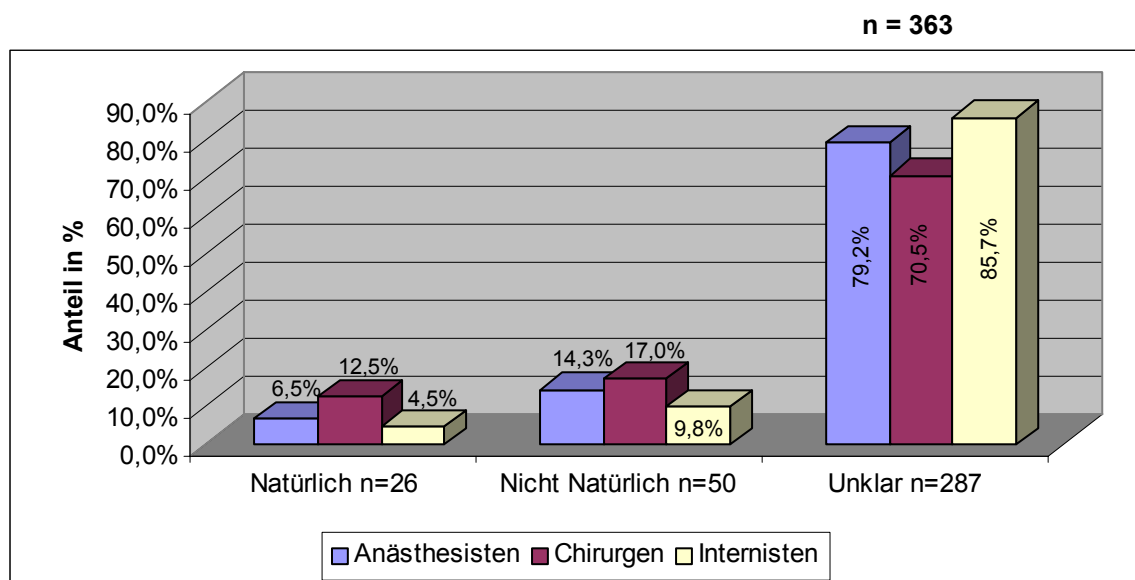


Abb. 12: Klassifikation der Todesart durch Notärzte (unterteilt nach Facharztbezeichnung)

3.6 Verteilung ausgestellter Todesbescheinigungen auf die Arztgruppen

3.6.1 Übersicht

Am 01. Oktober 2004 waren nach Angaben der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster insgesamt 1.850 Ärzte in Krankenhäusern beschäftigt. Eine differenzierte Aufschlüsselung der einzelnen Facharztgruppen ließen die Quellen der Ärztekammer bzw. der unteren Gesundheitsbehörde nicht zu.

Von den im Untersuchungszeitraum betrachteten 4.630 Todesbescheinigungen wurden 2.916 Totenscheine von Krankenhausärzten und 363 Totenscheine von Notärzten ausgestellt. Die 10 Rechtsmediziner, die im Untersuchungszeitraum im Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster tätig waren, stellten 24 Totenscheine aus, so dass sich für Klinikärzte insgesamt eine Zahl von 3.303 ausgestellten Todesbescheinigungen ergibt.

Im Jahr 2004 waren nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 636 niedergelassene Ärzte registriert, die für den Untersuchungszeitraum vom 01. Januar 2003 bis zum 30. Juni 2004 insgesamt 1.327 Todesbescheinigungen ausstellten. Der größte Teil davon entfällt auf die drei Facharztgruppen der Allgemeinmediziner (712 Totenscheine), Internisten (506 Totenscheine) und praktische Ärzte (78 Totenscheine). Von niedergelassenen Anästhesisten, Chirurgen, Kinderärzten, Gynäkologen, Radiologen und Urologen wurden 21 Leichenschauen durchgeführt. In 4 Fällen ließ sich eine Facharztbezeichnung aufgrund fehlender Angaben nicht ermitteln. Die Zugehörigkeit zu den einzelnen Facharztdisziplinen ist der Tabelle 24 zu entnehmen.

Facharztbezeichnung	Anzahl der Ärzte	Anzahl der ausgestellten Todesbescheinigungen
Allgemeinmediziner	99	712
Internisten	119	506
Praktische Ärzte	20	78
Anästhesisten	20	3
Chirurgen	17	3
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	20	-
Dermatologen	21	-
Gynäkologen	60	5
Kinderärzte	34	5
Neurologen	7	-
Urologen	14	6
Orthopäden	27	1
Radiologen	17	-
Ophthalmologen	34	1
Andere Facharztgruppen	127	-
Nicht ermittelbar	-	4
Niedergelassene Ärzte insgesamt	636	1.327
Krankenhausärzte und Notärzte	1.850	2.916
Rechtsmediziner	10	24

Tabelle 24: Anzahl der ausgestellten Todesbescheinigungen nach Facharztgruppen

3.6.2 Anzahl der pro Jahr und Arzt ausgestellten Todesbescheinigungen

Für die Berechnung der Anzahl der ausgestellten Todesbescheinigungen pro Arzt und Jahr wurde die Anzahl der Totenscheine einer Facharztgruppe durch die gesamte Anzahl der in Münster tätigen Ärzte der entsprechenden Facharztgruppe dividiert. Hierdurch erhält man einen Überblick, für welche Facharztgruppen die Leichenschau eine eher seltene Tätigkeit ist, so dass man davon ausgehen kann, dass sie aufgrund fehlender Routine nicht über die nötige Erfahrung verfügen. Danach stellte jeder Allgemeinmediziner pro Jahr 7,2 Todesbescheinigungen aus, weshalb man ihnen die erforderliche Erfahrung im Bezug auf die Leichenschau zusprechen kann. Jeder niedergelassene Internist stellte 4,3 Todesbescheinigungen und jeder niedergelassene Praktische Arzt 3,9 Todesbescheinigungen im Jahr aus. Aufgrund der geringen Durchschnittszahlen verfügt diese Gruppe über deutlich weniger Routine als die Allgemeinmediziner, dennoch haben sie sich eine gewisse Routine für das Ausstellen der Todesbescheinigung erworben.

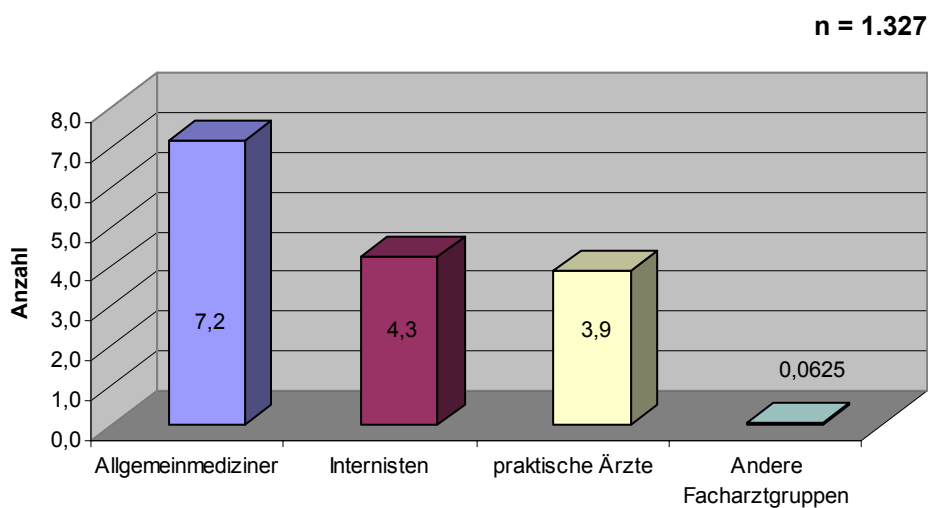


Abb. 13: Anzahl der ausgestellten Todesbescheinigungen je niedergelassener Arzt

Kritisch anzumerken ist, dass als Folge der Routine bei der Feststellung der Todesursache häufig wenig differenzierte Angaben wie Herzversagen oder koronare Herzerkrankung (KHK) getroffen werden.

Niedergelassene Fachärzte (Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und Kinderärzte) stellten weniger als einen Totenschein pro Jahr aus. Diese Ärztegruppe verfügt nicht über den routinemäßigen und sicheren Umgang mit den Aufgaben des Leichenschauarztes. Jeder niedergelassene Arzt stellte durchschnittlich 1,9 Todesbescheinigungen aus, Krankenhausärzte im Schnitt hingegen 1,6 Todesbescheinigungen. Rechnet man die von Krankenhausärzten in ihrer Tätigkeit als Notärzte durchgeführten Leichenschauen hinzu, so erhöht sich deren Zahl auf 1,8 Todesbescheinigungen pro Arzt und Jahr.

Da eine vergleichbare, nach Facharztbezeichnung differenzierte Angabe für die im Krankenhaus beschäftigten Arztgruppen nicht ermittelbar war, sind die von Krankenhausärzten durchgeführten Leichenschauen in folgender Abbildung dargestellt.

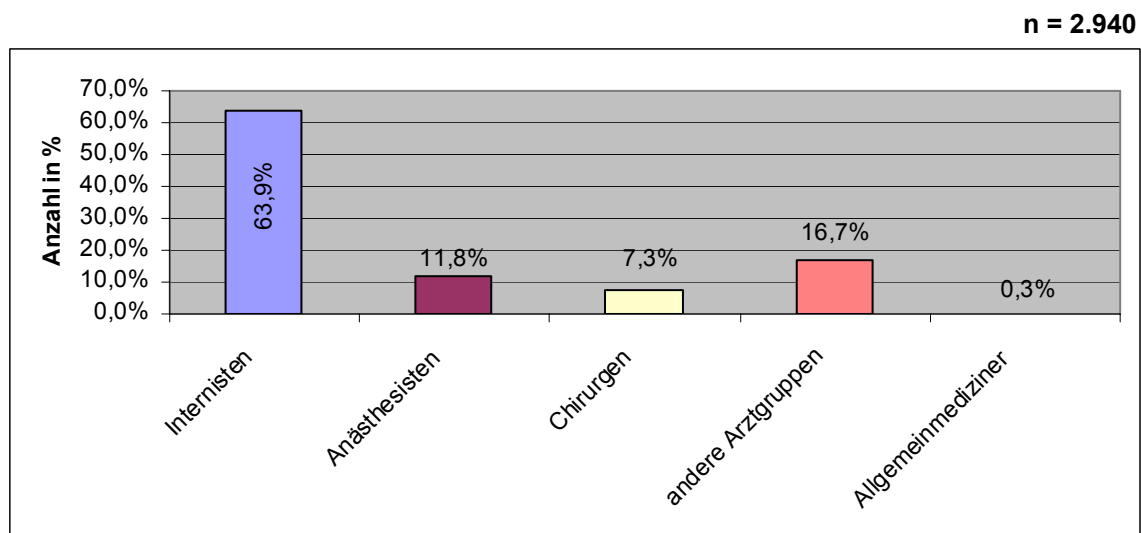


Abb. 14: Prozentuale Verteilung der von Krankenhausärzten durchgeführten Leichenschauen

3.6.3 Häufigkeit der Leichenschauen der verschiedenen Arztarten vor und nach der Gesetzesänderung

Hauptziel der Untersuchung war es zu prüfen, ob die Gesetzesänderung des Bestattungsgesetzes (BestG. NRW) vom 17. Juni 2003, welches die Notärzte von der Leichenschau befreit, zu Veränderungen in der Klassifikation der Todesart führte. Um diese Frage beantworten zu können, wurde der Untersuchungszeitraum in drei Halbjahre unterteilt: (I: 01. Januar bis 30. Juni 2003; II: 01. Juli bis 31. Dezember 2003; III: 01. Januar bis 30. Juni 2004) und die erfassten Daten der jeweiligen Halbjahre miteinander verglichen.

Es ist ein signifikanter Rückgang der von Notärzten durchgeführten Leichenschau nachweisbar. Der Anteil der notärztlichen Leichenschau ging von 9% im ersten Halbjahr 2003 auf 7,3% im ersten Halbjahr 2004 zurück, was einem Rückgang von 18,9% entspricht.

Im Gegensatz zur gesunkenen Beteiligung der Notärzte an der ärztlichen Leichenschau steht eine gesteigerte Beteiligung der niedergelassenen Ärzte (von 29% auf 29,3%) und der Krankenhausärzte (von 62% auf 63,4%).

Es ist ein Zusammenhang zu verzeichnen zwischen dem Rückgang der notärztlich durchgeführten Leichenschau und dem Rückgang der bei der Polizei meldepflichtigen „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesfälle. Als Folge davon sank im 1. Halbjahr 2004 die Zahl der „unklaren“ Todesfälle im Vergleich zum 1. Halbjahr 2003 um 18,7% und die der „nicht natürlichen“ Todesfälle um 5,6%. Die Zahl der als „natürlich“ klassifizierten Todesfälle stieg im Vergleichszeitraum um 2,6% an.

	1. Halbjahr 2003	2. Halbjahr 2003	1. Halbjahr 2004
Krankenhausärzte	964 (62%)	985 (65,1%)	991 (63,4%)
Niedergelassene Ärzte	450 (29%)	419 (27,7%)	458 (29,3%)
Notärzte	140 (9%)	109 (7,2%)	114 (7,3%)
Σ	1.554	1.513	1.563

Tabelle 25: Leichenschauen nach Arztgruppen und Halbjahren

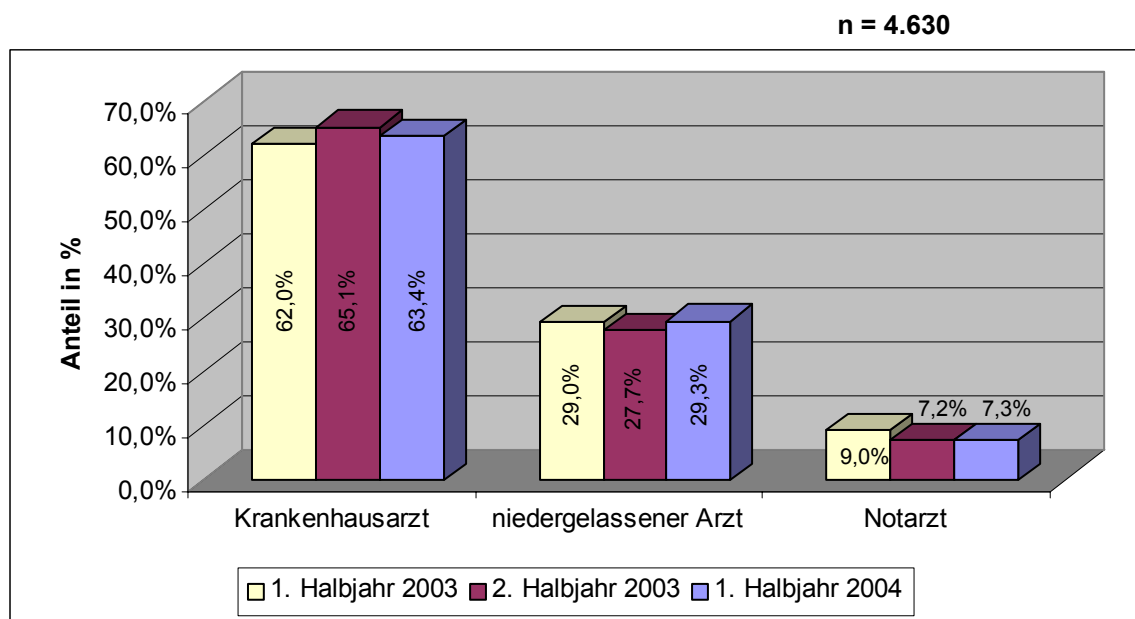


Abb. 15: Prozentuale Veränderung der durch die einzelnen Arztgruppen durchgeführten Leichenschauen (nach Halbjahren)

	1. Halbjahr 2003	2. Halbjahr 2003	1. Halbjahr 2004
Natürliche Todesart	1.332 (85,6%)	1328 (87,7%)	1370 (87,8%)
Nicht natürliche Todesart	56 (3,6%)	47 (3,1%)	53 (3,4%)
Unklare Todesart	168 (10,8%)	139 (9,2%)	137 (8,8%)
Σ	1.556	1.514	1.560

Tabelle 26: Verteilung der angegebenen Todesart (nach Halbjahren)

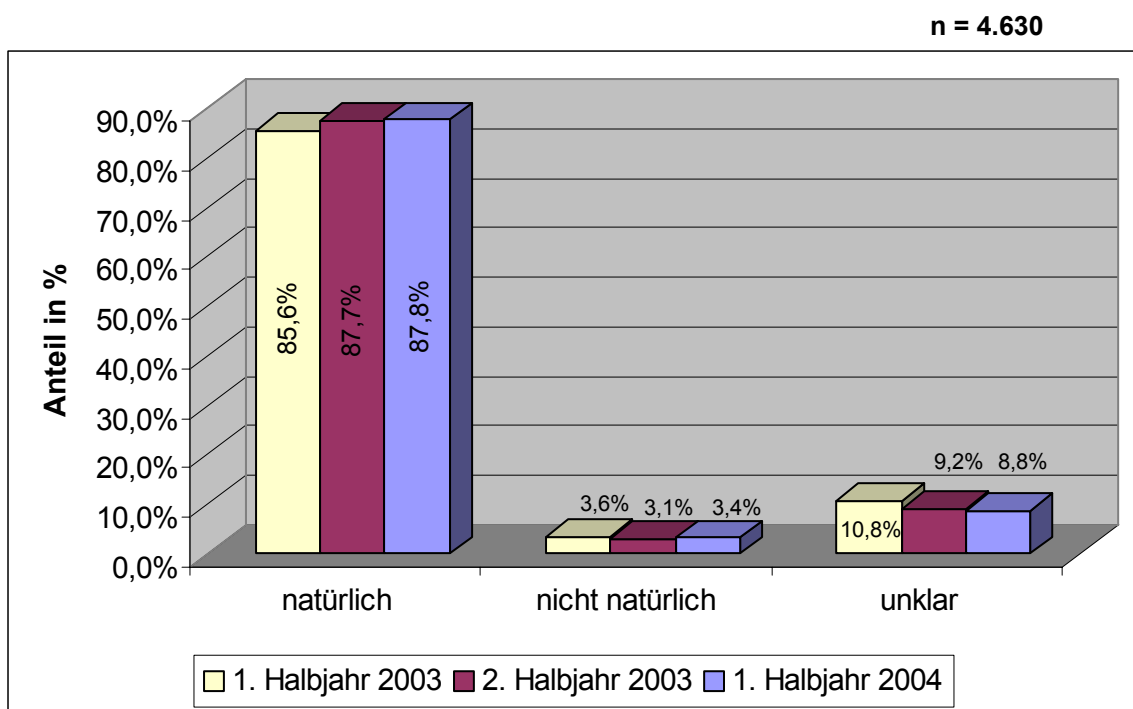


Abb. 16: Prozentuale Verteilung der angegebenen Todesart (nach Halbjahren)

4. Diskussion

Nach dem neuen Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen vom 17. Juni 2003 sind in Nordrhein-Westfalen die Notärzte im Rettungsdienst nicht mehr verpflichtet die Leichenschau durchzuführen. Die Auswertung der Todesbescheinigungen ergab, dass sich für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte und die Krankenhausärzte einerseits und die Gruppe der Notärzte andererseits deutliche Unterschiede in der Erfüllung ihrer Aufgaben bei der Leichenschau nachweisen lassen. Diese Unterschiede wurden im Umgang mit dem Formular der Todesbescheinigung offenkundig. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zum 01. September 2003 tritt eine Veränderung in der Häufigkeitsverteilung der Todesarten auf. In Verbindung damit war mit Veränderungen der Meldehäufigkeiten an die Polizei und damit auch in der Zusammensetzung des Sektionsgutes zu rechnen. Um diese zu erwartende Veränderung belegen und quantifizieren zu können, wurden im Untersuchungszeitraum vom 01. Januar 2003 bis zum 30. Juni 2004 alle in der Stadt Münster ausgestellten Todesbescheinigungen erfasst und nach den verschiedenen Kriterien aufgeschlüsselt und ausgewertet. Die ermittelten Zahlen wurden mit den Ergebnissen der parallel zu dieser Arbeit durchgeführten Studien in den Kreisen Steinfurt und Lippe verglichen, um mit dem vergrößerten statistischen Grundgesamtwert ($n = 15.483$) die Aussagekraft der Ergebnisse zu untermauern und die Tragweite der Gesetzesänderung zu verdeutlichen. Die für die einzelnen Bundesländer gültigen rechtlichen Grundlagen bezüglich der Leichenschau wurden in Kapitel 1 (Tabelle 1–16) in tabellarischer Übersicht dargestellt.

4.1 Kritische Bewertung der Ergebnisse und Vergleich mit Angaben der Literatur

In Münster bescheinigten Ärzte nach durchgeführter Leichenschau in 86,6% der Strebefälle einen „natürlichen“ Tod. Die Prozentzahlen für „nicht natürliche“ (3,4%) und „unklare“ (9,7%) Todesfälle weichen deutlich von den Angaben in der Literatur ab. MODELMOG und GOERTCHEN (1992) geben für „nicht natürliche“ Todesfälle nach Obduktion einen Wert zwischen 8 und 9% an. Laut BRINKMANN und PÜSCHEL (1991) liegt die Rate der von Leichenschauärzten als „unklar“ oder „nicht natürlich“ klassifizierten Todesfälle in vergleichbaren Ländern bei 15-25%. Auch BRUNE (2000), KOCH (2003) und SCHULZE-BECKING (2000) ermittelten eine ähnliche Diskrepanz zu den in der Literatur angegebenen Werten. Für die „ungeklärte“ Todesart sind folgende Werte zu finden: BRUNE: 8,6%, KOCH: 3%, SCHULZE-BECKING: 4,9%. Für die „nicht natürliche“ Todesart werden folgende Werte angegeben: BRUNE: 3,4%, KOCH: 2,6%, SCHULZE-BECKING: 2,7%. Die Diskrepanz dieser Werte zu den in der Literatur angegebenen Werten lässt vermuten, dass sowohl in Münster als auch in den Kreisen Steinfurt und Lippe eine hohe Dunkelziffer an „nicht natürlichen“ Todesfällen vorliegt, welche sowohl auf Sorgfaltsmängel bei der Leichenschau als auch auf Fehler bei der Klassifizierung der Todesart zurückzuführen sind.

4.2 Angegebene Todesart in Abhängigkeit vom Sterbeort

Im Untersuchungszeitraum verstarben 62,7% der Personen im **Krankenhaus**, davon 92,5% eines „natürlichen“ Todes. Der sehr niedrige Anteil „unklarer“ (4,2%) Todesfälle lässt sich mit der genauen Kenntnis über die Vorerkrankungen des Verstorbenen und der guten klinischen Diagnostik bezüglich der Abklärung der zum Tode führenden Krankheit erklären. Der Anteil der „nicht natürlich“ verstorbenen Patienten beträgt 3,3%. Der für die Stadt Münster ermittelte Wert erscheint allerdings als zu gering, obwohl dieser Wert im Vergleich zu den Krankenhaustodesfällen in den Kreisen Steinfurt und Lippe, mit jeweils 0,5% noch vergleichsweise hoch ist.

Ein Grund für die Angabe eines „natürlichen“ Todes seitens vieler Kliniker liegt häufig im Verkennen des Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Tod begründet, wie er häufig bei Oberschenkelhalsfrakturen älterer Menschen vorliegt. Zum anderen werden Todesfälle in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit medizinisch-invasiven Maßnahmen, nach häuslichen Stürzen oder operativen Eingriffen nicht als „nicht natürlich“ oder „unklar“ eingestuft, wie dies nach medizinisch-naturwissenschaftlicher Definition korrekt wäre. Dem liegt vermutlich häufig die Befürchtung zugrunde, dass Angehörige des Verstorbenen bei „unklarer“ oder „nicht natürlicher“ Todesart den Verdacht eines Behandlungsfehlers äußern könnten, was für den behandelnden Arzt unangenehme Ermittlungen nach sich ziehen würde. Durch Angabe einer „natürlichen“ Todesart kann sowohl einer Schädigung des Rufes, als auch der Bezeichnung eines Kollegen, einen Behandlungsfehler gemacht zu haben, vorgebeugt werden. Mit der Klassifizierung eines „unklaren“ oder „nicht natürlichen“ Todes stellen Ärzte die Weichen für die Einleitung einer Ermittlung oder eines Verfahrens gegen sich selbst oder einen Kollegen (BERG und DITT 1984). Obwohl quantitativ nicht belegbar, wird daher auch bei unklarem Sachverhalt mehr oder weniger oft ein „natürlicher“ Tod bescheinigt.

Um in diesen Fällen eindeutig Klarheit zu erhalten, müsste jeder nicht eindeutig „natürliche“ Todesfall und jeder Fall mit zeitlichem Bezug zu einem medizinischen Eingriff obduziert werden. Hierdurch wäre Objektivität und Rechtssicherheit sowohl gegenüber dem Verstorbenen und dessen Angehörigen als auch unter der Ärzteschaft gewährleistet. Bereits 1986 forderte MILTNER eine Übertragung der Leichenschau bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten ausschließlich auf Pathologen und Rechtsmediziner.

Im **Altenheim** (18% der Todesfälle) war der Anteil der „natürlichen“ Todesfälle mit 97,0% am höchsten. Nach Angaben der Leichenschauärzte verstarben 0,3% der Bewohner einer „nicht natürlichen“ und 2,7% einer „unklaren“ Todesart. Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass sich der Leichenschauarzt durch das meist hohe Alter des Verstorbenen (\bar{x} 80,5 Jahre) und die äußeren Umstände wie dem unauffälligen Umfeld eines Altenheims beeinflussen lässt und routinemäßig einen „natürlichen“ Tod bescheinigt.

Bei Personen, die in der eigenen **Wohnung** (17,6% der Todesfälle) verstarben, wurde auf den Todesbescheinigungen deutlich häufiger eine „unklare“ Todesart (33,1%) angegeben. Durch den Leichenschauarzt wurde in 63,7% eine „natürliche“ und in 3,2% eine „nicht natürliche“ Todesart bescheinigt. Die „unklare“ Todesart wurde in 93,3% von Notärzten, in 3,7% von nicht behandelnden Ärzten und in 3,0% von Ärzten angegeben, welche den Verstorbenen vorher auch zuletzt behandelt haben. Die nicht behandelnden Ärzte, die mit dem Krankheitsbild des Verstorbenen nicht besser vertraut sind als die Notärzte, entschieden sich deutlich seltener für die „unklare“ Todesart als die Notärzte.

Die Verteilung der Todesarten am Sterbeort „**anderer Ort**“ (1,6% der Todesfälle) weicht von den oben aufgeführten Sterbeorten stark ab. Hier betrug die Todesart „natürlich“ lediglich 15,8% wohingegen in 43,4% eine „unklare“ und in 40,8% eine „nicht natürliche“ Todesart angegeben wurde. Dieses Ergebnis ist insofern zu erklären, als dass der Tod an diesem Sterbeort durch Verkehrsunfälle, Suizide oder Rohheitsdelikte bedingt wurde und der Verstorbene dem hinzugezogenen Leichenschauarzt fast immer unbekannt war.

Am Sterbeort „anderer Ort“ übernahmen zumeist Notärzte die Aufgabe der Leichenschau (76,3%), denen offenbar die Phänomenologie des „nicht natürlichen“ Todes vertrauter ist als den niedergelassenen Ärzten.

Oftmals sind die näheren, zum Tode führenden Umstände auch für den Notarzt nicht ersichtlich, was sich in dem hohen Anteil der als „unklar“ angegebenen Todesfälle an diesem Sterbeort widerspiegelt. Diese Zahlen zeigen die hohe Verantwortung der leichenschauenden Notärzte, die einen erheblichen Beitrag zur Erkennung „nicht natürlicher“ und „unklarer“ Todesfälle leisten.

4.3 Todesart in Abhängigkeit von der ausstellenden Arztgruppe

4.3.1 Notärzte

In Münster wurde die Leichenschau im Untersuchungszeitraum in 363 Fällen (7,8%) von Notärzten durchgeführt. Sie bescheinigten in 79,1% eine „unklare“, in 13,8% eine „nicht natürliche“ und in 7,2% eine „natürliche“ Todesart. Die im Rettungsdienst tätigen Mediziner sind überproportional häufig mit Patienten konfrontiert, die ihnen unbekannt sind und über deren Krankengeschichte sie nicht Bescheid wissen. Außerdem steht der Einsatzort dieser Arztgruppe häufig in Verbindung mit einem „nicht natürlichen“ Tod, wie dies bei Unfällen, Suiziden oder Gewaltverbrechen der Fall ist. In vielen Fällen werden die Notärzte zu Leichenfunden und Todesfällen im öffentlichen Raum gerufen, bei denen sich situationsbedingt keine eindeutige Klärung der zum Tode führenden Umstände ermitteln lässt, so dass eine „unklare“ Todesart bescheinigt wird. Stellen sich für die Notärzte die zum Tode führenden Umstände jedoch eindeutig als „nicht natürlich“ dar, bereitet es ihnen auch im häuslichen Milieu keinerlei Schwierigkeit, die Todesart als „nicht natürlich“ zu bescheinigen, da sie in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu den Angehörigen des Verstorbenen stehen, welche eventuell ebenfalls zum Patientenstamm eines niedergelassenen Leichenschauarztes gehören könnten.

4.3.2 Niedergelassene Ärzte

Die niedergelassenen Ärzte in Münster bescheinigten in 1.302 (98,1%) der durchgeführten Leichenschauen einen „natürlichen“ Tod. In nur einem Fall wurde eine „nicht natürliche“ Todesart (0,1%) und in 24 (1,8%) Fällen eine „unklare“ Todesart bescheinigt. Die Benennung fast ausschließlich der „natürlichen“ Todesart ist unabhängig von der Facharztbezeichnung der niedergelassenen Ärzte. Eine Erklärung für dieses Ergebnis ist zum einen darin zu sehen, dass niedergelassene Ärzte seltener als Notärzte zu Unfällen gerufen werden und zum anderen oft als Hausarzt den Verstorbenen meist über Jahre betreut haben. Unter den niedergelassenen Ärzten wurde zwischen Hausarzt und Nicht-Hausarzt des Verstorbenen differenziert. Hierbei wären für den „Nicht-Hausarzt“ ähnliche Werte wie bei den durch die Notärzte ausgestellten Todesbescheinigungen zu erwarten gewesen, da beide Arztgruppen in einem ähnlich distanzierten Verhältnis zu dem Verstorbenen stehen. Tatsächlich ist aber die von „Nicht-Hausärzten“ in 1,3% angegebene „unklare“ Todesart gegenüber den von Notärzten in 79,1% als „unklar“ klassifizierte Todesart zu vernachlässigen.

Die Aufschlüsselung nach Fachärzten zeigt, dass niedergelassene Allgemeinmediziner mit 7,2 Totenscheinen pro Jahr, die Internisten mit 4,3 Totenscheinen pro Jahr und die praktischen Ärzte mit 3,9 Totenscheinen pro Jahr unter den niedergelassenen Ärzten die Leichenschau relativ häufig durchführten. Ärzte aller anderen Facharztgruppen zusammen stellten im Jahr 0,06 Todesbescheinigungen aus, was die Leichenschau für diese Arztgruppen zu einer Seltenheit macht. Diese Zahlen lassen erkennen, dass hier für bestimmte Facharztgruppen ein gravierender Mangel an Routine und Erfahrung sowohl bei der Durchführung der Leichenschau als auch bei der Erkennung von „nicht natürlichen“ Todesfällen besteht. KANNE bemängelte bereits 1975, dass die von niedergelassenen Ärzten durchgeführte Leichenschau in nur 20% der Fälle an der entkleideten Leiche durchgeführt wird. Zwei Drittel der Leichenschauen erfolgte ohne Entfernen der Kinnbinde, die mögliche Würgemale verdecken könnte.

Diese Zahlen lassen vermuten, dass bei den durch niedergelassene Ärzte durchgeführten Leichenschauen eine hohe Dunkelziffer an unentdeckten „nicht natürlichen“ Todesfällen vorliegt.

Die korrekt klassifizierte Todesart wird für den niedergelassenen Arzt möglicherweise zu einer existenziellen Frage, wenn die Hinterbliebenen des Verstorbenen, die möglicherweise ebenfalls zum Patientenkollektiv des leichenschauenden Arztes gehören, direkt oder indirekt Druck im Bezug auf das Urteil bezüglich der Todesart ausüben (JANSSEN 1991). Auch von anderer Seite werden Ärzte bei der Klassifikation der Todesart unter Druck gesetzt: Fast die Hälfte der durch VENNEMANN et al. (2001) befragten Ärzte gab an, bei der Festlegung der Todesart schon einmal von Dritten in ihrer Urteilsbildung beeinflusst worden zu sein, am häufigsten durch die Polizei. In Fällen, bei denen in der ersten Leichenschau eine „unklare“ Todesart bescheinigt wurde, veranlassen nach BRINKMANN und PÜSCHEL (1991) und WAIDER und MADEA (1992) häufig die Ermittlungsbehörden eine zweite Leichenschau durch andere Ärzte, um eine Änderung der klassifizierten Todesart in „natürlich“ herbeizuführen.

4.3.3 Krankenhausärzte

Mit einem Anteil von 63,5% stellten die Krankenhausärzte den größten Anteil der Todesbescheinigungen aus. Diese Zahl erklärt sich durch die vielen und großen Kliniken der Stadt Münster mit ihrem breit gefächerten medizinischen Behandlungsspektrum. Ebenso wie von den niedergelassenen Ärzten wurde auch von den Krankenhausärzten mit 2.697 Fällen (91,7%) fast ausschließlich eine „natürliche“ Todesart bescheinigt. Eine „nicht natürliche“ Todesart wurde in nur 98 Fällen (3,4%) angegeben.

Das im Bezug auf die Leichenschau abweichende Verhalten der Anästhesisten und Chirurgen ist durch deren häufige Konfrontation mit Patienten z.B. nach Verkehrsunfällen mit oftmals letalem Ausgang zu erklären.

Beim Eintritt des Todes eines Schwerverletzten ist es für diese Arztgruppe in der Regel kein Problem, einen solchen Tod als „nicht natürlich“ zu klassifizieren. Zum einen behandeln Anästhesisten häufig Notfallpatienten mit unbekanntem Krankheitsbild, zum anderen ist es für den Anästhesisten zumeist nicht ersichtlich, ob die vorliegende Grunderkrankung oder der operative Eingriff zum Tod geführt hat. Aufgrund dieser Tatsache wird erklärlich, dass diese Arztgruppen häufiger als ihre Kollegen sowohl die „nicht natürliche“ (Anästhesisten: 15,3%, Chirurgen: 10,7%) als auch die „unklare“ Todesart (Anästhesisten: 9,8%, Chirurgen: 7,9%) diagnostizieren.

4.4 Vergleich mit den Ergebnissen der im Kreis Steinfurt und Lippe durchgeführten Studien

Die in der Stadt Münster ermittelte prozentuale Verteilung, der auf den Todesbescheinigungen angegebenen Sterbeorte, weicht von den Ergebnissen der im Kreis Steinfurt und Lippe unabhängig durchgeführten Studien ab (BERSTER 2006, BUHLER 2006). Im Gegensatz zur Stadt Münster starben in beiden Kreisen prozentual mehr Menschen im eigenen Heim (Steinfurt: 31,5%, Lippe: 36,0%), als dies in Münster (17,6%) der Fall war. Demgegenüber verstarben in den ländlich geprägten Kreisen im Vergleich zur Stadt Münster (62,7%) weniger Menschen im Krankenhaus (Steinfurt: 46,7%, Lippe: 35,9%). Die deutlich unterschiedliche Verteilung der Sterbeorte wird maßgeblich durch die vorhandene Infrastruktur mitbestimmt. Als ein überregionales medizinisches Zentrum stellen die Krankenhäuser der Stadt Münster eine zentrale Anlaufstelle für Patienten und Unfallopfer auch aus dem Umland dar. Hierbei nimmt die Universitätsklinik eine signifikante Stellung ein. Die Patienten, die in einer der Kliniken in Münster versterben, werden den Todesfallstatistiken der Stadt Münster zugeordnet und nicht denen ihres Wohnortes.

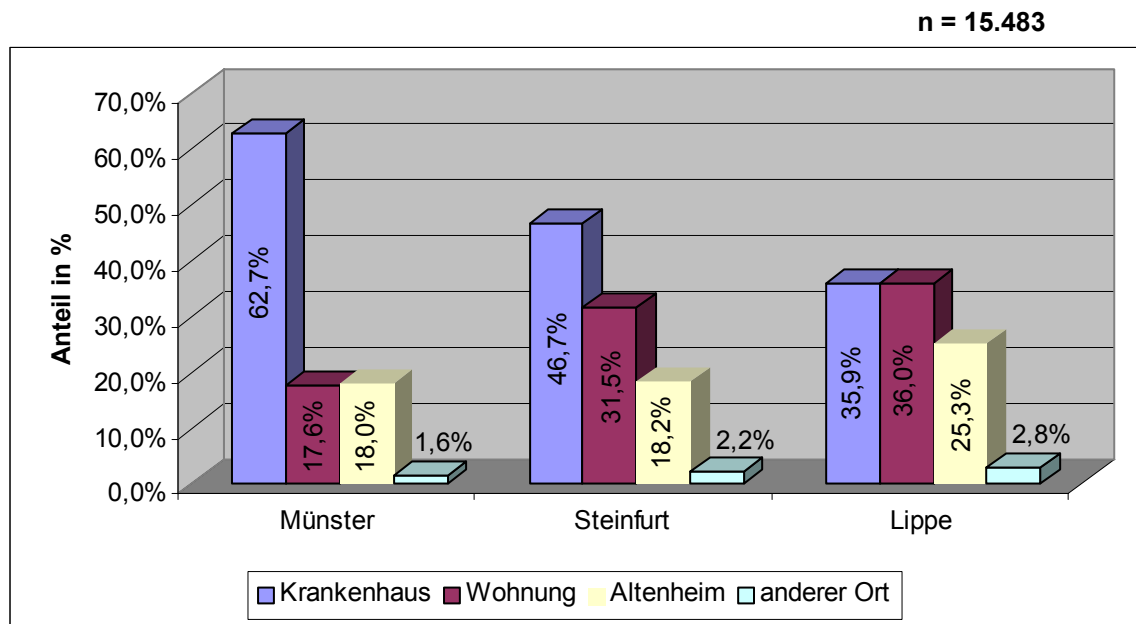


Abb. 18: Prozentuale Verteilung der angegebenen Sterbeorte für die Stadt Münster (Grabowski 2006), den Kreis Steinfurt (Berster 2006) und den Kreis Lippe (Buhler 2006)

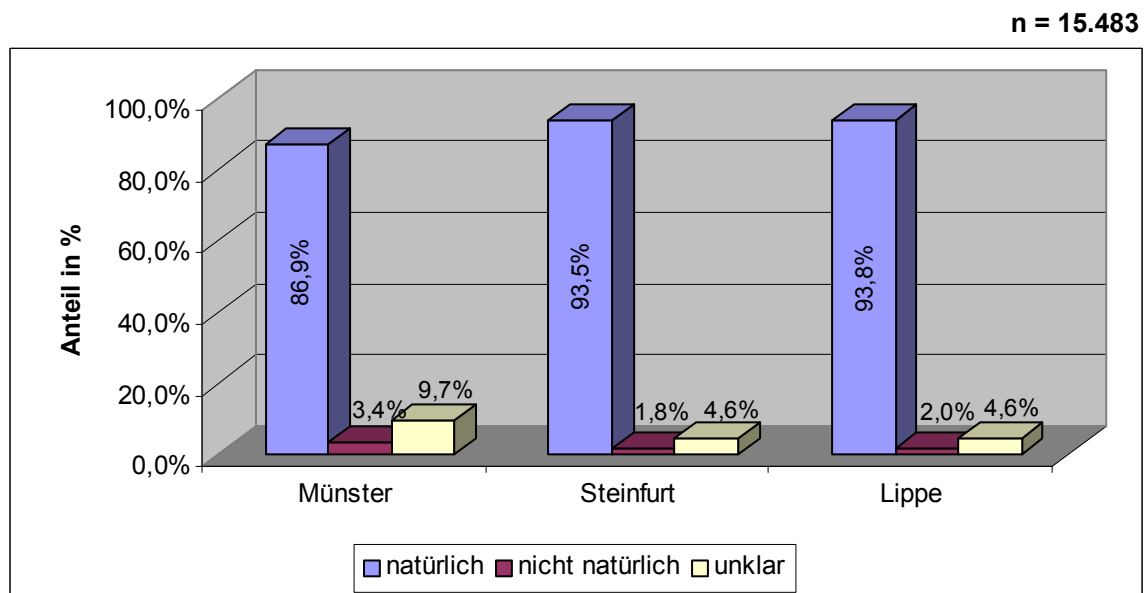


Abb. 19: Prozentuale Verteilung der Todesart für die Stadt Münster (Grabowski 2006), den Kreis Steinfurt (Berster 2006) und den Kreis Lippe (Buhler 2006)

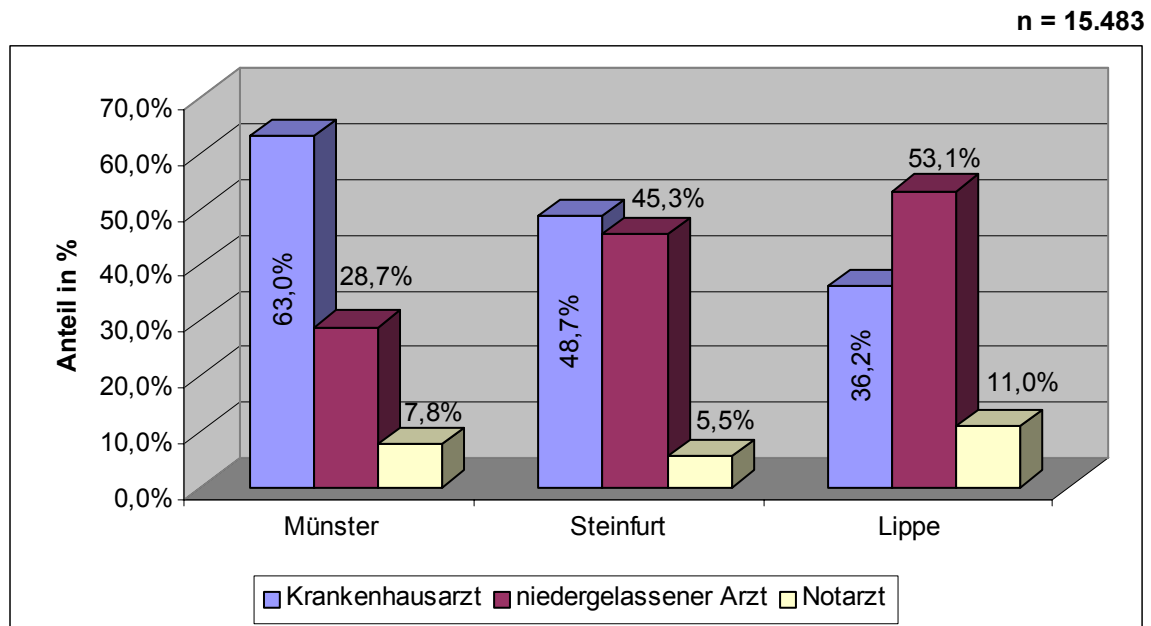


Abb. 20: Prozentuale Verteilung der durchgeführten Leichenschau (unterteilt nach Arztart) für die Stadt Münster (Grabowski 2006), den Kreis Steinfurt (Berster 2006) und den Kreis Lippe (Buhler 2006)

4.5 Vergleich der beiden Zeiträume vor und nach Einführung des Bestattungsgesetzes

Ein wesentlicher Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Verteilung der von den verschiedenen Arztarten durchgeführten Leichenschauen, der auf den Todesbescheinigungen angegeben Todesart und im speziellen mit dem Vergleich, der von den Notärzten angegebenen Todesart vor und nach der Gesetzesänderung des Bestattungsgesetzes (BestG. NRW). Das am 17. Juni 2003 verabschiedete und am 01. September 2003 in Kraft getretene Bestattungsgesetz, das die Notärzte im Rettungsdienst von der Leichenschau befreit, führte sowohl in der Stadt Münster, als auch in den Kreisen Steinfurt und Lippe zu einem Rückgang der von Notärzten durchgeführten Leichenschauen. Grundlage hierfür ist der Vergleich des ersten Halbjahres 2003, in dem die alte ordnungsbehördliche Verordnung über das Leichenschauwesen Gültigkeit hatte, mit dem ersten Halbjahr 2004 nach Einführung des neuen Bestattungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen.

Das zweite Halbjahr 2003, welches als Übergangszeit anzusehen ist, wurde in dem Vergleich nicht berücksichtigt. Im ersten Halbjahr 2003 führten die Notärzte in der Stadt Münster 140 Leichenschauen durch. Aufgrund der Gesetzesänderung ging die Zahl der von Notärzten durchgeführten Leichenschauen im ersten Halbjahr 2004 um 18,9% auf 114 Leichenschauen zurück. Auch BERSTER (2006) und BUHLER (2006) geben für die Kreise Steinfurt und Lippe eine ähnliche Tendenz an (siehe Abb. 19).

Das erste Halbjahr 2003 verglichen mit dem ersten Halbjahr 2004 zeigt für den Kreis Lippe einen Rückgang der von Notärzten durchgeführten Leichenschauen um 7,3% und für den Kreis Steinfurt einen Rückgang um sogar 31,1% (BERSTER 2006, BUHLER 2006). Für alle Kreise zusammen ging der Anteil der notärztlichen Leichenschau von 8,6% im Zeitabschnitt I auf 7,3% im Zeitabschnitt III zurück. Dies bedeutet einen Rückgang um 15,1%, welcher durch eine höhere Beteiligung der niedergelassenen Ärzte ausgeglichen wurde (von 42,4% auf 44,4%). Aus der besonderen Stellung der Notärzte dem Verstorbenen gegenüber erklärt sich der Rückgang der klassifizierten „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesart.

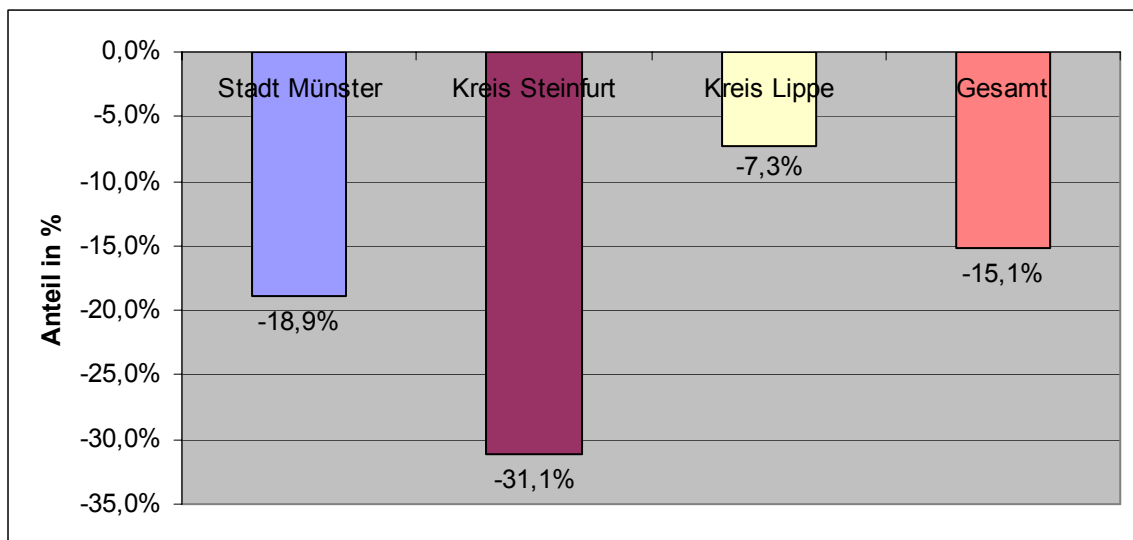


Abb. 19: Prozentuale Veränderung (1. Halbjahr 2003 gegenüber dem 1. Halbjahr 2004) der von Notärzten durchgeführten Leichenschauen für die Stadt Münster (Grabowski 2006), den Kreis Steinfurt (Berster 2006) und den Kreis Lippe (Buhler 2006)

Im Folgenden werden die „unklaren“ und die „nicht natürlichen“ Todesarten, die zwangsläufig eine Meldung an die Polizei erfordern, zusammengefasst. Für die Stadt Münster wurde ein Rückgang der meldepflichtigen Todesarten von 14,4% im ersten Halbjahr 2003 auf 12,2% im ersten Halbjahr 2004 ermittelt, was einen Rückgang von 15,3% bedeutet. Im Kreis Lippe wurde ein Rückgang von 9,5% und im Kreis Steinfurt ein Rückgang von sogar 30,4% festgestellt. Hieraus ergibt sich ein mittlerer Rückgang der meldepflichtigen Todesarten für alle drei Kreise von 8,5% auf 7%, das heißt einen Rückgang von 17,6%. Für die drei erfassten Kreise mit einer Gesamteinwohnerzahl von ca. 1,1 Millionen und ca. 10.000 Todesfällen im Jahr bedeutet diese Entwicklung, dass nach Einführung des neuen Bestattungsgesetzes jährlich ca. 200 Fälle mit ungeklärter Todesursache nicht zur Meldung an die Polizei weitergeleitet werden. Für das Land Nordrhein-Westfalen mit rund 18 Millionen Einwohnern errechnet sich auf diese Weise ein jährliches Meldedefizit von >3.200 verdächtiger Todesfälle. Bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl notärztlicher Leichenschauen ist davon auszugehen, dass es sich hierbei zumeist um Fälle mit einem besonders hohen Verdachtsgewicht auf das Vorliegen eines „nicht natürlichen“ Todes handeln kann.

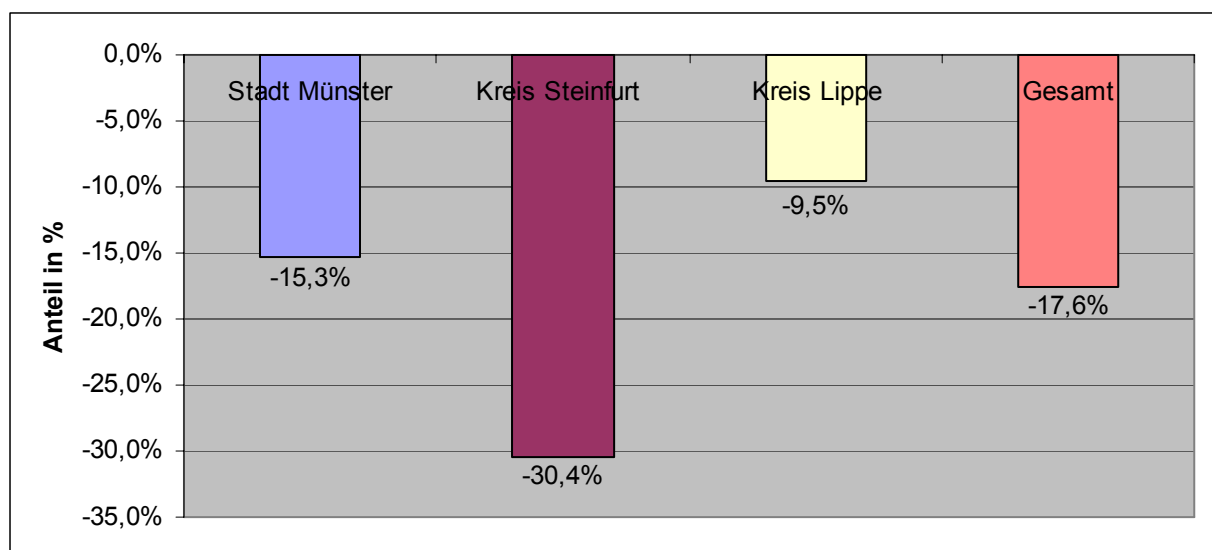


Abb. 20: Prozentuale Veränderung der meldepflichtigen Todesarten („unklar“ und „nicht natürlich“) für die Stadt Münster (Grabowski 2006), den Kreis Steinfurt (Berster 2006) und den Kreis Lippe (Buhler 2006)

4.6 Gesetzliche Regelungen zur Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland wird das Leichenschau- und Obduktionswesen in alleiniger Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer geregelt, solange keine strafrechtlich relevanten Bereiche betroffen sind (MADEA 1999). Von vielen Autoren wird die Regelung des Leichenschauwesens auf Länderebene kritisiert und stattdessen eine bundeseinheitliche Gesetzgebung gefordert (EISENMENGER et al. 1982; SCHNEIDER 1987).

Während in Schleswig-Holstein und im Saarland überhaupt keine Bestattungsgesetze existieren und hier das Leichenschauwesen durch entsprechende Verordnungen im Rahmen des Polizei- und Ordnungsrechts geregelt ist, haben die meisten Bundesländer (Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen, Hamburg, Bremen, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Bayern) eigene Gesetze über das Leichenschau-, Friedhofs- und Bestattungswesen erlassen. Die Vereinbarkeit der Regelungen einzelner Bundesländer mit dem Grundgesetz ist nach MADEA (1999) jedoch als zweifelhaft anzusehen. So gelten in den Bundesländern Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg noch die „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“, eine Regelung aus der DDR vom 04.12.1978. Das Gesetz über die Feuerbestattung vom 15.05.1934 und die Verordnung zur Durchführung des Feuerbestattungsgesetzes vom 10.08.1938 gelten noch in Niedersachsen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und im Saarland.

In der Bundesrepublik Deutschland herrscht keine bundeseinheitliche Regelung, aus der hervorgeht, welcher Arzt zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet ist. Da der Hausarzt mit der Krankengeschichte des Verstorbenen am besten vertraut ist, erscheint dieser auf den ersten Blick der kompetenteste Leichenschauer zu sein.

Aufgrund seiner möglichen Befangenheit den Hinterbliebenen gegenüber - gerade wenn es um den Verdacht einer „unklaren“ oder „nicht natürlichen“ Todesart geht - ist auch die Tätigkeit des Hausarztes als Leichenschauarzt als kritisch zu bewerten. Die Regelungen zur Durchführung der eigentlichen Leichenschau sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich.

Notwendig und sinnvoll ist eine klare Anweisung, dass die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche von allen Seiten, insbesondere im Bereich der behaarten Kopfhaut, des Rückens und des Nackens zu erfolgen hat. In diesem Zusammenhang ist das im Freistaat Bayern existierende, zusätzliche Informationsblatt zum Formularsatz der Todesbescheinigungen hilfreich, das genaue Anweisungen zur Durchführung der Leichenschau enthält, die Klassifikation der Todesart erläutert und die Untersuchung der Leiche - wie oben beschrieben - zur Feststellung des „natürlichen“ Todes als zwingend voraussetzt. Eine Untersuchung ausschließlich an der entkleideten Leiche wird in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hamburg und Sachsen-Anhalt gefordert. Mit der Änderung des Bestattungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen wurde auf der Todesbescheinigung eine Rubrik eingeführt, in der anzugeben ist, ob die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durchgeführt wurde. Danach muss eindeutig darauf hingewiesen werden, dass bei dieser „Leichenschau“ ohne eigentliche Untersuchung der Leiche die Todesart als „unklar“ klassifiziert werden muss. Die in den Gesetzen von Thüringen, Hessen, Niedersachsen und dem Saarland gebräuchlichen Formulierungen „sorgfältig untersuchen“ bzw. „untersuchen und besichtigen“ sind unzureichend. In Berlin werden unverständlicherweise gar keine Regelungen diesbezüglich getroffen.

Um die korrekte Durchführung der erlassenen Regelungen sicherzustellen, wird in vielen Bundesländern der Verstoß mit einer Geldbuße von bis zu 3.000 Euro bestraft. KANNE forderte bereits 1975 die Einführung von Sanktionen und bewies mit seiner Studie, dass die Leichenschauen von Ärzten im Münsterland in 80% an der bekleideten Leiche durchgeführt wurden.

In acht Bundesländern gelten für die Klassifikation der Todesart die Angabe des „natürlichen“ und „nicht natürlichen“ Todes bzw. die Todesart „ungeklärt“. Die Todesbescheinigung des Landes Baden-Württemberg, in der eine Entscheidungshilfe zur Todesartklassifikation in Form einer ausführlichen Beschreibung der einzelnen Todesarten angegeben wird, erweist sich für den Leichenschauarzt als äußerst hilfreich (siehe tabellarische Übersicht der Gesetze zur Leichenschau in den einzelnen Bundesländern S. 17). In Baden-Württemberg ist die Auswahl der entsprechenden Todesart im vertraulichen Teil kurz schriftlich zu begründen. Einerseits würde eine solche Begründung den Arzt zwingen, auch im Falle des „natürlichen“ Todes seine Entscheidung gründlich zu überdenken und zu begründen, was die Wahl der Todesart auch für Dritte objektiv nachvollziehbar machen würde. Andererseits sollte den Ärzten in Anbetracht des ohnehin nicht unerheblichen Zeitaufwandes für eine korrekt durchgeführte Leichenschau eine zusätzliche ausführliche Erörterung erspart werden. Wenn der Arzt nach sorgfältiger Leichenschau Zweifel an der Todesart hat, ihm also eine weitere Klärung erforderlich erscheint, muss ihm ohne weitere Formalitäten die Übergabe des Falles an die Polizei möglich sein.

Im Saarland ist bei der Wahl der Todesart zwischen „natürlich“, „Unglücksfall“, „Freitod“, „nicht aufgeklärt“ und „natürlich nach Unglücksfall“ zu entscheiden. Nach der gültigen medizinisch-naturwissenschaftlichen Definition der „natürlichen“ Todesart ist „natürlich nach Unglücksfall“ ein Widerspruch in sich. In den Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen ist die klassische Dreiteilung der Todesartklassifikation ersetzt durch die Vorgaben: „Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod“ und Todesart „unklar“ bzw. „unaufgeklärt“. Wenn keine dieser Angaben gemacht werden, so ist davon auszugehen, dass es sich um einen natürlichen Tod handelt. Diese Regelung ist jedoch gefährlich, da es nicht ersichtlich ist, ob bewusst keine Todesart ausgewählt wurde, oder die Angabe versehentlich oder willkürlich unterlassen wurde.

Im Bundesland Schleswig-Holstein ist die Todesart „ungeklärt“ auf dem Totenschein nicht vorgesehen, so dass sich der Arzt zwischen der Bestätigung einer „natürlichen“ oder „nicht natürlichen“ Todesart entscheiden muss. Diese Entscheidung ist nicht immer möglich und stellt für den Mediziner eine nicht tragbare Verantwortung dar.

Hauptaufgabe des Leichenschauarztes ist das sichere Erkennen des Todes und der Todeszeichen. Auf den Todesbescheinigungen der meisten Bundesländer sind verschiedene Möglichkeiten zur Klassifikation der Todesursache vorgeben, zwischen denen sich der Arzt entscheiden muss. In Bremen hingegen müssen sichere Todeszeichen frei formuliert werden. Die Formulare der Bundesländer Thüringen, Niedersachsen und Berlin in denen keine Angaben für die sicheren Todeszeichen vorgesehen sind, sind als unzureichend einzustufen.

Um zukünftig die Arbeit des Leichenschauarztes zu erleichtern und rechtlich abzusichern, muss in allen Bundesländern ein Betretungsrecht für den Leichenschauarzt im Gesetz fixiert werden. Dies ist bisher in fünf Bundesländern der Fall, für die übrigen Bundesländer sollten entsprechende Regelungen gefordert werden.

Mit Ausnahme der Bundesländer Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Bayern besteht in den übrigen Bundesländern die Auskunftspflicht gegenüber dem Leichenschauarzt durch die Angehörigen, die vorbehandelnden Ärzte und dritte Personen.

Weitgehend einheitlich geregelt sind die Angaben und das Anzeigen einer übertragbaren Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes. Lediglich auf dem Totenschein von Niedersachsen ist keine Angabe zum Infektionsschutzgesetz vorgesehen.

Mit der Änderung des Personenstandsgesetzes vom 01.04.1994 wurde für Totgeburten die anzeigepflichtige Grenze von 1000 Gramm auf 500 Gramm herabgesetzt. Das heißt, dass alle Totgeburten mit einem Körpergewicht von mehr als 500 Gramm vom Standesamt beurkundet werden müssen. Eine entsprechende Todesbescheinigung ist vom Leichenschauarzt auszustellen. Auf diese Gesetzesänderung haben die meisten Bundesländer mit einer Anpassung der Todesbescheinigung und Verordnung entsprechend reagiert.

In den Formularsätzen zur Leichenschau von neun Bundesländern sind eigene Obduktionsscheine enthalten und in zwei weiteren Bundesländern Abschnitte auf dem Leichenschauschein für die Obduktionsergebnisse vorbehalten. In fünf Bundesländern existieren keine eigenen Obduktionsscheine. Völlig unzureichend sind die Regelungen, wie die durch die Obduktion gewonnenen Daten genutzt werden, obwohl hier verlässliche Daten für die Todesursachenstatistik zur Verfügung stehen würden. In zehn Bundesländern besteht keine Verpflichtung zur Meldung der Obduktionsergebnisse, was durch eine mehrfache Ausfertigung des Obduktionsscheines leicht möglich wäre. Die Ergebnisse würden so die untere Gesundheitsbehörde und durch eine weitere Kopie auch den Leichenschauarzt erreichen, was eine neutrale Überprüfung des Leichenschauergebnisses bedeuten würde. Diese Regelung existiert bisher nur in Sachsen-Anhalt und ist einheitlich für alle Bundesländer zu fordern.

Bis heute fehlt eine bundeseinheitliche Regelung, welche die Voraussetzungen für eine mögliche Obduktion festlegt. Dies gilt für klinisch-wissenschaftliche, anatomische und privat-versicherungstechnisch begründete Obduktionen und ist eine der Ursachen für die seit Jahren sinkende Obduktionsrate (BRINKMANN et al. 2002).

BREITENFELLER et al. (1982) fordern in ihrer Studie für Österreich die gesetzlich verankerte Möglichkeit zu regelmäßigen Autopsien, nicht nur zur Feststellung der unmittelbaren Todesursache, sondern auch zur Abklärung vieler Begleitumstände des Krankheitsprozesses. Sie sehen hierin eine unersetzliche Form der klinischen Qualitätskontrolle. Im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland wird in Österreich und in anderen Nachbarländern deutlich häufiger seziiert (BRINKMANN et al. 2002).

4.7 Lösungsansätze

In den vorherigen Kapiteln konnte auf die in der Praxis unterschiedliche Durchführung zur Bestimmung der Todesart hingewiesen werden. Für die in der Literatur häufig kritisierten Missstände des deutschen Leichenschauystems werden im Folgenden einige Lösungsmöglichkeiten dargestellt.

Ein wesentlicher Lösungsansatz für die durch diese Untersuchung offen gelegten Missstände im deutschen Leichenschauystem stellt die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Medizinstudenten und Ärzten auf dem Gebiet der Leichenschau dar. Da einige Facharztgruppen die Leichenschau nur sehr selten durchführen, fehlt ihnen oft die erforderliche Routine. Gerade für diese Gruppen wäre eine sicherere Durchführung der Leichenschau aufgrund einer verbesserten Aus- und Weiterbildung zu erwarten.

Der von vielen Autoren geforderte unabhängige Leichenschauer als hauptamtlich beauftragter Arzt würde über die nötige Sachkenntnis verfügen und hätte aufgrund seines eingegrenzten Aufgabenfeldes auch wesentlich mehr Routine im Erkennen zweifelhafter Todesfälle. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil bestünde zudem in der persönlichen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit des Arztes gegenüber den Angehörigen des Verstorbenen. Der niedergelassene Arzt, der bei korrekt klassifizierter Todesart gegen seine eigenen Interessen verstößt, muss vom Dienst der Leichenschau befreit werden, wodurch sich eine Reduzierung der Anzahl falsch klassifizierter Todesarten ergäbe. Die dem spezialisierten Leichenschauarzt unbekannt Anamnese des Verstorbenen müsste vom Hausarzt in Erfahrung gebracht werden. Die damit verbundenen hohen Kosten stehen einer systematischen Einführung spezialisierter Leichenschauärzte zurzeit entgegen. Anhand von regionalen Pilotstudien sollte die Auswirkung auf die Todesursachenstatistik erprobt werden. Um das Ausmaß dieser Forderungen abschätzen und quantifizieren zu können, sind im Folgenden einige Überlegungen und Rechnungen aufgestellt.

Wenn jährlich 1% der Bevölkerung stirbt ergeben sich für die Bundesrepublik Deutschland circa 800.000 Sterbefällen pro Jahr. Für den spezialisierten Leichenschauer sind nur die in der eigenen Wohnung und im Altenheim verstorbenen Personen relevant. An diesen beiden Sterbeorten ergeben sich somit ~40% aller Sterbefälle das heißt 285.000 Leichenschauen pro Jahr. Unter dieser Annahme hätten die spezialisierten Leichenschauärzte täglich circa 780 Leichenschauen durchzuführen. Die im Krankenhaus verstorbenen Personen würden weiterhin von den Krankenhausärzten und die Verstorbenen am öffentlichen Ort von den Notärzten begutachtet werden.

Veranschlagt man für eine ordnungsgemäß durchgeführte Leichenschau einen Zeitaufwand von etwa 30 Minuten und berücksichtigt die An- und Abfahrtswege sowie regionale und infrastrukturelle Unterschiede, so könnte jeder Arzt im Schnitt 10 Leichenschauen am Tag durchführen. Für die gesamte Bundesrepublik Deutschland ermittelt sich demnach ein Bedarf von knapp 100 spezialisierten Leichenschauärzten. Da im Krankheits- und Urlaubsfall eine Vertretung gewährleistet sein muss, errechnet sich ein maximaler Bedarf von 200 Ärzten. In bevölkerungsreichen Großstädten wäre außerdem eine Vertretung der spezialisierten Leichenschauärzte durch die Ärzte der rechtsmedizinischen Institute und deren Notdienst denkbar.

Die zur Finanzierung dieses Modells erforderlichen Mittel wären durch eine direkte Vergütung der mit der Leichenschau beauftragten Ärzte durch die Hinterbliebenen gewährleistet. Sollten keine Angehörigen ermittelbar sein, wären die anfallenden Kosten durch den Nachlass des Verstorbenen oder eine Versteigerung des Nachlasses zu decken. Nur bei unbekanntem Leichen oder in Fällen eines mittellos Verstorbenen hätte das Sozialamt die Kosten zu tragen.

Ein flächendeckendes Netz an forensischen Instituten ist Voraussetzung für den Erhalt bzw. eine anzustrebende Steigerung der Sektionsfrequenz. Außerdem sollte Leichenschauärzten die Möglichkeit eingeräumt werden sich über das Obduktionsergebnis eines „unklaren“ Todesfalles informieren können.

Krankenhausärzte attestieren häufig auch bei Gewalteinwirkung, Vergiftung, Suizid oder als Folge von ärztlichen Eingriffen einen „natürlichen“ Tod. Die Einführung einer Rubrik „unerwarteter Tod im Rahmen medizinischer Maßnahmen“ bei der Klassifizierung der Todesart wäre als Versuch anzusehen, eine meldepflichtige Todesfallkategorie einzuführen unabhängig von der Frage eines Verschuldens Dritter.

Die Einführung des vorläufigen Leichenschauscheines, der im Besonderen die Situation der Notärzte im Rettungsdienst verbessert, ist als positiv zu bewerten. DU CHESNE und BRINKMANN (1997) fordern den vorläufigen Leichenschein für alle Ärzte, die sich zur Durchführung der ordnungsgemäßen Leichenschau unter den gegebenen situativen Umständen nicht in der Lage sehen. Dieses Verfahren wird bereits in Bremen praktiziert. Der Arzt kann die Leichenschau später an einem geeigneten Ort durchführen oder eine Vertretung (z.B. aus dem Bereitschaftsdienst der Rechtsmedizin) in Anspruch nehmen. Die Übernahme dieses Modells in die Regelung aller Bundesländer wäre erstrebenswert, da Ärzten so die Möglichkeit gegeben würde, schwierige Leichenschauen auf qualifizierte Spezialisten zu übertragen.

Eine einheitlich geregelte Honorierung der Notärzte für die durchgeführte Leichenschau würde die „Attraktivität“ dieser ärztlichen Aufgabe steigern und die Leichenschau als ärztliche Tätigkeit anerkennen. Zusätzlich würde es für die Notärzte einen Anreiz bedeuten die Leichenschau auch weiterhin selber auszuüben. Dies würde die Qualität der Leichenschau erhöhen und eine mögliche Dunkelziffer an „nicht natürlichen“ Todesfällen verringern. Die Abrechnung der Leichenschau ist nicht einheitlich geregelt und erfolgt regional unterschiedlich sowohl direkt, als auch indirekt über die Krankenhäuser, die Feuerwehr oder die Bestatter. Bei den meisten dieser Regelungen erhalten die Notärzte für ihre Leistung keine oder keine dem Aufwand angemessene Honorierung. Eine direkte Vergütung, oder - wie es in Münster der Fall ist - eine Abrechnung über die Feuerwehr, bei welcher der Notarzt indirekt für die zumeist ordnungsgemäß durchgeführte Leichenschau bezahlt wird, wäre wünschenswert.

Von enormer Wichtigkeit erweist sich der intensive Kontakt zwischen Polizei und Notärzten, sowie eine einheitliche Regelung bei der Meldung „unklarer“ und „nicht natürlicher“ Todesfälle.

Bei Todesfällen mit zeitlichem Bezug zu medizinisch-diagnostischen Eingriffen oder Operationen wird momentan in Deutschland mit wenigen Ausnahmen eine „natürliche“ Todesart bescheinigt. Wie in Österreich und in den skandinavischen Ländern üblich, sollten auch für die Bundesrepublik Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit diese Todesfälle im Interesse der Rechtssicherheit untersucht werden können.

Von vielen Autoren wird die Hauptursache für die „Misere der Leichenschau“ in der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz der Länder gesehen, welche die Regelung des Leichenschau- und Obduktionswesens alleine bestimmen und dadurch einem bundeseinheitlichen Leichenschauschein im Wege stehen. Hier ist eine längst überfällige bundeseinheitliche Gesetzgebung zu fordern. Die bundeseinheitliche Einführung von spezialisierten Leichenschauärzten würde einen wesentlichen Beitrag zur Rechtssicherheit leisten und zu einer deutlichen Verbesserung der gegenwärtig unbefriedigenden Situation im deutschen Leichenschauverfahren führen.

5. Zusammenfassung

Aufgrund der Änderung des Bestattungsgesetzes (BestG. NRW) vom 17. Juni 2003 wurden alle Todesbescheinigungen der Stadt Münster sowohl für das gesamte Kalenderjahr 2003 als auch für das erste Halbjahr 2004 erfasst und ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden mit den Ergebnissen der in den Kreisen Steinfurt und Lippe parallel durchgeführten Studien verglichen um die Auswirkung der Gesetzesänderung darzustellen. Die Gesetze zur Durchführung der Leichenschau in den deutschen Bundesländern wurden ausgewertet und in tabellarischer Form dargestellt. Mängel an den verschiedenen Regelungen wurden genannt und mögliche Lösungen erörtert. Von den 4.630 in der Stadt Münster Verstorbenen verstarb der weitaus größte Anteil im Krankenhaus (62,7%), 18% verstarben im Altenheim und 17,6% in der eigenen Wohnung. Lediglich 1,6% verstarben an einem öffentlichen Ort. Die Leichenschau wurde in 63,0% und damit am häufigsten von Krankenhausärzten durchgeführt. Niedergelassene Ärzte führten die Leichenschau in 28,7% und Notärzte in 7,8% der Todesfälle durch. Der prozentuale Anteil der durch Rechtsmediziner durchgeführten Leichenschauen betrug für den Untersuchungszeitraum in der Stadt Münster 0,5%. Die Leichenschauärzte bescheinigten mit 86,9% überwiegend eine „natürliche“ Todesart. In 9,7% der Todesfälle wurde eine „unklare“ und in 3,4% eine „nicht natürliche“ Todesart angegeben. Im Gegensatz dazu bescheinigten die Notärzte die „unklare“ Todesart in 63,9% und die „nicht natürliche“ Todesart in 32,1% der Fälle. Diese Zahlen belegen die Bedeutung der notärztlichen Leichenschau in der Erkennung obiger Todessfälle und somit in der Wahrung der Rechtssicherheit. Nach Inkrafttreten des Bestattungsgesetzes hat nachweislich ein Rückgang der von Notärzten durchgeführten Leichenschauen von 18,9% stattgefunden. Insofern hat das Gesetz seine beabsichtigte Wirkung, die Notärzte von der Pflicht der Leichenschau zu befreien, erreicht. Im Zusammenhang damit steht jedoch auch der Rückgang der insgesamt angegebenen „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesfälle von 23,7% bzw. 39%, was eine Erhöhung des Dunkelfeldes an nicht erkannten „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesfällen zur Folge hat.

Aufgrund der Gesetzesänderung wurde ein Rückgang der von Notärzten als „unklar“ und „nicht natürlich“ klassifizierten Todesfälle von 15,3% festgestellt. Dieser Rückgang wird durch die niedergelassenen Ärzte statistisch nicht ausgeglichen, da deren Beteiligung an der Leichenschau nur um 1,7% angestiegen ist. Da die niedergelassenen Ärzte im Vergleich zu den Notärzten in nur 1,8% der Fälle eine „unklare“ und in 0,1% der Fälle eine „nicht natürliche“ Todesart angaben, besteht die Gefahr, dass sich die Dunkelziffer der nicht als solches erkannten „unklaren“ und „nicht natürlichen“ Todesfällen erhöht hat.

Anhand der tabellarischen Übersichten der gesetzlichen Regelungen zur Leichenschau in den einzelnen Bundesländern und des Wissens über die häufigsten Fehlerquellen bei der ärztlichen Leichenschau sollten folgende Konsequenzen zur Abhilfe der aufgezeigten Mißstände gezogen werden: eine bundeseinheitliche Regelung zur Durchführung der Leichenschau, die bundesweite Einführung der klassischen Dreiteilung der Todesartklassifizierung („natürlich“, „nicht natürlich“ und „unklar“) auf Basis der medizinisch-naturwissenschaftlichen Definition des „natürlichen“ bzw. „nicht natürlichen“ Todes, die Verpflichtung zur Übertragung der Obduktionsergebnisse in den Leichenschauschein und die Möglichkeit für alle Ärzte, einen vorläufigen Leichenschauschein auszustellen. Des Weiteren sollten bundesweit die Notärzte zur Leichenschau verpflichtet werden, da sie in Anbetracht der hohen Anzahl der von ihnen als „unklar“ und „nicht natürlich“ klassifizierten Todesfälle entscheidend zur Klärung dieser Todesfälle beitragen und somit ein wichtiges Instrument in der Qualitätssicherung und der Objektivierung der Leichenschau sind. Die Wiederverpflichtung der Notärzte zur Durchführung der Leichenschau, sowie die Einführung spezialisierter Leichenschauärzte führt zu einer spürbaren Entlastung der niedergelassenen Ärzte in ihrer Tätigkeit als Leichenschauärzte. Dies hätte eine Reduzierung der nicht als solches erkannten meldepflichtigen Todesfälle zur Folge und würde zu einer Minimierung der Dunkelziffer an unerkannten Tötungsdelikten führen.

6. Literaturverzeichnis

BERG, S. und J. DITT (1984):

Aufgaben des Landgerichtsarztes bei unklaren Todesfällen
Med. Sachverständige 84, 129-130

BERNDT, J. und H. ZSCHUCH (1972):

Vermeidbare Fehler bei der Ausfüllung der Totenscheine
Z. ärztliche Fortbildung, 66, 424-427

BERSTER, D.A. (2006):

Die Leichenschau im ländlichen Gebiet des Kreises Steinfurt vor und
nach Einführung des Bestattungsgesetzes
Münster, Diss. Med. Dent.

BREITENFELLER, G., HAID und P. BAYER (1982):

Der Stellenwert der Autopsie in der heutigen Medizin. II. Die klinische
Leichenöffnung
Der Pathologe, 3, 61-65

BRINKMANN, B. und A. DU CHESNE (1993):

Die Misere der ärztlichen Leichenschau in der Bundesrepublik
Deutschland
Die Medizinische Welt, 44, 697-701

BRINKMANN, B. und K. PÜSCHEL (1991):

Definition natürlicher, unnatürlicher, unklarer Tod. Todesursachen-
klärung. Derzeitige Praxis
Medizinrecht, 9, 233-238

- BRINKMANN, B., A. DU CHESNE, B. VENNEMANN (2002):
Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127, 791-795
- BRUNE, A. (1999):
Kritische Überprüfung von Todesbescheinigungen in einem städtischen
Gebiet
Münster, Diss. Med.
- BUHLER, P. (2006):
Die Leichenschau im ländlichen Gebiet des Kreises Lippe vor und nach
Einführung des Bestattungsgesetzes
Münster, Diss. Med. Dent.
- DRESCHER, E.P. (1988):
Ursachen der Verfälschung von Todesursachenstatistiken
Versicherungsmedizin, 40, 134-136
- DU CHESNE, A. und B. BRINKMANN (1997):
Neuregelungen beim Gebrauch der Todesbescheinigungen
Westfälisches Ärzteblatt
- EISENMENGER, W., W. SPANN und E. LIEBHARDT (1982):
Bestattungsgesetze und Praxis der Leichenschau – Eine kritische
Bestandsaufnahme
Beiträge zur gerichtlichen Medizin 40, 49-53
- GAEDEKE, J. (1983):
Handbuch des Friedhofs- und Bestattungsrechtes
Verlag C. Heymanns, Köln 1983

HÖLZEL, D. (1991):

Probleme mit dem Totenschein

Münch. Med. Wochenschrift, 133, 39, 12-17

JANSEN, H.H. (1991):

Todesursachenstatistik und Leichenschau

Zeitschrift für Allgemeinmediziner, 67, 1972-1974

JANSEN, H.H. (1991):

Nutzen der klinischen Sektion für den medizinischen Fortschritt – relativ zur Zahl – aus Sicht des Pathologen

Med. R., 5, 246-248

JANSSEN, W. (1991):

Definition und Diagnose des nicht-natürlichen Todes

Hamburger Ärzteblatt, 45, 6-10

KANNE, G.-U. (1975):

Untersuchungen und Gedanken zum Leichenschauwesen in der BRD.

Münster, Diss. Med. Dent.

KOCH, G. (2003):

Analyse von Todesbescheinigungen in einem abgegrenzten ländlichen Gebiet in der Peripherie eines rechtsmedizinischen Einzugsbereiches im Kreis Lippe

Münster, Diss. Med. Dent.

LEITHOFF, H., R. ENDRIS und J. KLAIBER (1985):

Und noch einmal – Leichenschau und Todesursachen

Beiträge zur gerichtlichen Medizin, 43, 49-53

- LEOPOLD, D. und H. HUNGER (1979):
Die ärztliche Leichenschau. Praktische Hinweise und Analysen
Leipzig: Batrth
- MALLACH, H.-J. und A. WEISER (1983):
Leichenschauprobleme bei der Erd- und Feuerbestattung
Kriminalstatistik, 4, 199-218
- MANZ, A. und D. FLESCHE-JANYS (1991):
Zur Brauchbarkeit von Todesbescheinigungen bei epidemiologischen
Untersuchungen
Öffentliches Gesundheitswesen, 53, 765-775
- MERKEL, H. (1937):
Leichenerscheinungen
Erg. Allg. Path., 33, 1-54
- METTER, D. (1986):
Die Feuerbestattungs-Leichenschau. Eine Untersuchung von 2.470
Fällen
Beitrag zur gerichtlicher Medizin 44, 515-522
- MILTNER, E. (1986):
Ärztliche Konflikte bei der Leichenschau im Krankenhaus
Dtsch. Med. Wschr. 111, (5), 191-195
- MODELMOG, D., R. GOERTCHEN, K. KUNZE, T. MÜNCHOW, N. GRUNOW,
H.-J. TERPE, A. ROCHOLL und K. LEHMANN (1989):
Der gegenwärtige Stellenwert einer annähernd einhundertprozentigen
Obduktionsquote (Görlitzer Studie)
Zeitschrift für klinische Medizin 44, Heft 24, 2167-2171

MODELMOG, D. und R. GOERTCHEN (1992):

Der Stellenwert von Obduktionsergebnissen in Beziehung zu Sektionsfrequenz und amtlicher Todesursachenstatistik (Görlitzer Studie)

Deutsches Ärzteblatt 89, 2174-2177

OEHMICHEN, M. und K.-S. SATERNUS (1985):

Leichenschau und Todesbescheinigung
Kriminalstatistik, 39, 2-5

PENNERS, B.-M. (1985):

Rechtsmedizinische und gerichtsärztliche Aspekte zum Feuerbestattungsgesetz

Öffentliches Gesundheitswesen, 47, (4), 154-158

PRIBILLA, O. (1971):

Exitus in tabula (Tod auf dem Operationstisch)

Juristische Problematik in der Medizin, 1, 149-169

PRIBILLA, O. (1971):

Der ärztliche Kunstfehler

Juristische Problematik in der Medizin, 3, 70-89

PÜSCHEL, K. (1980):

Fehler und Probleme bei der ärztlichen Leichenschau und bei der Ausstellung der Todesbescheinigung

Sonderdruck aus: Materia medica Nordmark, 32/1, 30-38

SCHNEIDER, V. (1981):

Leichenschau und Meldepflicht nicht-natürlicher Todesfälle

Kriminalstatistik 35, 282-289

SCHNEIDER, V. (1987):

Die Leichenschau: ein Leitfaden für Ärzte
Fischer Verlag, Stuttgart und New York

SCHULZE-BECKING, M. (1999):

Kritische Überprüfung von Todesbescheinigungen in einem ländlichen
Gebiet
Münster, Diss. Med. Dent.

SPANN, W. (1980):

Die Leichenschau bei Feuerbestattung
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 105, 241-246

SPANN, W. (1982):

Überlegungen zur Leichenschau, insbesondere zum Problem der
Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod
Der Pathologe, 3, 241-246

STAAK, M. und K.ST. SATERNUS (1981):

Aktuelle Probleme der ärztlichen Leichenschau.
Rheinisches Ärzteblatt, 195-200

TRUBE-BECKER, E. (1991):

Leichenschauschein und Todesursachenstatistik
Versicherungsmedizin, 43, Nr. 2, 37-41

VENNEMANN, A., A. DU CHESNE und B. BRINKMANN (2001) :

Die Praxis der ärztlichen Leichenschau
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 126, Nr. 24, 712-716

VOELTZ, P. (1986):

Probleme der Leichenschau im Notarzteinsatz
Notfallmedizin, 12, 714-722

WAGNER, H.-J. (1990):

Ärztliche Leichenschau
Deutsches Ärzteblatt, 87, Heft 44, 2426-2428

WAIDER, H. und B. MADEA (1992):

Zur ärztlichen und rechtlichen Problematik bei mehrfacher Todes-
bescheinigung
Archiv für Kriminologie 190, 176-182

Gesetze, Verordnungen (Rechtsverordnungen, Polizeiverordnungen, Durchführungsverordnungen), Strafprozessordnung, Anordnungen (Dienstverordnungen)

- G1 Gesetz über das Leichen,- Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern vom 03. Juli 1998, S. 617-623
- G2 Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04. Dezember 1978 (Gesetzblatt DDR Teil I Nr. 1, S. 4-8)
- G3 Runderlass der Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen vom 09. Januar 1995 (Amtsblatt für Brandenburg Nr. 7, S. 30-31)
- G4 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz) vom 02. November 1973 (GVBl. S. 1830)
- G5 Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 22. Oktober 1980 (GVBl. S. 2403)
- G6 Entwurf des Bestattungsgesetzes vom 23. Februar 2001, S. 1-19
- G7 Runderlass des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit und des Thüringer Innenministeriums zur Verwendung, Auskunftserteilung und Aufbewahrung von Totenscheinen, Thüringer Staatsanzeiger Nr. 26, 1994, S. 1839-1846
- G8 Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächsisches Bestattungsgesetz) vom 08. Juli 1994 (GVBl. S. 1321-1341)
- G9 Landesverordnung über das Leichenwesen vom 30. November 1995 (GVBl. S. 395-398)
- G10 Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (Bestattungsgesetz) vom 14. September 1988 (HmbGVBl. S. 167)
- G11 Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes vom 07. Juni 1994 (HmbGVBl. S. 175-178)
- G12 2. Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes vom 30. Januar 2001 (HmbGBVI. Nr. 5)
- G13 Gesetz über das Leichenschauwesen vom 09. November 1992 (GBI. S. 627)
- G14 Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das Leichenwesen vom 07. April 1997 (GBI. S. 129-131)

- G15 Gesetz über die Feuerbestattung vom 15. Mai 1934 (Reichsgesetzblatt S. 380)
- G16 Verordnung zur Durchführung des Feuerbestattungsgesetzes vom 10. August 1938 (Reichsgesetzblatt 1 S. 242)
- G17 Niedersächsisches Rechtsvereinfachungsgesetz vom 30. Juli 1985 (Niedersächsisches GBVI. Nr. 27 / 1985)
- G18 Gesetz über das Leichenwesen vom 29. März 1963 (Niedersächsisches GVBI. Nr. 10 / 1963)
- G19 Verordnung über die Bestattung von Leichen vom 29. Oktober 1964 (Niedersächsisches GVBI. Nr. 22 / 1964)
- G20 3. Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Bestattung von Leichen vom 17. September 1986 (Niedersächsisches GVBI. Nr. 32 / 1986)
- G21 Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz – BestG. NRW) vom 17. Juni 2003 (GVBI. für das Land Nordrhein-Westfalen Nr. 29, S. 313-317)
- G22 Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungsgesetz vom 17. Dezember 1964 (GVBI. I S. 225)
- G23 Verordnung über das Leichenwesen vom 12. März 1965 (GVBI. I S. 63)
- G24 Polizeiverordnung über das Bestattungs- und Leichenwesen vom 18. Dezember 1991 (Amtsblatt des Saarlandes vom 30. Dezember 1991 S. 1414-1420)
- G25 Bestattungsgesetz vom 04. März 1983 (GVBI. S. 69)
- G26 Landesverordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 20. Juni 1983 (GVBI. S. 133)
- G27 Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung) vom 01. März 2001 (Bayrisches GVBI. Nr. 6 / 2001)
- G28 Bestattungsgesetz vom 04. Juli 1983 (Geltungsbereich Baden-Württemberg) (G/75)
- G29 Bestattungsverordnung vom 25. Oktober 2000 (GVBI. Nr. 19, S. 671-692)

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Jan Max Grabowski
 Geburtsdatum/-ort: 23. Juli 1977 in Münster
 Familienstand: ledig

Schulbildung

1984 - 1988 Melanchthon Grundschule in Münster
 1988 - 1990 Ratsgymnasium in Münster
 1990 - 1994 Paul-Gerhardt-Realschule in Münster
 1994 - 1997 Friedensschule in Münster

Zivildienst

1997 - 1998 AWO - Arbeiterwohlfahrt in Münster

Berufsausbildung

1998 – 2000 Ausbildung zum Industriekaufmann
 Paso® Chemie in Münster

Hochschulausbildung

2000 – 2006 Studium der Zahnmedizin an der Westfälischen-
 Wilhelms Universität in Münster

2005 Famulatur an der Universidade Federal de
 Pernambuco in Recife, Brasilien

2005 Famulatur in der privat Zahnärztlichen Praxis für
 ästhetische Zahnheilkunde von Prof. Dr. A. Cabral in
 Recife, Brasilien

2006 Staatsexamen Zahnmedizin,
 Tag der letzten Prüfung: 13. Juli 2006

Münster, den 01. Juni 2006

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. B. Brinkmann aus dem Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster für die Überlassung dieses Themas danken.

Ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. A. Du Chesne, der einen großen Anteil am Gelingen dieser Arbeit hat und ihr Entstehen mit unermüdlichem Engagement sowie konstruktiver Kritik vorangetrieben hat.

Frau Dr. med. C. Kappenstein und Herrn Dr. med. J. Alexewicz danke ich für die von ihnen zur Verfügung gestellten Arbeitsmöglichkeiten.

Den Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes in Münster, Frau Böckermann und Frau Rüsing, danke ich für die freundliche Unterstützung bei der Erfassung der Totenscheine.