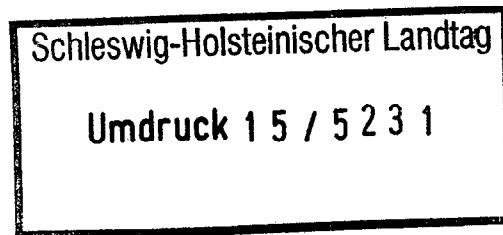


**Anhörung Entwurf eines Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs-
und Friedhofswesen des Landes Schleswig-Holstein
(Bestattungsgesetz – BestG 25.11.04)**



Prof. Dr. med. M. Oehmichen
Institut für Rechtsmedizin des Uni-Klinikums Schleswig-Holstein
- vorgelegt am 25. November 2004 -

Zunächst erlauben Sie mir die Anmerkung, dass ich eine Neufassung des Gesetzes außerordentlich begrüße, da mit jeder Neufassung einige Probleme weniger in der Welt existieren. Auf die positiven Gesichtspunkte werde ich im folgenden nicht eingehen, obgleich sie erwähnenswert wären. Ich werde ausschließlich einige Probleme ansprechen, die aus rechtsmedizinischer Sicht von Bedeutung sind, die sich jedoch deutlich unterscheiden von den Fragen, die bisher angesprochen worden sind.

Im folgenden geht es mir u. a. um Detailfragen, die von unserer Seite überwiegend bereits im Vorfeld der Diskussion des Entwurfes angesprochen worden sind. Mir geht es am Ende jedoch auch um einige prinzipielle Probleme mit ordnungspolitischem Hintergrund, die vor diesem Gremium im Zusammenhang mit der Neufassung ebenso angesprochen werden müssen, wobei jedoch der Zusammenhang mit dem Gesetz weiter verstanden wird.

Zu den Detailfragen:

- Definition „Leiche“ (§ 2,1 Kommentar)

Es darf der körperliche Zusammenhalt durch den Verwesungsprozess noch nicht vollständig aufgehoben sein ...

bzw. Leichenteile sind keine Leichen und unterliegen daher nicht der Bestattungspflicht ...

bzw. nach Ablauf der Ruhezeit (§ 23) fallen Skelette, Leichen oder sonstige Überreste menschlicher Körper nicht unter den Begriff „Leiche“ im Sinne des Gesetzes.

Die Absicht des Gesetzgebers ist klar, wonach sog. Friedhofsleichen oder auch Operationsorgane oder Organteile nicht als „Leiche“ angesehen werden sollen. Andererseits aber hat die Rechtsmedizin ständig mit menschlichen Überresten zu tun, Skeletten, Leichenteilen usw., die unter den forensischen Bedingungen selbstverständlich als „Leiche“ interpretiert werden müssen. So wurde auf einem Autobahnparkplatz bei Lübeck ein eingefrorener Kopf gefunden, zu dem zweifelsohne auch ein Körper gehört, der jedoch nicht zur Verfügung stand. Wir haben somit im Sprachgebrauch unterschiedliche Definitionen. Hätte man hier nicht einen Absatz mehr im Kommentar unterbringen können, der diese unterschiedliche Definition begründet?

- Definition: „Nichtnatürlicher Tod“ (§ 2, Nr. 6)

Ein nichtnatürlicher Tod liegt dann vor, wenn der Tod durch Selbsttötung, einen Unglücksfall oder durch andere Einwirkung, bei der ein Verhalten einer oder eines Dritten ursächlich gewesen ist, eingetreten ist. Diese Definition gilt für alle Fälle einer Gewalteinwirkung, die sichtbar wird: Verkehrsunfall, Erhängen, Erstechen usw..

Im Kommentar wird richtigerweise hinzugefügt: *Ob ein Mensch eines natürlichen Todes gestorben ist oder nicht, ist nicht immer eindeutig.*

Diese Situation aber ist für den leichenschauenden Arzt extrem häufig. Hier hätte sich der Rechtsmediziner gewünscht, die Definition – zumindest im Kommentar – anders oder zusätzlich zu fassen in dem Sinne:

Ein nichtnatürlicher Tod liegt dann vor, wenn ein krankheitsbedingte Todesursache nicht bekannt ist.

Nur dieser Definition kann ein Arzt bei der Leichenschau tatsächlich Rechnung tragen: Besonders deutlich wird die Frage bei der Diskussion um die Diagnose des „plötzlichen Säuglingstodes“: Eine solche Diagnose ist definitionsgemäß nur dann möglich, wenn Missbildung, Krankheit, Intoxikation oder Erstickten bzw. Ertränken durch eine Obduktion ausgeschlossen worden ist. Insofern muss jeder Tod eines Säuglings – per definitionem – als nicht-natürlich angesehen werden, bis das Gegenteil bewiesen ist. Zwar wird im Kommentar zum Teil dazu Stellung genommen, insbesondere durch den Hinweis auf das „relativ jugendliche Alter“, wobei m.E. der Begriff „Säugling und Kind“ mit integriert werden sollte.

- Ärztliche Mitteilungspflicht (§ 6, Nr. 1: Zur Frage der Identität)

... Handelt es sich um eine unbekannte oder nicht sicher zu identifizierende Person, verständigt die ärztliche Person unverzüglich die Polizei.

Hier fehlen Angaben zu der Frage „*nicht sicher zu identifizieren*“. Genügt ein Vergleich mit Personalausweis, kann man sich auf die Angaben der Nachbarn oder das Schild einer Wohnung verlassen? Wer haftet für die Identität – der Arzt? Hier hätte man erwartet, dass klarere Anweisungen gemacht worden wären, zumal bei unbekannter Leiche eine Meldepflicht besteht.

Ein gesondertes Problem entsteht bei der **Leichenschau im Krematorium**. Wenn in der Transportkette irgendwann eine Verwechslung der Leiche stattgefunden haben sollte, kann dies der leichenschauende Arzt im Krematorium nicht feststellen. Hier müsste die Leiche direkt mit Namen versehen werden, ein Vorgang, der im Kommentar hätte vermerkt werden können und müssen.

- Gefährliche Leiche (§ 6, Nr. 2)

Vorgeschriebene Kennzeichnung der Leiche als Infektionsleiche (§ 2, Nr. 3) soll lt. Kommentar erfolgen durch *Anbringen eines Schildes mit der Aufschrift „Infektionsgefahr“ oder einem ähnlichen Hinweis.*

In der Todesbescheinigung soll jedoch der Warnhinweis erfolgen auf *in der Leiche vorhandene Radionukleotide* (vgl. Kommentar § 7, Nr. 1): *Dies dient zum Schutz der weiteren mit der Leiche umgehenden Personen, wie Mitarbeitern der Bestattungsunternehmung usw.* . Warum diese Unterscheidung? Es kann doch dieser Warnhinweis ebenso in Form einer Beschriftung an der Leiche erfolgen wie die Infektionsgefahr.

- Leichenöffnung (§ 9, Nr. 2.2)

Eine Leichenöffnung ist zulässig aus gewichtigem medizinischen Interesse an der Klärung der Todesursache, an der Überprüfung der ärztlichen Diagnose und Therapie (Qualitätssicherung), der Lehre, der medizinischen Forschung und der Epidemiologie. Weitere Zulässigkeitsvoraussetzung ist, dass die verstorbene Person zu Lebzeiten schriftlich dazu eingewilligt hat oder ... der entscheidungsberechtigte Hinterbliebene schriftlich eingewilligt hat.

Hierzu ist festzustellen, dass aus unserer Sicht in Einzelfällen ein gewichtiges medizinisches Interesse im Sinne eines „übergeordneten Interesses“ bestehen kann und daher in solchen Fällen eine Obduktion – auch ohne Einwilligung – möglich sein müsste. Mit dem jetzt vorliegenden Text ist eine solche Obduktion nicht möglich, so dass auch das Problem der „Qualitätssicherung“ in Frage steht. Wenn ferner unter diese Kategorie auch Leichen fallen, in denen den Tod ohne sichere Merkmale für

einen nichtnatürlichen Tod eingetreten ist, können Angehörige auch als potentielle Täter eine Obduktion verweigern und somit ein kriminelles Delikt verdecken.

- Einäscherungen (§ 18, Abs. 1 – Kommentar)

Als Begründung für eine zweite Leichenschau (Krematoriumsleichenschau) wird die Problematik der Todesart aufgeführt. Dieses Vorgehen widerspricht der Praxis und Erfahrung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wonach Leichenschauärzte die Aufgabe haben, die Plausibilität der Todesbescheinigung (Schein-Genauigkeit) zu überprüfen. Es ist vielfache Erfahrung, dass sich auch hinter „sicheren“ Todesursachen, die z. B. durch einen Notarzt attestiert werden, Verdachtsdiagnosen verbergen, die einer Überprüfung nicht standhalten.

Problematisch ist ferner die Feststellung, dass durch eine *„ärztliche Person des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Kreise und Kreisfreien Städte“* zur Leichenschau vor der Einäscherung zugelassen ist, wobei eine besondere Qualifikation dieser Person nicht gefordert wird. Auf der anderen Seite werden hohe Qualitätsanforderungen – zu Recht – für die Ärzte festgeschrieben, die diese Leichenschau alternativ durchführen dürfen: Sie müssen die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Rechtsmedizin“ oder „Pathologie“ besitzen. Welcher Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes verfügt nur annäherungsweise über derartige Qualitätsmerkmale, die diesen Anforderungen auch nur im geringsten gerecht werden?

Problem: Auslandstodesfälle

Eine ärztliche Leichenschau von Auslandstodesfällen wird in Deutschland nicht pflichtgemäß durchgeführt. Man verlässt sich auf die Leichenschau außerhalb der Bundesrepublik. Ausschließlich im Krematorium werden Auslandstodesfälle nochmals besichtigt, wobei jedoch in der Regel keinerlei Kranken- oder Ermittlungsunterlagen zur Verfügung stehen.

Es sollte gesichert werden, dass auch Auslandstodesfälle regelmäßig von einem deutschen Arzt untersucht werden.

Soviel zu den Detailfragen.

Erlauben Sie mir jedoch, zusätzlich auf **zwei grundsätzliche Probleme** einzugehen:

1) *Leichenschau – Ausbildung von Ärzten*

Die Ausbildung von Ärzten in der Leichenschau erfolgt in Lübeck und Kiel auf der Ebene der Studierenden sowie – im Sinne von regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen – auch von approbierten praktizierenden Ärzten. Nichtsdestotrotz besteht zweifelsfrei ein Mangel insofern, als auch in Schleswig-Holstein zum Teil eine Leichenschau schlampig durchgeführt wird und damit die Gefahr gegeben ist, dass nichtnatürliche Todesfälle übersehen werden. Dies möchte ich u. a. am Beispiel der Feuerbestattungs-Obduktionen verdeutlichen:

In Kiel finden ca. 5000 Feuerbestattungen statt, in Lübeck 3000, in Flensburg 2000.

In Kiel werden ca. 2 % der Leichen über das Feuerbestattungsgesetz obduziert, in

Lübeck und Flensburg praktisch nicht. Das heißt unklare Todesfälle gibt es dort nicht, nur in Kiel.

Oder: Es liegt an dem leichenschauenden Arzt. In Kiel ist ein ausgebildeter Rechtsmediziner im Krematorium tätig, der auf diese Weise immer wieder nicht-natürliche Todesfälle heraussucht und obduziert. Sollte nicht auch an anderen Gesundheitsämtern jemand zuständig werden, der eine rechtsmedizinische Ausbildung hat? Wäre nicht ebenso wichtig, zur Plausibilitätskontrolle der Todesbescheinigungen am Gesundheitsamt einen Rechtsmediziner einzustellen, der u. a. auch bei Fragen des nichtnatürlichen oder unklaren Todesfalles tätig sein kann. Es gibt eine Reihe von derartigen Aufgaben, die ein Rechtsmediziner in solchen Position zu bewältigen hätte. Meine Empfehlung: An jedem Gesundheitsamt sollte mindestens ein Rechtsmediziner eingestellt sein.

2) Es liegt ein **Kabinettsbeschluss** vor, wonach das Kabinett **zusammen mit dem Senat von Hamburg** anstrebt, ein Großinstitut für Rechtsmedizin im Sinne eines „Nordinstitutes“ zu etablieren. An der Umsetzungsfähigkeit unserer Landesregierung habe ich keine Zweifel. Diese Absicht würde bedeuten, dass die Institute für Rechtsmedizin aus Kiel, Lübeck und Hamburg zusammengelegt werden, wobei sicherlich Detailfragen noch offen sind.

Wenn dieses Vorhaben realisiert werden sollte, würde einerseits die Ausbildung der Studierenden in der Leichenschau auf ein Minimum reduziert werden müssen und die Fortbildung von approbierten Ärzten in der Leichenschau würde ganz wegfallen. Es würde dann zweifelsfrei der „nichtnatürliche Tod“ zu einem Problem – auch in Schleswig-Holstein –, wie bereits in anderen Bundesländern, insbesondere in

Nordrhein-Westfalen. Von dem dann evtl. notwendig werdenden Leichentourismus, d. h. Transport von Leichen nach Hamburg, ganz zu schweigen.

Es muss den anwesenden Kommissionsmitgliedern klar sein, dass Rechtsmedizin kein Orchideenfach ist wie Sanskrit oder Islamistik bzw. Ethik oder Geschichte der Medizin, sondern ein Fach mit einer Vielzahl an ordnungspolitischen und hoheitlichen Aufgaben, überwiegend auch widerlicher Art, - ein Fach, das zusätzlich noch Forschung und Lehre betreibt. Wenn aus finanziellen Gründen dieses Fach an den Medizinischen Fakultäten in Schleswig-Holstein aufgegeben wird, hilft auch die beste Gesetzgebung nicht. Es würden ganz andere Probleme auf Schleswig-Holstein zukommen.