

Aus dem Institut für Rechtsmedizin und Forensische Wissenschaften
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die ambulante Leichenschau im Rahmen des Leichenschaudienstes
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin –
Eine Standortbestimmung

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Manuela Guggenberger

aus Neustrelitz

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. M. Tsokos
 2. Prof. Dr. med. K. Püschel
 3. Prof. Dr. med. B. Madea

Datum der Promotion: 08.04.2011

I INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
2	MATERIAL UND METHODE	6
3	ERGEBNISSE	8
3.1	Organisierte Leichenschau in Berlin.....	8
3.1.1	Rechtliche Grundlagen der Leichenschau in Berlin.....	8
3.1.2	Entwicklung des Leichenschaudienstes in Berlin nach 1990.....	9
3.1.3	Ärztlicher Leichenschaudienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	11
3.1.3.1	Organisationsstrukturen	11
3.1.3.2	Ablauf der Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“	13
3.1.3.3	Exemplarische Kasuistiken	15
3.2	Statistische Auswertung der Stichprobe.....	23
3.2.1	Auftragslage im Tagesdienst.....	23
3.2.2	Auftraggeber des Leichenschaudienstes	25
3.2.3	Polizeiliche Bearbeitung als „Leichensache“	25
3.2.4	Häufigkeit der Todesart-Atteste.....	25
3.2.5	Mittleres Sterbealter	26
3.2.6	Fahrstrecken und Zeitbedarf pro Leichenschau	28
3.2.7	Betriebswirtschaftliche Ergebnisse der Leichenschau	29
3.3	Münchener Leichenschaudienst.....	30
3.4	Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ in Hamburg.....	34
4	DISKUSSION	36
4.1	Anspruch und Wirklichkeit.....	36
4.2	Rechtliche Grundlagen der Leichenschau in Berlin.....	37
4.2.1	Allgemeines	37
4.2.2	Erörterung bestattungsrechtlicher Problematik an ausgewählten Beispielen	38
4.3	Problematik der organisierten Leichenschau.....	43
4.3.1	Vorbemerkung	43
4.3.2	Wirtschaftliche Aspekte.....	44
4.3.3	Problematik der Berliner Leichenschau bei aufgefundenen Verstorbenen	51
4.3.4	LKA-Erhebung zur Qualität bereitschaftsärztlicher Leichenschau	53
4.3.5	Vorschläge zur Einsparung von Polizeieinsätzen	55
4.3.6	Schnittstellen ärztlicher Leichenschau	57
4.4	Berliner Leichenschau im Großstadtvergleich mit Hamburg und München.....	59
4.5	Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Berliner Leichenschau	64
4.5.1	78. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister 2007.....	64
4.5.2	Ärztliche Interessenkonflikte	65
4.5.3	Zentraler Ärztlicher Leichenschaudienst (ZÄL)	68
4.5.4	Bedingungen einer qualitativ hochwertigen Leichenschau im Bereitschaftsdienst	70
4.5.5	Neuordnung polizeilicher Aufgaben der Berliner Leichenschau	72
4.5.6	Vorschläge zur Novellierung des Berliner Bestattungsgesetzes	74

5	ZUSAMMENFASSUNG	78
II	GLOSSAR	81
III	ANLAGE	83
Anlage Nr. 1:	Berliner Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen	83
Anlage Nr. 2:	Verordnung zur Durchführung des Berliner Bestattungsgesetzes.....	87
Anlage Nr. 3:	§ 159 Strafprozessordnung	92
Anlage Nr. 4:	Nicht vertraulicher Teil des Berliner Leichenschauscheins.....	93
Anlage Nr. 5:	Vertraulicher Teil des Berliner Leichenschauscheines	94
Anlage Nr. 6:	Vorläufige Berliner Todesbescheinigung	95
Anlage Nr. 7:	Berliner Senatsschreiben vom 21.11.2001	96
IV	QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS	99
V	DANKSAGUNG	104
VI	LEBENS LAUF	105
VII	ERKLÄRUNG	106

1 EINLEITUNG

Die Qualität ärztlicher Leichenschau steht bundesweit seit Jahrzehnten in der Kritik. Das Urteil der Fachleute aus Rechtsmedizin und polizeilicher Verbrechensbekämpfung ist einhellig: Der „letzte Dienst“ leichenschauender Ärzte ist häufig ein Schlechter.

So stellte eine große multizentrische Studie unter der Federführung der Rechtsmedizin Münster 1997 fest, dass pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland 11 000 bis 22 000 „nicht natürliche Todesfälle“ als solche nicht erkannt werden und darunter 1 200 bis 2 400 Tötungsdelikte fallen (Brinkmann et al. 1997). In Berlin nahm sich das Landeskriminalamt (LKA) 1998 des Problems an, indem es (geschätzte) 3 500 Exemplare eines „Meldebogens“ in Umlauf brachte. Auf diesem konnten von Schutzpolizisten erkannte Mängel der ärztlichen Leichenschau angekreuzt werden. Die polizeiliche Beobachtung fand bei „aufgefundenen Verstorbenen“ statt, zu denen in Berlin Bereitschaftsärzte zur Leichenschau angefordert werden. Durch die vom Landeskriminalamt Berlin gewählte Form („Meldebogen“) einer vorformulierten Mängelliste werden Berliner Bereitschaftsärzte von der Polizei quasi unter „Generalverdacht“ gestellt, der in der rechtsmedizinischen Literatur auf den ersten Blick gestützt wird. Dort wurden allerdings andere, nur bedingt vergleichbare, Stichproben untersucht (Brinkmann et al. 1997, Gross 2002, Madea und Dettmeyer 2003, Madea 2006, Modelmog und Goertchen 1992, Schneider 1987, Schwerd 1979, Birkholz 2003, Püschel 2006, Peschel und Eisenmenger 1997). Keine dieser Untersuchungen beschäftigte sich mit der hochsensiblen Leichenschausituation „aufgefundener Verstorbenen“ in einem Ballungsgebiet. Während das LKA Berlin in einer Senatsvorlage die Ergebnisse der „Meldebogen“-Aktion monokausal auf Ausbildungsdefizite der Ärzte zurückführte, listete Madea 16 Ursachen für die „Misere der ärztlichen Leichenschau“ auf (Madea 1999). Einen Ausweg aus der Misere sieht Madea in den „flexiblen Lösungsvorschlägen“ der Stadtstaaten Hamburg und Bremen (Madea 1999), die dort bereits praktiziert werden. Auch der Bremer Rechtsmediziner Birkholz bemerkt: „Eine große Anzahl von Fehlern bei der Leichenschau ist nicht nur dem Arzt anzulasten, sondern beruht auf Fehlern im System“ (Birkholz 2003).

Diese Feststellung macht sich diese Arbeit zu eigen, wenn sie die, in der Literatur noch wenig beachteten, wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der organisierten Leichenschau in Berlin beleuchtet. Untersuchungsgegenstand war auch die Zusammenarbeit der Bereitschaftsärzte mit der Berliner Polizei, dem größten Auftraggeber des organisierten Leichenschaudienstes der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin. Die Zusammenarbeit ist von besonderem Interesse, da nach informellen Schätzungen von Ärzten und Polizisten bis zu 80% der „aufgefundenen

Verstorbenen“ nicht von Bereitschaftsärzten, sondern, gemäß § 159 Strafprozessordnung (StPO) und § 6 (2) des Berliner Bestattungsgesetzes, ohne ärztliche Leichenschau nach polizeilicher Untersuchung im Rahmen eines Todesermittlungsverfahrens bestattet werden.

Alle in dieser Arbeit verwendeten Fachbegriffe und Abkürzungen werden im Glossar alphabetisch gelistet und erläutert.

2 MATERIAL UND METHODE

Diese Arbeit sollte ursprünglich auf die Auswertung von Leichenschaudaten des Leichenschaudienstes der KV, des LKA Berlin, des Statistischen Landesamtes sowie der Rechtsmedizin gestützt werden. Die Untersucherin ging von der Annahme aus, dass diese Daten umfassend und vielseitig dokumentiert sein würden. Zur Illustrierung der praktischen Abläufe des Leichenschaudienstes der KV Berlin hatte die Untersucherin eine Kasuistik auf der Grundlage von zwanzig selbstständig durchgeführten Leichenschauen geplant. Dieses Konzept erwies sich als undurchführbar, da einige Berliner Polizeidirektionen ihre Daten nicht für eine zentrale Erfassung zur Verfügung stellten und die KV sich weigerte, die angeforderten Listen der am KV-Dienst teilnehmenden Ärzte für die Verwendung in einer wissenschaftlichen Arbeit zur Verfügung zu stellen. Hilfsweise wurden 62 weitere Leichenschauen, an denen die Untersucherin teilnahm, für die Untersuchung ausgewertet.

Es wurden insgesamt 82 Leichenschauereinsätze prospektiv in den Jahren 2007 bis 2009, ausnahmslos unter der Mitwirkung eines Kollegen, durchgeführt und ausgewertet. Dabei wurde der gesamte Verlauf eines Falles von der telefonischen Auftragsvergabe durch die KV, den individuellen An- und Abfahrtsstrecken, die nachfolgende Ermittlung der jeweiligen Bestattungskostenschuldigen sowie das Rechnungswesen der Leichenschaugebühren protokolliert. Von jedem Einsatz wurden Zeitprofile angefertigt und der individuelle Zeitaufwand den erfassten Einsatzkosten und jeweils erzielten Umsätzen gegenübergestellt. Die Daten der Stichprobe wurden, soweit möglich, mit den verfügbaren Daten der KV, des Statistischen Landesamtes und des LKA Berlin korreliert. Als besonderer Glücksfall der Untersuchung stellte sich die Zusammenarbeit mit dem LKA Berlin heraus. Dort war schon acht Jahre zuvor eine Erhebung zur Qualität der bereitchaftsärztlichen Leichenschau angefertigt worden, welche einige Hypothesen dieser Arbeit stützt.

Die Stichprobe umfasst vornehmlich Dienste im Einsatzgebiet Berlin-Süd des Leichenschauendienstes der KV Berlin. Exemplarisch wurden auch fünf Dienste im Einsatzgebiet Berlin-Nord absolviert. Es wurden 21 Tagesdienste von 07:00 bis 19:00 durchgeführt, von denen zwölf Dienste an einem Wochentag, fünf Dienste samstags und vier Sonntagsdienste stattfanden. Ausgewertet wurden die schon erwähnte Erhebung des LKA Berlin aus dem Jahr 1998 zu den Mängeln der ärztlichen Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“, Gespräche mit Bereitschaftsärzten, Schutz- und Kriminalpolizisten am Einsatzort, eine strukturierte Befragung der an diesem Leichenschauendienst teilnehmenden Bereitschaftsärzte aus dem Jahre 2008 sowie die einschlägige Literatur zu der Thematik.

Alle an der Leichenschau beteiligten Institutionen (Polizei, KV Berlin, Institute für Rechtsmedizin) wurden schriftlich um Bereitstellung relevanter Daten gebeten. Hierbei interessierte vor allem die Erfassung der Verteilung der Todesartatteste „ungewiss“, „natürlich“ und „nicht natürlich“ durch die Bereitschaftsärzte. Mithilfe verfügbarer Daten zur Gesamtmenge der bereitschaftsärztlichen Leichenschauen wurde die Stichprobe auf Vergleichbarkeit geprüft. Des Weiteren wurde aufgrund dieser Daten der durchschnittliche Personalbedarf einer polizeilichen Untersuchung durch Beamte der Verbrechensbekämpfung kalkuliert und den durchschnittlichen Kosten einer ärztlichen Leichenschau in Berlin gegenübergestellt. Durch Abgleich der Stichprobe mit den Daten der Berliner Rechtsmedizinischen Institute wurde der Anteil der Leichenschauen hochgerechnet, die in Berlin im Rahmen eines Todesermittlungsverfahrens durch die Polizei durchgeführt und ohne Mitwirkung der Rechtsmedizin abgeschlossen werden.

Nach der prospektiven Studie untersucht der zweite Teil der Arbeit Organisation und Strukturen der Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ in Hamburg und München. Die Untersuchungen zielen auf den Vergleich Berlins mit zwei Metropolen ab, die als regionale Ballungsgebiete jeweils abweichende Organisationskonzepte der Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“ vorweisen. Dazu wurden die Verantwortlichen der Rechtsmedizinischen Institute sowie der Kriminalpolizei befragt, und, soweit verfügbar, relevante Literatur ausgewertet. Da der Münchner Leichenschauhonorierung eine besondere öffentliche Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde, wurden ebenfalls Medienberichte, Pressemitteilungen sowie der Briefwechsel mit einer Münchner Stadträtin der CSU in die Auswertung einbezogen.

3 ERGEBNISSE

3.1 Organisierte Leichenschau in Berlin

3.1.1 Rechtliche Grundlagen der Leichenschau in Berlin

Die rechtlichen Grundlagen der Leichenschau werden in der Bundesrepublik Deutschland auf Länderebene in den jeweiligen Bestattungsgesetzen oder -verordnungen bzw. in den Gesetzen über das Leichenwesen geregelt. Dementsprechend existieren länderabhängige Abweichungen. Gemeinsam ist allen Ländergesetzen der Leichenschauauftrag an approbierte Ärzte.

In West-Berlin gilt seit 02.11.73 das Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen (Berliner Bestattungsgesetz). Die letzte Fassung vom 19.05.2004 ist für das inzwischen vereinte Stadtgebiet gültig. Hierin regelt der § 5 das unverzügliche Hinzuziehen der Polizeibehörde beim Auffinden einer unbekanntem Leiche. Laut § 6 Abs. 2 ist ebenfalls die Polizeibehörde zu informieren, falls sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte für einen „nicht natürlichen Tod“ ergeben oder das Attest „Todesart ungewiss“ vergeben wird. In diesen Fällen soll die Leichenschau sofort beendet werden. Dieses ist parallel in der Strafprozessordnung (StPO) geregelt. Nach § 159 StPO ist sofort die Polizeibehörde einzuschalten, wenn sich Anhaltspunkte für einen „nicht natürlichen Tod“ ergeben oder es sich um die Leiche eines Unbekannten handelt. Die Definition dieser Anhaltspunkte ist dem Kommentar zur StPO zu entnehmen, wonach diese konkret sein müssen (Meyer-Goßner 2007). Nach Meyer-Goßner (2007) sind diese durch Selbstmord, Unfall, eine rechtswidrige Tat oder durch Einwirkung von außen definiert. Bei „aufgefundenen Verstorbenen“ wird in Berlin von den Bereitschaftsärzten in vielen Fällen die Leichenschau auf die Todesfeststellung verkürzt, indem das Attest „Todesart ungewiss“ vergeben wird. Die Berliner Bereitschaftsärzte nutzen in diesen Fällen einen per Gesetz bzw. dessen Durchführungsverordnung definierten Ermessensspielraum. Der Abbruch der Leichenschau lässt sich in Zweifelsfällen auf die §§ 5 und 6 des Berliner Bestattungsgesetzes sowie den § 159 der StPO stützen. Die Entscheidung zum Abbruch der ärztlichen Leichenschau lässt sich zwanglos durch die nachfolgenden obligaten polizeilichen Untersuchungen legitimieren, welche nicht durch ärztliche Manipulationen am Auffindeort und Leichnam erschwert werden dürfen. In diesem Fall, der bei „aufgefundenen Verstorbenen“ in Berlin recht häufig ist, steht der Arzt nur für den sicheren Tod des Aufgefundenen ein. Eine gesetzliche Ausführungsvorschrift, die Umfang und Umstände der Untersuchung, wie beispielsweise das vollständige Entkleiden des Leichnams, vorgibt, kennt das Berliner Bestattungsgesetz nicht, so wenig wie eine Begründung des Attestes „Todesart ungewiss“.

3.1.2 Entwicklung des Leichenschauendienstes in Berlin nach 1990

Die Vereinigung der Metropole führte zunächst dazu, dass die West-Berliner Leichenschauverhältnisse im gesamten Stadtgebiet einzogen. Nur die Patienten, die im Krankenhaus verstarben, wurden von den Ärzten beschaubar, die sie vorher behandelten. Wer in den eigenen vier Wänden verstarb (Alten- und Pflegeheime eingerechnet), wurde meist von einem Bereitschaftsarzt der KV beschaubar, da die Mehrheit der Berliner Hausärzte die Leichenschau bis 1995 zusammen mit den übrigen Hausbesuchsanforderungen an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) der KV delegierte. Die Bereitschaftsärzte konnten sich bei erwarteten Todesfällen gelegentlich auf ein schriftliches hausärztliches Attest zu Vorerkrankungen stützen oder auf die von den Angehörigen oder Pflegeeinrichtungen bereitgehaltenen Krankenakten. Eher selten wurde ein telefonisches Konsil mit dem Hausarzt während des Einsatzes organisiert. Falls Alter, Krankengeschichte und Auffindesituation kompatibel mit der Annahme einer „natürlichen Todesart“ erschienen, wurde die Leichenschau durchgeführt, andernfalls nach der Todesfeststellung eine „ungewisse Todesart“ attestiert, wodurch auf die vollständige Leichenschau verzichtet werden musste und stattdessen ein Team der Verbrechensbekämpfung eingeschaltet wurde. Diese Abläufe veränderten sich Mitte der neunziger Jahre als Folge des Gesundheitskostendämpfungsgesetzes, wie nachfolgend noch erläutert wird. Es veränderte auch die Zusammenarbeit des ÄBD mit der Polizei. Bei allein lebenden Verstorbenen ohne nahe Angehörige wird in Berlin die ärztliche Leichenschau stets in Gegenwart von zwei Schutzpolizisten durchgeführt. Diese führt in seltenen Fällen der Hausarzt durch, meistens wird aber durch die Polizei ein Bereitschaftsarzt angefordert, der zunächst den sicheren Tod feststellt und diesen zusammen mit einem der drei möglichen Todesart-Atteste („natürlich“, „nicht natürlich“, „ungewiss“) auf dem amtlichen Leichenschauschein bescheinigt. Da bei „aufgefundenen Verstorbenen“ die Hinzuziehung der jeweiligen Hausärzte meist zu langwierig ist, wurden im vereinten Berlin bis 1995 Bereitschaftsärzte der KV von der Polizei zur Leichenschau angefordert. In Berlin sind über 80% der „aufgefundenen Verstorbenen“ Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), weshalb die Berliner Polizei gehalten war, ausschließlich Vertragsärzte dieser Kostenträger zu beauftragen. Dies war nur über den ÄBD der KV möglich, falls kein Hausarzt bekannt bzw. erreichbar war. Diese, bis in die neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts währende, „Zwangskooperation“ der Berliner Polizei mit dem ÄBD der KV war für Ärzte und Polizisten unbefriedigend. Die Gründe dafür waren, neben den geschilderten Abhängigkeiten, in enttäuschten wechselseitigen Erwartungen von Ärzten und Polizisten zu suchen. So mussten Polizeibeamte unkalkulierbar

lange auf die von ihnen angeforderten Bereitschaftsärzte der KV warten, da diese parallel die Patientenversorgung des Hausbesuchsdienstes der KV wahrnahmen. In der Einsatzzentrale herrschte die Maxime: Lebende zuerst! Polizeibeamte beklagten damals Wartezeiten von bis zu zwölf Stunden auf das Eintreffen eines kassenärztlichen Bereitschaftsarztes. Wenn gern zitierte 12-Stunden-Wartezeiten auch Ausnahmen blieben, wurden 1995 von 22 befragten Polizisten durchschnittliche Wartezeiten zwischen drei und fünf Stunden angegeben. Auch Erwartungen von Bereitschaftsärzten an die Polizei wurden gelegentlich enttäuscht, wenn diese während der Wartezeit auf den Arzt keinerlei verwertbare Daten der von ihnen „bewachten“ Verstorbenen ermittelten. In diesen Fällen belastete die Suche nach Ausweisen, Versicherungsdokumenten, Krankenunterlagen, Angehörigen- und Hausarztadressen zusätzlich das Zeitkonto der ärztlichen Leichenschau.

Eine Verschärfung bereitschaftsärztlicher Zielkonflikte durch das Zusammentreffen einer schlechten Datenlage bei „aufgefundenen Verstorbenen“ und gleichzeitigen Krankenbesuchsanforderungen war die Regel. Zusätzlich fühlten sich Bereitschaftsärzte von ihrer Einsatzzentrale unter Druck gesetzt, wenn diese auf eine zeitintensive Leichenschau umsichtig mit der Umleitung weiterer Einsätze an konkurrierende Ärzte aus den Nachbarbezirken reagierten. Dann befürchteten die Ärzte Einnahmeausfälle.

In den Neunzigern veränderte sich diese Situation unter dem Einfluss von zwei parallelen Entwicklungen. Die GKV strich die Leichenschau aus ihrem Leistungskatalog, womit die Leichenschau zur Privatleistung wurde, während zeitgleich die rasante Verbreitung des mobilen Telefonverkehrs die Erreichbarkeit von Ärzten auch außerhalb funkgesteuerter Einsatzfahrzeuge ermöglichte. In der Folge eröffnete sich der Berliner Polizei ein stark verbreitetes Angebot dienstwilliger Ärzte für die Leichenschau, da der Gesetzgeber bis heute, außer der ärztlichen Approbation, keinerlei zusätzliche Qualifikationen zur Ausübung der Leichenschau verlangt. Diese neuen Freiräume wurden von der Berliner Polizei rasch besetzt. Jede der sechs Berliner Polizeidirektionen rekrutiert seither die zur Leichenschau erforderlichen Ärzte nach eigenen Regeln. Auf Nachfrage verneinte das LKA Berlin einheitliche bzw. verbindliche Dienstanweisungen an ihre Polizeidirektionen für die polizeilichen Anforderungen ärztlicher Leichenschauen. Diese werden von den Polizisten nach jeweils eigenen Präferenzen verteilt:

- Dir. 1: Leichenschaudienst der KV Berlin, bei langen Wartezeiten den Arztdienst „ZAK“
- Dir. 2: Leichenschaudienst der KV Berlin, bei langen Wartezeiten „Privatärztlicher Dienst“
- Dir. 3,5,6: keine privaten Arztorganisationen, nur Ärzte der Gefangenensammelstellen
- Dir. 4: „Arztruf“, früher auch „MediPhone“.

Die Zahl der von der Berliner Polizei jährlich angeforderten Leichenschauen durch Bereitschaftsärzte konnte nur in ihrer ungefähren Größenordnung ermittelt werden, da einige der Berliner Polizeidirektionen ihre Daten nur unregelmäßig veröffentlichen. Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass das LKA in den vergangenen vier Jahren jährlich rund 5 000

Leichenschauanforderungen an Bereitschaftsärzte vergab.

Neben den geschilderten abrechnungstechnischen Veränderungen waren auch forensisch begründete Veränderungen in der Zusammenarbeit mit der Polizei zu verzeichnen. Während bis in die neunziger Jahre Bereitschaftsärzte in Berlin zu Suizidenten gerufen wurden, beschränkt die Polizei seit etwa 15 Jahren Bereitschaftsarztanforderungen auf jene Fälle, bei denen prima vista eine „natürliche Todesart“ anzunehmen ist. Bei Indizien auf eine „nicht natürliche Todesart“ werden Todesfälle ohne Bereitschaftsarzt direkt von einem Team der Verbrechensbekämpfung am Fundort abgeklärt.

3.1.3 Ärztlicher Leichenschaudienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

3.1.3.1 Organisationsstrukturen

Wie oben dargelegt, war die Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ eine Quelle steter Unzufriedenheit zwischen den polizeilichen Auftraggebern und den ärztlichen Dienstleistern in Berlin. Nachdem die Leichenschau aus dem Leistungsspektrum der GKV gestrichen wurde, konnten die Leichenschauaufträge der Polizei auch an Nichtkassenärzte vergeben werden. Entsprechend verringerten sich die polizeilichen Anforderungen an die KV Berlin von 1995 bis 2003. Diese Entwicklung konnte auch nicht durch die Einrichtung eines speziellen Leichenschaudienstes durch die KV umgekehrt werden, der 2004 im Zusammenwirken mit dem Rechtsmedizinischen Institut realisiert wurde. Zwei Entwicklungen waren aneinander vorbei gelaufen: Die Polizei suchte und fand dienstbereite Ärzte außerhalb des KV-Bereitschaftsdienstes, während die KV einen speziellen Bereitschaftsdienst gründete, dessen Ärzte sich während ihrer Dienstzeit ausschließlich für Leichenschauen bereithalten sollen. Die von der KV Berlin zur Verfügung gestellten Daten zeigen, dass der neue Leichenschaudienst der KV seit seiner Gründung an chronischem Auftragsmangel leidet, was nachfolgend genauer beschrieben wird. Eine Anfrage bei der Geschäftsführung der KV ergab, dass diese den Leichenschaudienst gründete, ohne mit der Polizei Absprachen bzw. Regelungen zu treffen, in welchem Umfang sie von der Neugründung Gebrauch machen würde.

Am Leichenschauendienst der KV kann jeder approbierte Arzt (auch Nichtkassenärzte) auf Antrag und nach einer Einweisung und Schulung teilnehmen. Es wird dazu ein dreistündiger Einführungskurs des Rechtsmedizinischen Institutes angeboten, der allerdings nicht obligat ist. Derzeit kann jeder Arzt frei zwischen einem jeweils 12-stündigen Tages- oder Nachtdienst wählen. Zwei Ärzte teilen sich pro Schicht das gesamte Berliner Stadtgebiet, welches in Nordbezirke (Mitte, Tiergarten, Wedding, Prenzlauer Berg, Spandau, Charlottenburg, Reinickendorf, Pankow, Weißensee, Hohenschönhausen, Friedrichshain, Lichtenberg) und Südbezirke (Neukölln, Treptow, Kreuzberg, Schöneberg, Wilmersdorf, Zehlendorf, Steglitz, Tempelhof, Marzahn, Hellersdorf, Köpenick) unterteilt ist. Leichenschauanforderungen durch die Einsatzzentrale der KV Berlin erfolgen jeweils telefonisch.

Die täglichen Schwankungen der Einsatzzahlen sind erheblich und lagen in der Vergangenheit zwischen null und elf Einsätzen pro Schicht und Arzt. Die Zahl der Anforderungen wird gelegentlich von der Einsatzzentrale begrenzt, um Wartezeiten der Polizei bei hohem Aufkommen von Leichenschauanforderungen zu vermeiden. In diesem Fall werden von der Polizei oder der KV-Einsatzzentrale zusätzliche Ärzte rekrutiert. Die Begrenzung der Wartezeiten hat Priorität. Bereitschaftsärzte werden gelegentlich gezwungen, Anfahrten abubrechen, falls die Polizei zwischenzeitlich einen schneller verfügbaren Arzt rekrutieren konnte. Ähnliche Priorität genießen Hausärzte, wenn sie erst nach Auftragserteilung an den Bereitschaftsarzt erreicht werden können. Die genannten Prioritäten verschlechtern die ohnehin schwache Auftragslage des Leichenschauendienstes. Ein Vergleich mit der Auftragslage des Hausbesuchsdienstes der KV zeigt ein Verhältnis der Einsatzzahlen von 1:5. Im Gegensatz zum Letzteren erhalten die Ärzte des Leichenschauendienstes weder Einsatzfahrzeug noch Fahrer gestellt. Neben der Polizei gehören Altenheime, Sozialstationen oder Privathaushalte zu den Auftraggebern, die, im Gegensatz zur Polizei, selten zeitliche Vorgaben für den Zeitpunkt der Leichenschau vorgeben. Die Polizei sorgt für kurze Wartezeiten, indem sie ihre Auftragsvergabe an die Bedingung kurzer Reaktionszeiten knüpft und zwischen den oben genannten „Ärztepools“ auswählt. Der Autorin wurde beispielsweise eine Leichenschauanforderung aufgrund einer Reaktionszeitangabe ihrerseits von 70 Minuten nicht erteilt. In zwei weiteren Fällen beauftragte die Polizei einen zweiten Arzt, ohne die betroffenen Ärzte vom organisierten Wettbewerb zu informieren. Die beiden Ärzte erkannten ihre Wettbewerbssituation erst, als sie, nahezu zeitgleich, am Auffindeort der Leiche eintrafen.

Eine gezielte Anfrage beim LKA Berlin ergab, dass dort die personelle Ausstattung des Leichenschauendienstes der KV Berlin mit jeweils zwei Ärzten für das gesamte Stadtgebiet als unzureichend erachtet wird.

3.1.3.2 Ablauf der Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“

Die Abläufe der Leichenschau im Bereitschaftsdienst folgen den dargelegten rechtlichen Vorgaben. Bei „aufgefundenen Verstorbenen“ erhalten die Bereitschaftsärzte den Zutritt zum Auffindeort (in den meisten Fällen eine Wohnung) durch die Polizei. Deren Einsatzteam besteht aus mindestens zwei Polizeibeamten, die entweder im Einsatzfahrzeug, in der Wohnung des Verstorbenen oder in der Nachbarschaft warten. Dieses Team besitzt, neben der Schlüsselgewalt, zumeist Informationen zum Todesfall, häufig profunde Erfahrungen in der Todesartermittlung, geschulte Beobachtungsgabe und gelegentlich ein spezielles Interesse für die Belange der Leichenschau.

Die erste Frage an die Schutzpolizisten gilt etwaigen sicheren Todeszeichen, um die Gefahr zu verringern, bei einem präfinalen Patienten Zeit zu verlieren.

Die zweite Frage gilt der Anwesenheit bzw. dem etwaigen Eintreffen von Angehörigen oder Bezugspersonen des Verstorbenen. Neben dem Erfordernis pietätsgerechten Auftretens dient diese Frage der Einschätzung verfügbarer Datenquellen.

Die dritte Frage gilt den Ausweispapieren oder anwesenden Personen, denen eine Identifizierung zugetraut bzw. zugemutet werden kann. Bei nicht sicher identifizierbaren Verstorbenen muss nach der Todesfeststellung gemäß § 159 StPO ein Team der Verbrechensbekämpfung angefordert werden. Fehlen Ausweispapiere des Verstorbenen, werden ersatzweise auch geeignete Personen zur Identitätsbestimmung herangezogen. Diese Aufgabe wird idealerweise von der Polizei schon während der Wartezeit auf den Bereitschaftsarzt erledigt. Andernfalls eröffnet sich dem Bereitschaftsarzt ein weiterer Ermessensspielraum für ein Abbruchkriterium der Leichenschau. Ist die Zeugenaussage plausibel? Lässt der Zustand der Leiche eine Identitätsbestimmung mit ausreichender Sicherheit zu? Soll die Identität eines verstorbenen Wohnungsinhabers geprüft werden, können die Angaben von Nachbarn mithilfe der anwesenden Polizei über Geburtsdatum, besondere Kennzeichen und Größe des Verstorbenen aus dem Melderegister geprüft werden. Diese Plausibilitätskontrollen stehen im Ermessen des Leichenschauers, den jeder Zweifel an der Identität der Leiche nach § 159 StPO zum Abbruch der Leichenschau legitimiert.

Dieser Informationsaustausch mit der Polizei vor Ort strukturiert den weiteren Ablauf der Leichenschau. Nach der Todesfeststellung gilt für den Bereitschaftsarzt in allen Zweifelsfällen nach § 159 StPO das Primat der Spurensicherung, damit die Arbeit der Beamten der Verbrechensbekämpfung, die für diese speziellen Aspekte der Leichenschau ausgerüstet und ausgebildet sind, nicht erschwert wird. Im Fall deutlicher Leichenerscheinungen (ausgeprägte

Fäulnis) kann der Tod meist aus gehöriger Entfernung attestiert werden. Die Beweggründe für die „distanzierte Todesfeststellung“ werden den anwesenden Polizisten erläutert.

Auch dem Alter des Verstorbenen kommt eine Weichenfunktion für den weiteren Ablauf der Leichenschau zu. Die äußere Leichenschau liefert keine positiven Beweise für das Vorliegen eines natürlichen Todes. Dies bedeutet in der Praxis, dass die umfangreichen Untersuchungsgänge einer Leichenschau durch den Arzt nach der Berliner Gesetzeslage nur dann vertretbar sind, wenn eine plausible und ausreichende Datenlage eine „natürliche Todesart“ zum Zeitpunkt der Leichenschau wahrscheinlich macht. Das Attest „natürliche Todesart“ stellt bei „aufgefundenen Verstorbenen“ unterhalb der statistischen Lebenserwartung hohe Ansprüche an die Todesursachenermittlung.

Weitere Fragen des Leichenschauers an die Polizisten gelten den Umständen der Auffindesituation in den zumeist abgeschlossenen Wohnungen. Wer hat die Tür geöffnet und wie war sie verschlossen? Waren die Fenster offen oder verschlossen? Gibt es weitere Veränderungen durch die Polizei oder Dritte? Wann wurde der Verstorbene zuletzt gesehen, gehört, gesprochen? Sind Arbeitgeber, behandelnde Ärzte oder Kontaktpersonen bekannt? Alle vor der Leichenschau erhobenen Fakten und Informationen zum Sterbefall werden einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Alle auftretenden Mehrdeutigkeiten oder Widersprüche der Vorabinformationen werden auf Relevanz für die Leichenschau möglichst vor dem Betreten des Auffindeortes, auf jeden Fall aber vor Beginn des praktischen Teils der Leichenschau, geprüft. Auch dies ist im Interesse der Spurensicherheit geboten, um gegebenenfalls direkt nach der Todesfeststellung die Leichenschau abubrechen und die Beamten der Verbrechensbekämpfung einzuschalten.

Nachdem auf dem Weg zur Leiche mögliche Anhaltspunkte für die Zuständigkeit der §§ 5 und 6 des Berliner Bestattungsgesetzes mit den Polizisten erörtert wurden, wird der Auffindeort unter Berücksichtigung der Vorinformationen zur Todesfeststellung betreten. Ebenfalls müssen Raumtemperatur, Heizung, Licht, aufgeschlagene Zeitungen und Abreißkalender neben der Körpertemperatur und den Leichenerscheinungen bei der Todeszeitpunktbestimmung beachtet und in ihrer Kohärenz abgewogen werden.

Die erste oberflächliche Inspektion der Leiche führt zur nächsten Weichenstellung. Lässt die Datenlage zusammen mit dem Zustand der Leiche eine zweifelsfreie Identifizierung zu? Ist die Auffindesituation mit der Annahme eines „natürlichen Todes“ kompatibel? Zur Auffindesituation gehören unter anderem Medikamentenblister, Flaschen, einschlägige Genussmittel und legale oder illegale Drogen. Das Bad als Auffindeort bietet regelmäßige Gelegenheit, forensischen Scharfsinn zu trainieren, da es der häufigste Ort für Stürze mit

blutenden Verletzungen ist, wobei die Beurteilung der Kausalitätsbeziehungen zum Tod einige Erfahrung erfordert. Jeder Zweifel bietet Argumente für den Abbruch der Leichenschau, noch bevor die Lage der Leiche untersuchungsbedingt verändert wurde.

Falls bis dahin alle Weichen auf Fortsetzung der äußeren Leichenschau gestellt waren, wird diese entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin durchgeführt.

Danach, gelegentlich auch im Verlauf, trifft der Bereitschaftsarzt die Entscheidung zwischen den im Berliner Leichenschauschein vorgegebenen drei Todesart-Attesten: „natürlicher Tod“, „nicht natürlicher Tod“, „ungewisse Todesart“. Diese wird jeweils angekreuzt, eine Begründung dieser Entscheidung ist nur im Falle des „nicht natürlichen Todes“ obligat. Entscheidet sich der leichenschauende Arzt für das Attest „Todesart ungewiss“, wird zur Abklärung des impliziten Verdachtes eines „nicht natürlichen Todes“ nach § 159 StPO eine kriminalpolizeiliche Untersuchung erforderlich. In diesem Fall bleiben in Berlin die Schutzpolizisten am Auffindeort, bis ein Einsatzteam der Verbrechensbekämpfung eintrifft.

3.1.3.3 Exemplarische Kasuistiken

Für diesen Abschnitt wurden sieben Fälle ausgewählt, die für die Illustrierung der Tätigkeit im Berliner Leichenschauendienst geeignet erscheinen. Sie sollen die verfügbare Literatur ergänzen, die bisher von den Erfahrungen im Sektionssaal dominiert wird.

Fall 1:

Die Leichenschauanforderung erfolgt durch ein Altenheim, welches der Leichenschauer zweieinhalb Stunden nach der telefonischen Anforderung erreicht. Die Pflegekraft kann befragt werden und die Krankenakte der 85-Jährigen ist griffbereit und aussagekräftig. Ein rezidivierender Ileus war in den letzten Jahren mehrfach chirurgisch versorgt worden. Schließlich hatte die Patientin angesichts schwerster Komplikationen in Form von Hypokaliämie und Kachexie per Patientenverfügung eine nochmalige Krankenhausbehandlung abgelehnt. Ein arterieller Hypertonus und ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus können als weitere bedeutsame Diagnosen der Akte entnommen werden. Der letzte Krankenhausaufenthalt lag vier Wochen zurück.

Die Verstorbene liegt in einem Zweibettzimmer, in dem sich eine weitere etwa gleichaltrige Bewohnerin befindet. Diese sitzt in etwa zwei Meter Entfernung von der Leiche in einem Rollstuhl und isst ihr Abendbrot. Ihr direkter Blick auf die verstorbene Zimmernachbarin wird

durch einen kleinen Paravent verstellt. Die Zimmernachbarin erwidert die Begrüßung freundlich zurückhaltend mit adäquater Aufmerksamkeit. Die Pflegekraft wird aufgefordert, die Zimmernachbarin der Verstorbenen anderweitig unterzubringen und auf den intensiven Geruch nach Fäkalien aufmerksam gemacht, der nicht nur im Sterbezimmer, sondern schon auf dem Flur wahrnehmbar ist.

Die Leichenschau ergibt keine Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden. Alle erhobenen Befunde sind mit den Angaben der Pflegekraft kompatibel. Auffällig sind die völlig durchweichten Windeln mit einem geschätzten Inhalt von 1 kg Faeces. Es wird der nicht vertrauliche Teil des Leichenschauscheins mit dem Attest „natürlicher Tod“ zurückgelassen. Das erforderliche hausärztliche Konsil kommt erst am nächsten Tag beim zweiten Versuch zustande und beginnt mit einer kleinen Überraschung. „Ach, jetzt bin ich aber doch überrascht. Mit dem Tod von Frau X. habe ich eigentlich nicht gerechnet“, ist die spontane Reaktion der Hausärztin. Auf gezieltes Nachfragen ist zu erfahren: „Einen natürlichen Tod halte ich für absolut wahrscheinlich.“ Eine Spekulation über die wahrscheinlichste Todesursache ist allerdings nicht zu erhalten. Der vertrauliche Teil des Leichenschauscheines wird daraufhin ohne Kausalkette (Unbekannte Todesursache R99.0 nach ICD-10) erstellt.

Für die Honorarrechnung kann kein Bestattungskostenpflichtiger ermittelt werden, da die Pflegeakte darüber keine Informationen enthält und das Bestattungsinstitut (altes Berliner Familienunternehmen) zwar den vertraulichen Teil des Leichenschauscheins entgegennimmt, aber trotz ausdrücklicher Bitte die Herausgabe der Adresse des Rechtsnachfolgers und somit Kostenträgers verweigert. Sie wollen die Rechnung weiterleiten.

Fall 2:

Die Leichenschauanforderung erfolgt um 7:02 Uhr für eine 101-Jährige, die eine Stunde vorher tot in ihrem Pflegebett aufgefunden worden war, ohne dass die Mitarbeiterin der Sozialstation die Situation sicher erkennen bzw. benennen konnte. Der Eintrag in der Pflegeakte um 5:50 Uhr des gleichen Tages vermerkt: „Patientin sehr ruhig, kalt.“ Tags zuvor stand als letzter Eintrag um 22:00 Uhr: „Schaum im Mund.“

Die Wohnung der Verstorbenen wirkt aufgeräumt, die Leichenschau ergibt keine Anhaltspunkte auf etwaige pflegerische Mängel. Allerdings wecken einige Einträge in der Pflegeakte Zweifel, ob alle Pflegekräfte der Sozialstation über genügend Erfahrung für ihre Tätigkeit verfügen. Aufgrund der Leichenerscheinungen ist von einem Todeszeitpunkt zwischen 23:00 Uhr und 2:00 Uhr morgens auszugehen. Es wurde der nicht vertrauliche Teil des Leichenschauscheins für den Bestatter mit dem Attest „natürliche Todesart“ hinterlassen.

Das hausärztliche Konsil kommt noch am gleichen Tag zustande. Die Verstorbene habe schon seit Längerem zwischen Krankenhaus und Wohnung gependelt. Der Kollege habe am Vortag mit der Pflegestation wegen der geringen Trinkmenge konferiert und sich gegen eine erneute Krankenhauseinweisung ausgesprochen. Ein Tod durch Herzschwäche sei sehr wahrscheinlich. Die Zustellung der Rechnung gestaltet sich kompliziert. In der Krankenakte war nur eine Betreuerin sowie der Hinweis auf eine entfernte Verwandte vermerkt. Es meldet sich dann der Bestatter mit der Bitte um den vertraulichen Teil des Leichenschauscheines. Dieser wird ihm zusammen mit der Rechnung zugestellt. Nach einer Woche meldet sich das Bestattungsunternehmen mit einer brieflichen Retoure der Rechnung: „[Es sei] kein finanzieller Spielraum möglich, diese Rechnung zu begleichen. [...] Es tut uns sehr leid.“ Einen Tag später hebt ein Telefonanruf des Bestatters den Inhalt der schriftlichen Honorarverweigerung wieder auf. Die Nachricht sei fälschlich von einem Kollegen verfasst worden. Tatsächlich sei aber noch eine Verzinsung aus dem Bestattungsvertrag mit der 101-Jährigen in unbekannter Höhe zu berücksichtigen. Man könne deshalb schon jetzt, statt der geforderten Summe, eine Abschlagszahlung von 50,00 € anbieten. Dafür bitte man um die erneute Zustellung der Rechnung.

Fall 3:

Die Leichenschauanforderung erfolgt durch die Polizei. Die beiden Schutzpolizisten warten vor der Wohnung und hatten bereits das Folgende ermittelt: Eine Apothekerin vermisste eine 93-jährige Kundin, die üblicherweise einmal die Woche samstags erschienen war. Als der Besuch der alten Dame an diesem Sonnabend ausblieb, war über die Polizei die Türöffnung ihrer Wohnung veranlasst worden. Eine Leiche passenden Alters wurde im Bad aufgefunden, weshalb ein Leichenschauarzt der KV angefordert worden war.

Die Wohnung ist beheizt aber ohne funktionierende elektrische Beleuchtung. Die mutmaßliche Wohnungsinhaberin sitzt mit deutlichen Leichenerscheinungen halb entkleidet auf der Toilette der verwahrlost wirkenden Wohnung. Der Tod ist offensichtlich schon vor mehreren Tagen eingetreten, wie die im Licht einer Taschenlampe deutlich sichtbare Fäulnis ausweist. Da die Leiche nicht identifiziert werden kann (die Polizisten hatten keinen Ausweis gesucht) und deutliche Fäulnisspuren aufweist, wird nach §§ 5 und 6 des Berliner Bestattungsgesetzes die Leichenschau abgebrochen und ein Leichenschauschein mit dem Attest „ungewisse Todesart“ ausgestellt.

Exemplarische Qualität entwickelt dieser Fall in der Nachbereitung, gemeint ist das Liquidationsverfahren. Wie bei unbekanntem Toten üblich, werden die Daten des jeweiligen

Bestattungskostenpflichtigen über den zuständigen Polizeiabschnitt ermittelt. Dort wird man mit dem Leichenkommissariat verbunden, das den Namen des von der Polizei beauftragten Bestatters nennt. Dieser charakterisiert den Fall telefonisch als „Sozialbestattung“, für den Leichenschauer die schlechteste der möglichen Nachrichten, da damit der Träger der Sozialhilfe als öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Rechtsnachfolge antritt. In dieser Situation wird die Leichenschau vom Sozialamt zu reduzierten Sätzen honoriert. Erfahrungsgemäß honoriert in Berlin die „öffentliche Hand“ den Bereitschaftsarzt zum „Sozialtarif“, noch bevor die Rechtsnachfolge des Verstorbenen definitiv geklärt ist. Kann einmal doch ein Bestattungskostenpflichtiger ermittelt werden, erfährt der Bereitschaftsarzt davon nichts, da er bereits abgefunden wurde. In diesem Fall entgehen ihm rund 70% seines Honorars. Die Untersucherin lehnt deshalb die vom Gesundheitsamt erbetene Rechnungslegung ab und schaltet sich stattdessen über das Nachlassgericht in die Erforschung der Rechtsnachfolge ein. Es lässt sich ein Nachlassverwalter ermitteln, der auch mit dem Gesundheitsamt in Kontakt steht und von diesem trotzdem nicht genannt wird. Er bezahlt den vollen Rechnungsbetrag.

Fall 4:

Eine 88-jährige alleinlebende Witwe, in einem neu gebauten Einfamilienhaus lebend, wird von ihrer Tochter, die auf dem gleichen Grundstück ebenfalls ein Haus bewohnt, zwei Stunden vor dem Eintreffen des Leichenschauarztes tot aufgefunden. Die Tochter, eine Tierärztin, führt den Leichenschauer zum Bad im ersten Stock des Hauses, wo die Verstorbene mit deutlich sichtbaren Leichenerscheinungen auf dem Badteppich liegt. Sie hatte offenbar vor ihrem Tod eine Seitenlage auf dem Fußboden eingenommen und den Kopf auf den angewinkelten Arm gebettet. Neben der Leiche liegt eine Decke, auf dem Rand der Badewanne ein Kissen. Die Tochter versichert, an der Situation im Bad nichts verändert zu haben. Weitere Fragen, ob die Türen des zweistöckigen Hauses, die sämtlich geschlossen sind, ebenfalls unverändert geblieben seien, stoßen auf spürbares Unbehagen bzw. Unverständnis. Als Erstes wird die Tochter gebeten, Einblick in die Bevorratung der Medikamente, insbesondere der Insulinvorräte mit dem Spritzenbesteck, zu ermöglichen. Die geschilderte Situation scheint weiter abklärungsbedürftig. Einerseits wurde die, nach Angaben der Tochter, demente ältere Dame einmal täglich im Hause der Tochter bewirtet, andererseits schien die Verstorbene völlig eigenständig gewirtschaftet zu haben, da die Tierärztin keinerlei konkrete Angaben zur Medikation machen kann, insbesondere nicht, wo das Insulin bevorratet wurde. Im Kühlschrank, der angemessen gefüllt ist, liegt kein Insulin. Es wird eine gemeinsame Suche nach den Medikamenten der Verstorbenen durch das zweistöckige Haus gestartet. Die Tierärztin spekuliert inzwischen, dass die Mutter, die zuletzt

schlecht gegessen habe, möglicherweise ganz auf Insulin verzichtet habe. Schließlich werden die Medikamente zusammen mit dem außer Gebrauch wirkenden Insulin-P.E.N. im Arbeitszimmer der Verstorbenen gefunden. Da die Gesamtsituation nach der Besichtigung aller Räume des Hauses ausreichend plausibel erscheint, wird nun die Leichenschau im Bad durchgeführt. Die Ergebnisse sind widerspruchsfrei, insbesondere zu der Annahme, dass die 88-Jährige einen halben Tag zuvor eines „natürlichen Todes“ verstorben war.

Am nächsten Tag bestätigt der behandelnde Internist die Vermutung der Tochter, dass die Insulinbehandlung Wochen vor dem Tode eingestellt worden sei. Der internistische Beitrag zur Spekulation über die Kausalkette des Sterbens beschränkt sich auf einen Hinweis auf das Alter der Verstorbenen. Alle aufgefundenen Medikamente werden zusammen mit den Erkrankungen bestätigt.

Fall 5:

Der Betreuer eines 67-jährigen Rentners stellt bei einem Besuch starken Verwesungsgeruch im Hausflur fest. In der Wohnung findet er eine Leiche, die er wegen fortgeschrittener Fäulnis nicht identifizieren kann. Gleichwohl wird er von der Polizei an den Leichenschaudienst der KV verwiesen. Die Leiche liegt mit ausgeprägten Leichenerscheinungen in Rückenlage auf dem Fußboden des Badezimmers. Es zeigt sich auch ein ausgeprägter Madenbefall. Untersuchungen der Leiche und der Wohnung unterbleiben, da nach §§ 5 und 6 des Berliner Bestattungsgesetzes die Polizei hinzugezogen werden muss. Der Betreuer vermutet, dass es sich um die betreute Person handelt, die offenbar schon mehrere Wochen tot in der unbeheizten Wohnung liegt. Der Betreuer, der sich während der Untersuchung nicht vom Balkon der Wohnung wegbewegt hat, verweigert jede Auskunft zu Art und Umfang seiner Betreuung sowie zum Zeitpunkt, wann er zuletzt die betreute Person lebend angetroffen habe. In der Wartezeit auf die angeforderte Polizei wird noch ein Nachbar befragt, der den Wohnungsinhaber mehrere Wochen nicht mehr gesehen haben will.

Im Anschluss an die Leichenschau entwickelt sich ein umfangreicher Briefwechsel, unterstützt von einem halben Dutzend Telefonaten, mit dem Ziel, einen Rechtsnachfolger des Verstorbenen ausfindig zu machen, dem die Honorarrechnung zugestellt werden könnte. Da der Betreuer auch in der Folge nicht kooperiert, muss der Bestatter über das Rechtsmedizinische Institut ermittelt werden. Dieser war nach Freigabe der Leiche beauftragt worden, sie abzuholen, hatte sie aber an einen zweiten Bestatter herausgeben müssen, nachdem sich ein Rechtsnachfolger des Verstorbenen gemeldet hatte. Der zweite Bestatter weigert sich, die Leichenschaurechnung anzunehmen, geschweige denn, zu honorieren. Er verweigert auch die Herausgabe von Namen

und Adresse des Rechtsnachfolgers des Verstorbenen und kündigt eine „Sozialbestattung“ an. Der daraufhin begonnene Briefwechsel mit dem Gesundheitsamt führte schließlich vier Monate nach der Leichenschau zur zustellungsfähigen Adresse des Rechtsnachfolgers, zusammen mit der rechtskräftigen Erbausschlagung. Jetzt wurde die Honorarrechnung an das Gesundheitsamt geschickt, welches, ein halbes Jahr nach der Leichenschau, in einem Schreiben mitteilt, dass die Honorarrechnung gemäß einer Anordnung der Senatsverwaltung auf 29,91 € zu kürzen sei.

Fall 6:

Ein Anruf der KV-Zentrale auf dem Weg zu einer Leichenschau:

Zentrale: „Wir haben noch einen Auftrag, ohne Pol, in der X-Straße, Einfamilienhaus, Schlüssel steckt in der Tür.“

Untersucherin: „Was soll das heißen?“

Zentrale: „Die Tür ist zugeschlagen und der Schlüssel steckt von außen in der Tür.“

Untersucherin: „Ich verstehe nicht, ist denn außer der Leiche niemand im Haus? Wer hat denn angerufen?“

Zentrale: „Eine Kollegin aus dem ÄBD. Die war davor im Haus und hatte die Patientin tot aufgefunden.“

Untersucherin: „Und ich soll die Leichenschau durchführen?“

Zentrale: „Richtig!“

Untersucherin: „Und es ist sonst niemand im Haus?“

Zentrale: „Richtig.“

Untersucherin: „Aber da muss doch die Polizei vor Ort!“

Zentrale: „Wenn Sie meinen, rufen Sie die Polizei?“

Untersucherin: „Nee, macht Ihr mal!“

Zwei Stunden später warten zwei Einsatzfahrzeuge der Polizei vor einem Einfamilienhaus auf die ärztliche Leichenschau und beginnen die Begrüßung wie folgt:

Polizeibeamter: „Was ist denn das hier für ein Vorgehen?“

Untersucherin: „Das habe ich nicht zu verantworten!“

Polizeibeamter: „Ihre Einsatzzentrale sagte uns, dass Sie schon mal hier waren.“

Untersucherin: „War ich nicht, aber eine Kollegin vom ÄBD, die aber zu spät kam und nur noch den Tod feststellen konnte und offensichtlich keine Zeit für eine Leichenschau hatte.“

Das Einfamilienhaus macht einen ordentlichen Eindruck. Die Türen, der vom Flur abgehenden Räume, sind bis auf einen Raum geöffnet. Von dort macht sich der Schäferhund der Verstorbenen jaulend bemerkbar. In einem Zimmer, das mit einem Bett, einem kleinen Schränkchen sowie mit einem großen runden Tisch möbliert ist, liegt die Verstorbene auf dem Rücken. Fußboden und Tisch sind mit Kontoauszügen übersät, ein abgehobener Telefonhörer liegt zusammen mit dem Telefon in Reichweite der Verstorbenen auf dem Boden, wie auch ein umgestürzter Stuhl. Auf dem Tisch und dem Schränkchen liegen einige wenige Medikamente in teils geöffneten Verpackungen, die auf eine Herz-Kreislaufkrankung hinweisen. Nach kurzer Zeit hat ein Polizist in einer Handtasche der Verstorbenen ihren Ausweis gefunden. Die Gesamtumstände erscheinen widerspruchsfrei zu den Vorinformationen. Andererseits hatte die Verstorbene mindestens eine Stunde oder länger tot in einem unverschlossenen Haus gelegen. Der Gedanke, die Ermittlungen auch auf den Einsatz einer Kollegin aus dem ÄBD ausdehnen zu müssen, führt zu dem Entschluss, den Einsatz auf die Todesfeststellung zu begrenzen. Diese Entscheidung wird zusammen mit einer kurzen Begründung den anwesenden Polizisten mitgeteilt und der Leichenschauschein mit dem Attest „Todesart ungewiss“ ausgestellt. Dies kommentiert ein Polizist jovial: „Ich finde es anerkennenswert, dass Sie überhaupt daran gedacht haben, eine Leichenschau zu machen.“

Die Adresse der bestattungskostenpflichtigen Tochter war von der Polizei noch am Leichenschauort mitgeteilt worden. Sie weigerte sich allerdings telefonisch, die Rechnung zu begleichen. Der Anrufbeantworter zeichnete Folgendes auf: *„Ja, also, hier ist Frau X. Ich habe jetzt hier eine Rechnung erhalten. Ich kann mich dazu überhaupt nicht äußern. Ich hab' Sie auch nicht beauftragt. Ich bin auch überhaupt nicht im Bilde, wie meine Mutter verstorben ist. Ich bitte um Rückruf, denn ich bin überhaupt nicht bereit, Ihre Rechnung zu bezahlen.“* Nachdem die Anruferin auch die Rechnungsmahnungen unbeachtet ließ, wurde ein Inkassounternehmen beauftragt.

Der beschriebene Fall scheint aus rechtlicher Sicht einfach zu sein. Falls die Informationen aus der Zentrale zutreffend sind, ist der Bereitschaftsärztin vom ÄBD fehlerhaftes Verhalten vorzuwerfen. In diesen Vorwurf wird sich allerdings auch die Einsatzzentrale, die stets mit mehreren Personen besetzt ist (an jenem Tag auch mit einem Beratungsarzt), einbeziehen lassen müssen. Selbst wenn die Bereitschaftsärztin keinen Leichenschauschein mit sich führte oder persönlich indisponiert war, hätte sie die Verstorbene nicht in einem unverschlossenen Haus zurücklassen dürfen. Ein konkurrierender gesetzlicher Anspruch aus einem Notfall heraus lässt sich im Bereitschaftsdienst weniger leicht konstruieren, wie etwa im Rahmen eines

Notarzteinsatzes. Die Situation war schwierig, da ihre korrekte Handhabung im Hinblick auf das Gebot der Kollegialität einige Kopfschmerzen verursachte.

Fall 7:

Eine ältere Frau öffnet mit verweinten Augen die Tür und berichtet, dass ihr 94-jähriger Mann etwa zwei Stunden zuvor „eingeschlafen“ sei. Sein Tod sei schon länger erwartet worden, da er seit Wochen jede Nahrungsaufnahme verweigert habe. Eine Pflegeakte bestätigt die geschilderte Situation sowie gelegentliche Hausarztbesuche. Der Verstorbene liegt im Ehebett vollständig durch eine Bettdecke zugedeckt. Nur das rechte Bein steht etwas abgespreizt unter der Bettdecke hervor und zeigt im durchgestreckten Kniegelenk, bei scheinbar völlig fehlender Muskulatur, eine unnatürliche Starre. Das Knie war offenbar vor langer Zeit einem Eingriff unterzogen worden. Es hatte dabei neben der Funktion auch seine natürliche Form verloren. Der Verstorbene ist kalkweiß und bis zum Skelett abgemagert. Die Bauchdecke des Verstorbenen ist offenbar von dorsal zeltartig über eine schräg nach oben ragende Stange gespannt, die vom Rücken her tief in das Abdomen eingedrungen sein musste. Das frische Bettlaken zeigt keinerlei Spuren von Blut oder Sekret, auch nicht, als der Leichnam ein Stück um seine Längsachse gedreht wird.

Vorsichtig wird der Fremdkörper unter der Bauchdecke betastet. Die Struktur ist nicht mobilisierbar und scheint, bei genauerer Betrachtung, mit dem Xiphoid verwachsen. Die Leichenschau wird bei erheblichem Klärungsbedarf zu Ende geführt und bietet dabei keine weiteren Besonderheiten. Die im Wohnzimmer wartende Ehefrau hat Tee gebrüht und berichtet, im Verlauf des Gesprächs immer lebhafter werdend, aus der langen Krankengeschichte ihres Mannes. Dieser hatte sich im Zweiten Weltkrieg auf „Deutschem Boden“ einen Beinschuss zugezogen, welcher „vom Professor Sauerbruch“ prothetisch versorgt worden war. Nach dem Krieg habe der Verstorbene lange Jahre unter Ess- und Schluckstörungen gelitten, bis ihm Anfang der siebziger Jahre von Professor Bücherl ein „Rohr eingebaut“ worden sei. Dies sei damals eine Sensation gewesen und habe lange Jahre Besserung gebracht. Erst in den letzten Jahren sei das Essen wieder eine Qual gewesen und ihr Ehemann habe stark an Gewicht verloren.

Nachdem die Fragen zur historischen Chirurgie einer alten Mageneingangsstenose geklärt werden konnten, wurde der Leichenschauschein mit dem Attest „natürlicher Tod“ ausgehändigt.

3.2 Statistische Auswertung der Stichprobe

3.2.1 Auftragslage im Tagesdienst

Es wurden 21 Tagesdienste (07:00 Uhr bis 19:00 Uhr) absolviert. Zwölf Dienste fanden mittwochs, fünf Dienste samstags und vier Dienste sonntags statt. Es wurden keine Nachtdienste absolviert. Angaben der KV zufolge waren die Anforderungen in den Tagesdiensten ca. 40% häufiger als in den Nachtdiensten.

76% der Dienste wurden im Bereich Berlin-Süd wahrgenommen. Zur Kontrolle wurden auch fünf Dienste im Bereich Berlin-Nord durchgeführt. Bedeutsame Unterschiede wurden zwischen den Nord- und Süddiensten nicht festgestellt.

Im Ergebnis korrelierten die Auftragszahlen aus den Bezirken nicht mit deren Bevölkerungsdichte. Die Leichenschauanforderungen bildeten weder an einzelnen Tagen noch in der Quersumme die Bevölkerungsdichte der einzelnen Bezirke ab. Auffällig war eine deutliche Überrepräsentation einzelner Bezirke. Es dominierte Neukölln (39%) vor Hellersdorf (13%) und Köpenick (10%).

In der Stichprobe lag der Mittelwert der Anforderungen pro Tagesdienst bei 3,9. Der Mittelwert auf die Gesamtmenge (alle KV-Dienste mittwochs und am Wochenende des Untersuchungszeitraums) bezogen, betrug nach Angaben der KV 3,82 Anforderungen. Die Überprüfung des Mittelwertes der Stichprobe gegen den Sollwert von 3,82 erfolgte mit einfachem T-Test. Der P-Wert des T-Test beträgt 0,862, zeigte also keine signifikante Abweichung des Stichprobenmittel vom Vergleichswert an.

Der Tagesdurchschnitt aller Einsatzgebiete (Nord und Süd) lag nach KV-Angaben bei 3,5 Verstorbenen pro Dienst.

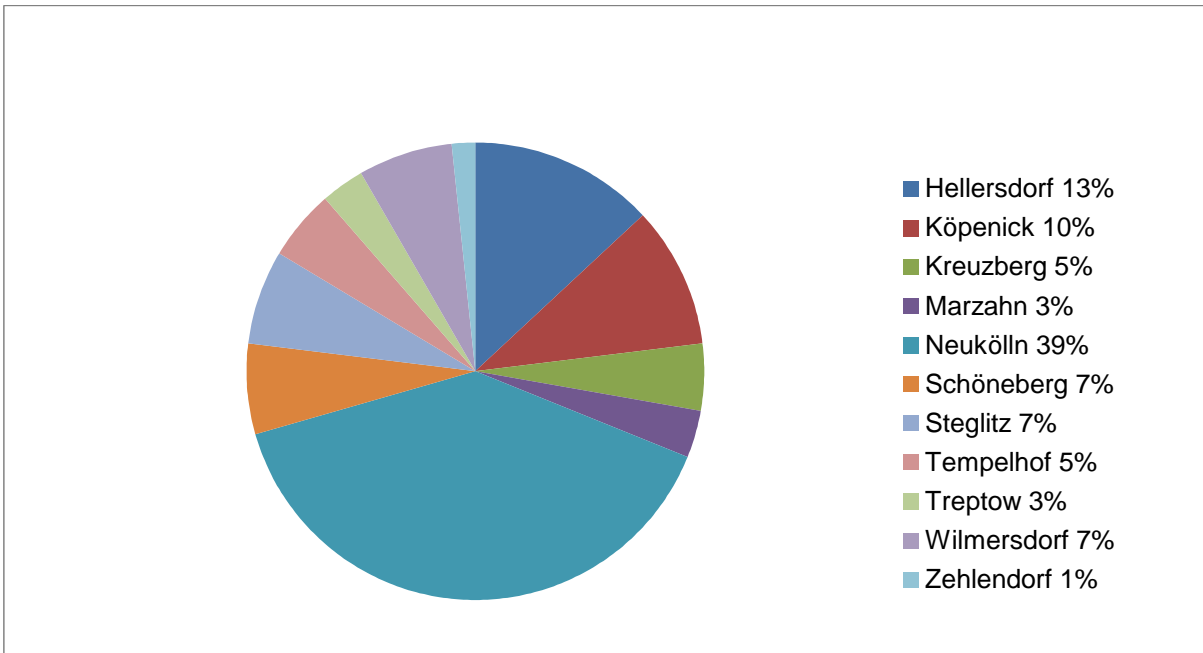


Abb. 1: Auftragsverteilung der Stichprobe im ÄBD Süd im Untersuchungszeitraum

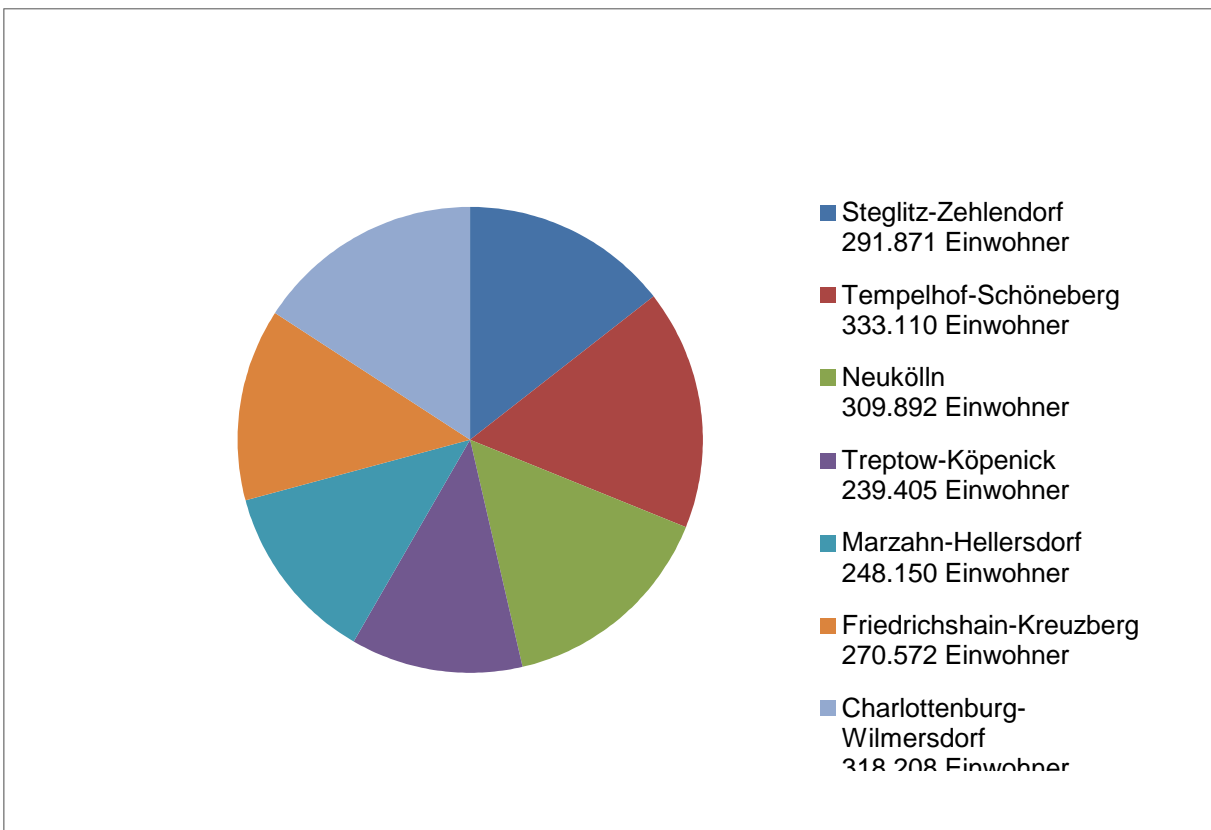


Abb. 2: Bevölkerungsstruktur der untersuchten Bezirke, Stand 31.12.2008

3.2.2 Auftraggeber des Leichenschauendienstes

Die Polizei war mit 45% der Anforderungen der wichtigste Auftraggeber des Leichenschauendienstes. Von 82 durchgeführten Leichenschauen waren 28 Anforderungen durch Altenheime, 17 Anforderungen von Privatpersonen oder Sozialstationen und 37 Anforderungen durch die Polizei erfolgt. In zwei Fällen war die Polizei vom Leichenschauer nachgefordert worden. Insgesamt erfolgten drei Abbrüche durch die Einsatzzentrale, davon zwei Abbrüche vor Fahrtantritt. Eine Anforderung wurde erst nach 17 km Anfahrt abgebrochen. In diesen Fällen erfolgte eine parallele Anforderung mehrerer Ärzte (Haus- bzw. Notarzt), die früher am Auffindeort eintrafen.

3.2.3 Polizeiliche Bearbeitung als „Leichensache“

Die Gründe für die Anwesenheit der Polizei waren recht verschieden und nicht in allen Fällen plausibel. Bei den „aufgefundenen Verstorbenen“ fungiert die Polizei als Nachlassschützer und veranlasst die ärztliche Leichenschau. Von den 39 Polizeianforderungen waren in knapp der Hälfte der Fälle (18 Leichenschauen) Angehörige zur Nachlasssicherung vor Ort. Bei zwei Leichenschauen wurde die Polizei nachgefordert, in einem Fall aufgrund der Auffindesituation und im zweiten Fall, weil die Leiche wegen starker Fäulnis nicht identifiziert werden konnte. Bei acht Polizeileichen waren Leichenschauen für Verstorbene mit starker Fäulnis angefordert worden. In acht der Fälle ging der Leichenschauanforderung ein Notarzteinsatz voraus.

3.2.4 Häufigkeit der Todesart-Atteste

Bei 82 Leichenschauen wurde in 57 Fällen (70%) eine „natürliche Todesart“ und in 25 Fällen (30%) eine „ungewisse Todesart“ attestiert. Das Attest „nicht natürliche Todesart“ wurde nicht vergeben.

Fäulnis und schlechte Datenlage führten am häufigsten zum Abbruch der Leichenschau. Die Häufigkeit der Abbruchgründe verteilte sich wie folgt: 8-mal starke Fäulnis, 7-mal fehlende Angaben zur Krankengeschichte, 3-mal dubiose Auffindesituation, z. B. Zustand nach Sturz im Bad, 2-mal keine Identifikation möglich, 2-mal als Ergebnis des Hausarztkonsils, wenn diese, die Annahme eines natürlichen Todes oder die Todesursache nicht stützten, 1-mal Einnahme von Medikamenten mit geringer therapeutischer Breite (Insulin, orale Antikoagulanzen), 1-mal

Verdacht auf Medikamentenabusus (z. B. Schmerzmittel) und 1-mal Alter unter 60 Jahren ohne bekannte Vorerkrankungen.

Von 39 polizeilich betreuten Verstorbenen wurden bei 14 (36%) eine „natürliche Todesart“ attestiert, 25-mal (64%) wurde das Attest „ungewisse Todart“ nach Abbruch der ärztlichen Leichenschau vergeben. 60% der 25 Verstorbenen, bei denen eine „ungewisse Todesart“ attestiert wurde, blieben im Rahmen des Todesermittlungsverfahrens ohne rechtsmedizinische Untersuchung. 11 der 25 Verstorbenen wurden im Rahmen des Todesermittlungsverfahrens in die Rechtsmedizin verbracht. Hiervon wurden zehn Leichen einer Obduktion unterzogen, ein Leichnam wurde ohne Obduktion von der Staatsanwaltschaft freigegeben. Alle Verstorbenen mit fortgeschrittener Fäulnis wurden ausnahmslos von der Polizei in die Rechtsmedizin verbracht.

3.2.5 Mittleres Sterbealter

Bei der Berechnung des mittleren Sterbealters wurden die nach dem jeweiligen Geburtstag erreichten Monate bis zum Sterbetag, wie allgemein üblich, nicht erfasst.

Das Sterbealter, über die Stichprobe gemittelt, lag bei 78 Jahren. Es zeigen sich hochsignifikante Unterschiede beim Vergleich der „polizeilich aufgefundenen Verstorbenen“ (mittleres Sterbealter 68 Jahre) mit den „Verstorbenen in Obhut“, die vor ihrem Tod in Altenheimen, Sozialstationen oder von Angehörigen zu Hause betreut wurden (mittleres Sterbealter 82 Jahre). Da das Sterbealter bei den „Verstorbenen in der Obhut Befugter“ in dieser Untersuchung keine Normalverteilung (deskriptive Statistik) zeigt, wurde das Signifikanzniveau des Sterbealtervergleichs mit nichtparametrischen Tests (Mann-Whitney-U, Kolmogorov-Smirnov) bestimmt.

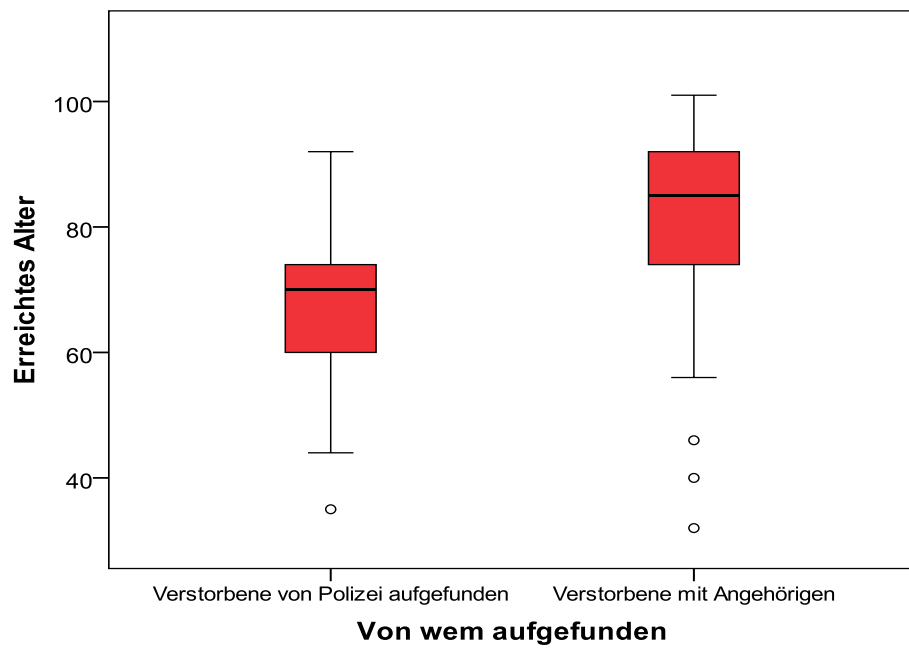


Abb. 3: Boxplot für die Altersverteilung in beiden Gruppen

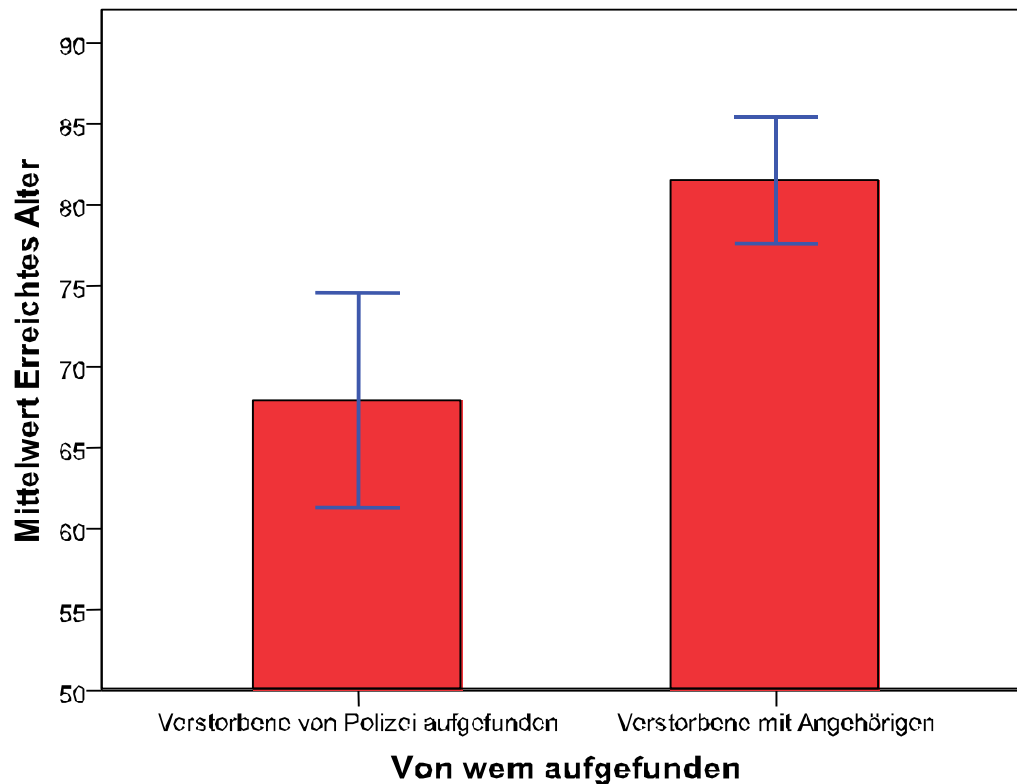


Abb. 4: Mittleres Alter mit 95% Konfidenzintervallen in beiden Gruppen

3.2.6 Fahrstrecken und Zeitbedarf pro Leichenschau

Für jede der 82 Leichenschauen wurde im Einsatzprotokoll ein Zeiterfassungskonto angelegt. Die Stichprobe enthält 27 Einzelfahrten sowie 40 Anschlussfahrten, das heißt, es wurden zwei Leichenschauen in Folge durchgeführt. Bei weiteren 15 Einsätzen (Kombifahrt) konnten drei oder mehr Einsätze durchgeführt werden, ohne zwischendurch eine Rückfahrt zum Standort zu absolvieren. Pro Leichenschau wurden durchschnittlich 28 km Fahrweg (Hin- und Rückfahrt) mit einer durchschnittlichen Fahrzeit von 52 Minuten zurückgelegt. Betrachtet man die zurückgelegten Kilometer und die Fahrzeiten jedoch nach Einzelfahrt, Anschlussfahrt und Kombifahrt getrennt, werden die zu erwartenden Unterschiede deutlich. Bei Einzelfahrten wurden im Durchschnitt 38 km mit einer reinen Fahrzeit von 70 Minuten zurückgelegt. Günstiger sah es aus, wenn 2 Aufträge in Folge abgearbeitet werden konnten. Hier war ein durchschnittlicher Fahrweg von 25 km bei einer Fahrzeit von 43 Minuten zu absolvieren. Sind mehrere Anforderungen in Folge abgearbeitet worden, dann betrug die durchschnittliche Fahrstrecke 20 km bei einer Fahrzeit von 38 Minuten.

Die durchschnittliche Einsatzzeit pro Leichenschau betrug 71 Minuten. Diese setzt sich aus durchschnittlicher Zeit für die Leichenschau von 19 Minuten und den aus den Einsatzprotokollen ermittelten durchschnittlichen An- und Rückfahrtszeiten zusammen. Dazu wurde die durchschnittliche Nachbereitungszeit erfasst, die aus den Einsatzprotokollen kalkuliert wurde, sowie die Wartezeiten zwischen den Leichenschauereinsätzen ermittelt. Aus der Summe von Arbeits- und Wartezeiten wurde der durchschnittliche Zeitbedarf pro Leichenschauereinsatz ermittelt. Die Nachbereitung der Leichenschau umfasst das Hausarztkonsil für Informationen zur Kausalkette des Sterbens für den vertraulichen Teil des Leichenschauscheines sowie die Rechnungslegung inklusive Ermittlung des Adressaten bzw. des Rechtsnachfolgers. Dazu gehören Briefwechsel und Telefonate mit Bestattern, Angehörigen, Rechtsmedizinischem Institut oder Gesundheitsämtern sowie der Briefwechsel mit dem Gesundheitsamt bei ordnungsrechtlichen (Sozialamts-) Bestattungen und gegebenenfalls Nachforschungen beim Nachlassgericht. Neben der Rechnung müssen auch die vertraulichen Teile des Leichenschauscheines im verschlossenen Umschlag an die Bestatter bzw. Rechtsnachfolger sowie die jeweils zuständigen Gesundheitsämter versandt werden. Des Weiteren umfasst die Nachbereitung die Kontrolle der Zahlungseingänge, die sich meist wochenlang, in einzelnen Fällen länger als ein Jahr erstreckte. Die durchschnittliche Arbeitszeit für die Nachbereitung des Leichenschauereinsatzes betrug 47 Minuten, woraus eine durchschnittliche Arbeitszeit pro Leichenschau von 118 Minuten resultierte.

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Einsatz pro 12-Stundendienst wurde mit 114 Minuten pro Leichenschau kalkuliert. Daraus resultiert ein Gesamtzeitbedarf von 232 Minuten pro Leichenschau. Jeder Leichenschaudienst dauert theoretisch zwölf Stunden. Bei durchschnittlich 3,9 Leichenschauen pro Dienst fällt rechnerisch pro Einsatz eine Bereithaltungszeit von 114 Minuten an, wenn man die mittleren Arbeitszeiten pro 12-Stundendienst abzieht. Genau betrachtet ist die Bereithaltungszeit rund 20% länger, da sich Ärzte eine Stunde vor Dienstbeginn dienstbereit melden müssen und ihre Leichenschauereinsätze nie bei Dienstende abrechnen, sondern Einsätze stets unabhängig von ihren Dienstzeiten zu Ende führen.

3.2.7 Betriebswirtschaftliche Ergebnisse der Leichenschau

Die Bereitschaftsärzte des Leichenschaudienstes der KV liquidieren ihre Dienstleistung als selbstständige Unternehmer nach der „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ). In Berlin wird die Situation durch zwei Besonderheiten kompliziert. Die Bestattungskostenpflicht liegt häufig bei der „öffentlichen Hand“ und diese mindert generell das GOÄ-Honorar um rund 70%. Eine weitere Komplikation ist die schlechte Zahlungsmoral der Kostenpflichtigen, ergänzt durch eine teilweise mangelhafte Kooperation der Berliner Bestatter. Rund 20% der Honorarrechnungen der Stichprobe mussten über Mahnverfahren beigetrieben werden.

Die Höhe des Wegegeldes wird nach der GOÄ in Abhängigkeit von der Anfahrtstrecke kalkuliert. Diese werden nach drei konzentrischen Distanzzonen berechnet. Es können Erschwernisse bei der Leichenschau über Steigerungsfaktoren in Rechnung gestellt werden, dazu Feiertags- und Nachtzuschläge, Verweilgebühren sowie eine Gebühr für die häufig erforderlichen ärztlichen Konsile mit den behandelnden Ärzten. Wenn sich in der Nachbereitung der Träger der Sozialhilfe als bestattungskostenpflichtig herausstellt, werden Zuschläge, Verweilgebühren, Schwierigkeitsgrade und Konsilleistungen mit gestrichen. Das von der „öffentlichen Hand“ gezahlte Leichenschauhonorar beträgt dann 14,57 €, dazu kommen die Wegegelder. Der Anteil der „Sozialbestattungen“ betrug in der Stichprobe 12%. Bis auf zwei gehörten diese zur Gruppe der „aufgefunden Verstorbenen“.

Der durchschnittliche Zahlungseingang wurde aus dem Quotienten der Summe aller eingegangenen Leichenschauhonorare sowie der Zahl der durchgeführten Leichenschauen ermittelt. Als Stichtag für den Zahlungseingang wurde ein halbes Jahr nach der letzten Rechnungslegung festgelegt, wobei in 80% der Fälle ein Honorareingang zu verzeichnen war. Es wurden fünf Inkassoverfahren eingeleitet, von denen zwei erfolgreich waren.

Pro Leichenschauereinsatz wurde in der Untersuchung ein durchschnittlicher Kostenanteil von 18,40 € ermittelt. Diese Kostenkalkulation setzt sich aus Fahrkosten, Materialpauschale, Telefon- und Portokostenpauschale, Inkassogebühren, KV-Vermittlungsgebühr und Haftpflichtversicherungsbeiträgen zusammen. Es wurde die Betriebskostenkalkulation des ADAC für einen VW-Golf (Fahrstreckenkilometer 0,30 €) zugrunde gelegt und mit dem mittleren Fahrweg von 28 km pro Leichenschau multipliziert. Die durchschnittlichen Betriebskosten des Einsatzfahrzeugs betragen 8,40 € pro Einsatz. Pro Leichenschau wurden durchschnittliche Telefon- und Portokosten sowie Inkassogebühren und die notwendigen Gebühren für die Arzthaftpflichtversicherung und die KV-Vermittlungsgebühr von gerundet 5,00 € ermittelt. Materialkosten für Einmalhandschuhe, Küchenkrepp, Cutterklingen, Desinfektionslösungen etc. wurden mit einem Pauschalbetrag von 5,00 € kalkuliert. Die wirtschaftliche Auswertung der Stichprobe ergab einen Gewinn von brutto 15,57 € pro eingesetzter Stunde. Es wurden alle Konteneingänge addiert (6445,83 €), die kalkulierten Kosten abgezogen (1508,80 €) und die Differenz als Ergebnis vor Steuern durch die aufgewendete Gesamtstundenzahl (317 Stunden) dividiert. Der resultierende Eurobetrag (15,57 €) entspricht dem im Leichenschauereinsatz erzielten Reingewinn pro Stunde. Da das maximale Leichenschauerehonorar der „öffentlichen Hand“ auf 29,91 € begrenzt wurde, beträgt das erzielbare Stundenhonorar für den Leichenschauer nur 2,98 €, falls die Berliner Senatsverwaltung als Kostenträger auftritt.

3.3 Münchner Leichenschauereinsatz

In der Bayerischen Hauptstadt wurde 1995 ein spezieller Leichenschauereinsatz auf Initiative der Münchner Polizei gegründet. Der Zeitpunkt dieser Initiative fiel mit den Auswirkungen des Gesundheitskostendämpfungsgesetzes auf die Honorierung der Leichenschau zusammen. Diese war aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen worden. In der Folge können Leichenschauerehonorare nicht mehr zulasten von Krankenkassen abgerechnet werden, sondern werden den jeweiligen Hinterbliebenen (Bestattungskostenschuldigen) in sogenannter Privatliquidation in Rechnung gestellt. Diese gesundheitspolitische Maßnahme erweiterte bundesweit das Spektrum ärztlicher Leistungsanbieter für Leichenschauen, da vorher nur Vertragspartner der GKV (z. B. Krankenhäuser oder Kassenärzte in freier Niederlassung) Leichenschauen zulasten von Krankenversicherungen abrechnen durften. Nach dem Ausstieg der GKV aus der Leichenschauerehonorierung konnten auch alle anderen an der Leichenschau interessierten Ärzte zu jeweils gleichen Bedingungen abrechnen. Gleichwohl wurde das

Gesundheitskostendämpfungsgesetz, auf die Leichenschaukosten bezogen, seinem Namen nicht gerecht. Die Leichenschauhonorare vervielfachten sich von Gesetzes wegen. Die GKV hatte nämlich die Leichenschauhonorare mit den jeweiligen Vertragspartnern zu einem Bruchteil der GOÄ-Honorare ausgehandelt. Während sich die Vertragsärzte der GKV vor der GOÄ-Abrechnung mit einer Durchschnittsvergütung von ca. 40,00 DM (inklusive Anfahrt) begnügen mussten, können seit Mitte der neunziger Jahre nach GOÄ allein für die Durchführung der Leichenschau bis zu 51,00 € angesetzt werden, da bei etwaigen Erschwernissen im Rahmen der Leichenschau Steigerungsfaktoren abgerechnet werden können. Die verbesserte Honorierung der Leichenschau nach GOÄ bewirkte, neben einem verbreiterten Angebot potenzieller Leistungserbringer, eine zunehmende Hinwendung von Hausärzten zum davor eher ungeliebten „letzten Dienst“ am Patienten. Die meisten der großen Altenheime können seit Einführung der GOÄ-Abrechnung für Leichenschauen diese selbst an Wochenenden ohne Inanspruchnahme externer Leichenschaudienste organisieren.

Für den speziellen Fall „aufgefundener Verstorbener“ entwickelte sich die Leichenschau in den drei verglichenen Ballungszentren unterschiedlich. Während die sechs Berliner Polizeidirektionen seit 1995 mit sechs verschiedenen ärztlichen Leistungsanbietern kooperieren, wurde zur gleichen Zeit in München eine Gemeinschaftsinitiative von Kriminalpolizei und Rechtsmedizin gegründet. Aus dieser ging noch im gleichen Jahr der Münchner Leichenschaudienst hervor, der in den folgenden Jahren die Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ in München konkurrenzlos durchführte.

Der Münchner Leichenschaudienst definiert seinen Zuständigkeitsbereich als „Großraum München“. Er ist damit für die Versorgung von 1 655 000 Einwohnern zuständig, was knapp der halben Berliner Bevölkerung entspricht. Die 2 000 Todesfälle pro Jahr, bei denen in München die Polizei eingeschaltet wird, sind im Verhältnis mit den Berliner Zahlen vergleichbar. Auch die Anlässe für die Zusammenarbeit der Münchner Polizei mit dem Leichenschaudienst ähneln der Berliner Situation. Bei Todesfällen in der Öffentlichkeit, bei „aufgefundenen Verstorbenen“ nach Wohnungsöffnungen oder bei anderen Todesfällen, bei denen die Polizei zugegen ist, wird von der Polizei ein Arzt gesucht, der die Leichenschau durchführt. Den Ausgangspunkt für die Gründung des Münchner Leichenschaudienstes 1995 stellte die Schwierigkeit dar, vor allem nachts oder am Wochenende, einen Arzt für Leichenschauen zu erreichen. Ein vergleichbares Leistungsangebot, wie das des ÄBD in Berlin, existierte vor 1995 in München nicht. Der Münchner Leichenschaudienst wurde bei seiner Gründung am Rechtsmedizinischen Institut der Ludwig-Maximilians-Universität angesiedelt. Unter der Leitung von Rechtsmediziner Dr. Peschel nahmen acht bis zehn Ärzte teil. Überwiegend waren dies Assistenzärzte des

Rechtsmedizinischen Instituts sowie einige niedergelassene Ärzte. Die überschaubare Anzahl der Teilnehmer, der persönliche Austausch und die Regelmäßigkeit, mit der die Ärzte an diesem Dienst teilnahmen, wurde von Dr. Peschel rückblickend als positiv und hilfreich bewertet. Die Polizei verfügte durch die Gründung erstmals rund um die Uhr über einen dienstbereiten Leichenschauer. Die reibungslose Zusammenarbeit und die vertrauensvolle Atmosphäre wurden von Ärzten und Polizei in verschiedenen Verlautbarungen hervorgehoben. Die Polizei reduzierte durch die Zusammenarbeit mit dem speziellen Leichenschaudienst nicht nur Wartezeiten, sondern konnte auch einen gut ausgebildeten Leichenschauer erwarten. Vergab der Leichenschauarzt das Attest „ungeklärte Todesart“ oder „nicht natürliche Todesart“, wartete er das Eintreffen der Kriminalpolizei ab. Bereitschaftsarzt und Beamte der Verbrechensbekämpfung führten in diesen Fällen die Leichenschau gemeinsam durch. Diese fachübergreifende Kooperation, die nach Verlautbarungen beider Organisationen von wechselseitig hoher Akzeptanz geprägt ist, war auch noch bei Abschluss der Untersuchungen zu dieser Arbeit im Sommer 2009 gängige Praxis. Sie hat in Berlin keine Entsprechung. Die erwähnte Kooperation ist ein bemerkenswertes Indiz für die enge Kooperation zwischen Rechtsmedizin und Beamten der Verbrechensbekämpfung in München. Dr. Peschel berichtete, dass in den Anfängen des Leichenschaudienstes jede durchgeführte Leichenschau ausführlich und durchaus kritisch besprochen wurde. Mit zunehmendem Auftragsvolumen des Dienstes, zunächst waren es ca. 800 Leichenschauen pro Jahr, zehn Jahre später wurden über 2 000 Leichen jährlich beschaut, war dies nicht mehr in diesem Umfang zu leisten und man beschränkte sich in der Folge auf die Besprechung der Leichenschauen, die mit dem Attest „natürlicher Tod“ abgeschlossen wurden. Nur hier bestand die Gefahr, wichtige Anhaltspunkte für ein mögliches Fremdverschulden zu übersehen.

Aufgrund der überschaubaren und sehr stabilen Anzahl der Teilnehmer konnte bis zur Neuorganisation des Münchner Leichenschaudienstes 2006 auf organisierte Qualitätssicherungs- oder Einführungskurse verzichtet werden. Zur Einführung in den Leichenschaudienst nahmen Ärzte ein bis zwei Wochen an Sektionen im Rechtsmedizinischen Institut teil und absolvierten danach vier bis fünf Dienste mit einem erfahrenen Kollegen. Für die kontinuierliche Fortbildung sorgten regelmäßige Fallbesprechungen. Qualitätssichernd dürfte auch die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Polizei und Lehrstuhl gewirkt haben. Dr. Peschel berichtete, dass er in den seltenen Fällen, in denen Leichenschauer sich einmal nicht an Qualitätsstandards hielten, (z. B. ordnungsgemäßes Entkleiden der Leiche) ein Hinweis von polizeilicher Seite genügte, um den hohen Qualitätsstandard wieder herzustellen.

Die Liquidation der Leichenschauen war in den ersten Jahren des Leichenschaudienstes für die teilnehmenden Ärzte komfortabel geregelt. Das Leichenschauhonorar wurde nicht, wie gesetzlich vorgeschrieben, differenziert nach GOÄ, sondern pauschalisiert in Rechnung gestellt. Bei den relativ kurzen Anfahrtswegen des Münchner Stadtgebietes wurden an Wochenenden und nachts 120,00 €, ansonsten 100,00 € liquidiert. Die Abrechnung wurde von einem Polizeibeamten erledigt, der auch die Dienstpläne schrieb. Obwohl sich die Größenordnung der Pauschalliquidation an GOÄ-Sätze anlehnte, wurde diese von Bestattern und Rechnungsadressaten als unzulässig und überhöht angegriffen, worauf die betroffenen Ärzte 2005 ihren Dienst einstellten, da sie nicht zu schlechteren Bedingungen arbeiten wollten. Seither wird die Leichenschau vom „Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband“, der zuständigen Berufsvertretung für Ärzte in der Landeshauptstadt München und im Landkreis, organisiert. Die fachliche Betreuung erfolgt nach wie vor durch das Institut für Rechtsmedizin. Die Leichenschau wird nach GOÄ abgerechnet. Anderthalb Jahre nach Einführung dieses „Forensischen Leichenschaudienstes“ äußerte sich Dr. Peschel bei einem ersten Gespräch mit der Autorin im Rahmen dieser Studie auch kritisch über die Qualität des neuen Dienstes. Der Kreis der Teilnehmenden sei gewachsen, die enge Betreuung und Rücksprache sei so nicht mehr möglich. Die erfahrenen ehemaligen Leichenschauärzte würden am neuen Dienst nicht teilnehmen. Nun müssten teilnehmende Ärzte einen zweitägigen Qualitätssicherungskurs absolvieren, der jedoch nicht die enge fachliche Betreuung ersetzen könne.

Nach vier Jahren Erfahrung mit dem „Forensischen Leichenschaudienst“ zieht der Münchner Kriminaldirektor Harald Pickert eine positive Bilanz. Die Polizei sei zufrieden, die Einsatzzeiten kurz und die leichenschauenden Ärzte gut qualifiziert. Wenn er jedoch seinen Bekannten erzähle, zu welchem Preis diese Leistung von den Ärzten erbracht werde, glaube ihm das niemand. Herr Pickert hält eine bessere Honorierung für diese qualifizierte Tätigkeit für unbedingt notwendig (Pickert 2009).

Die aktuellen Fortbildungskurse der Münchner Rechtsmedizin, mit einem Umfang von acht Unterrichtseinheiten, sind für alle interessierten Ärzte offen und für die Teilnahme am Leichenschaudienst verpflichtend. Neben theoretischen Kenntnissen wie gesetzliche Grundlagen, Veranlassung, Verpflichtung, Art und Form der Durchführung, werden die medizinischen Grundlagen der unsicheren und sicheren Todeszeichen, das ärztliche Vorgehen bei der korrekten Untersuchung, die Interpretation von Zeichen eines gewaltsamen Todes, die Feststellungen zur Todeszeit, Todesart und Todesursache vermittelt. In einem zweiten Teil erfolgen Kasuistiken zur

Leichenschau mit Hinweisen auf Gewaltdelikte. Der Kurs schließt mit praktischen Übungen und Untersuchungen an der Leiche.

Der bayerische Leichenschauschein, „Todesbescheinigung“ genannt, geht über die im Berliner Leichenschauschein üblichen Angaben und Dokumentationsmöglichkeiten hinaus. Zunächst bietet er dem leichenschauenden Arzt in einem einleitenden Informationsblatt Hilfestellung zum korrekten Ausfüllen und zu den jeweiligen Adressaten der verschiedenen Durchschriften. Einleitend werden der Hinweis auf das vollständige Entkleiden der Leiche und eine Definition der möglichen Todesarten gegeben. Die bayerische Todesbescheinigung sieht die Unterscheidung zwischen „natürlichem Tod“ und „Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod“ vor. Bei Unklarheiten kann eine „ungeklärte Todesart“ attestiert werden. Die Angaben zum Sterbezeitpunkt und zur Identifikation der Leiche können spezifiziert werden nach eigenen Feststellungen oder Angaben Dritter. Hervorzuheben ist die zwingende Dokumentation der sicheren Todeszeichen. Des Weiteren bietet die bayerische Todesbescheinigung die Möglichkeit, in Freifeldern umfassende Angaben zur Epikrise und den „Anhaltspunkten für eine nicht natürliche Todesart“ zu machen. Unter der Überschrift „Warnhinweise“ werden nicht nur Angaben bezüglich einer Infektionsgefahr abgefragt, zusätzlich besteht auch die Möglichkeit, auf Gefahren durch Herzschrittmacher oder Chemikalien hinzuweisen. Zu bemerken ist ferner, dass diesem Dokument die notwendigen Umschläge zur vertraulichen Weitergabe angefügt sind. Jede Todesbescheinigung enthält auch einen Durchschlag für die berufsrechtlich vorgeschriebene Dokumentation des Leichenschauers und ggf. den Obduzenten.

3.4 Leichenschau „aufgefundener Verstorbenen“ in Hamburg

In Hamburg versterben jährlich ca. 17 000 Personen. Auch hier wird die überwiegende Mehrzahl der Verstorbenen von Klinik- oder Hausärzten beschaut. Unterschiede bei der Leichenschau im Vergleich zu Berlin und München bestehen bei „aufgefundenen Verstorbenen“ sowie bei Verstorbenen in der Öffentlichkeit. Unter dem Primat der Lebensrettung lösen Leichenschauanforderungen (laut Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg) zunächst Notarzteinsätze aus, um gegebenenfalls leblosen aber reanimationspflichtigen Patienten eine schnellstmögliche ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Falls der Notarzt nur den Tod feststellen kann bzw. eine Reanimation abbricht, füllt er in Hamburg meist eine „Vorläufige Bescheinigung des Todes“ aus. Mit diesem Attest werden die Verstorbenen zur äußeren Leichenschau durch einen Rechtsmediziner in das Institut für Rechtsmedizin transportiert.

„Aufgefundene Verstorbene“ nach Wohnungsöffnungen in Anwesenheit der Polizei werden in Hamburg nicht einer Leichenschau durch eine ärztliche Rufbereitschaft, wie etwa in Berlin, zugeführt, sondern direkt in das Rechtsmedizinische Institut gebracht, wo zunächst eine äußere Leichenschau über das weitere Prozedere entscheidet. Auf die Mitwirkung eines Bereitschaftsarztes wird bei diesen „aufgefundenen Verstorbenen“ durchgängig verzichtet. Die Auffindsituation wird durch die Schutzpolizei protokolliert, eine Liste der vor Ort gefundenen Medikamente wird den Rechtsmedizinern übermittelt. Die Entscheidung, ob der Auffindeort des Toten zusätzlich von der Spurensicherung der Kriminalpolizei aufgeklärt wird, treffen im Regelfall die Beamten der Verbrechensbekämpfung in telefonischer Rücksprache mit den jeweiligen Schutzpolizisten vor Ort, anstelle von Bereitschaftsärzten. Bei Anhaltspunkten für Fremdverschulden (bei ca. 260 – 300 Todesfällen pro Jahr) rückt ein Team der Verbrechensbekämpfung aus. In seltenen Fällen wird ein Rechtsmediziner an den Auffindeort gerufen. Es wird in Hamburg ebenfalls versucht, in geeigneten Fällen die Leichenschau durch den Hausarzt erbringen zu lassen. Dies gelinge, nach Auskunft der Hamburger Kriminalpolizei, in ca. 800 Fällen.

Von 17 000 Sterbefällen, die in Hamburg im Jahresdurchschnitt gezählt werden, werden bei 12 000 eine „natürliche Todesart“ attestiert. Durchschnittlich 5 000 Todesfälle werden jährlich von der Hamburger Kriminalpolizei bearbeitet, inklusive 800 bis 900 Nachforschungen von Hinterbliebenenadressen. Bei 1 200 im Krankenhaus Verstorbenen ermittelt die Polizei aufgrund des ärztlichen Attestes „ungewisse Todesart“.

Auch die Hamburger Todesbescheinigung geht in ihren Ausführungsvorschriften weit über den Berliner Leichenschauschein hinaus. Sie umfasst eine Anlage, mit der Leichenschauer instruiert werden, dass eine bestehende Unsicherheit in Bezug auf die Todesursachendiagnose nicht mit dem Attest „natürliche Todesart“ vereinbar ist. Todesarten werden unterschieden nach „ungeklärt“ und „Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod“. Diese Anhaltspunkte müssen wie in Berlin und München näher erläutert werden. Abweichend zu Berlin muss in der Hamburger Todesbescheinigung zusätzlich das Attest „ungeklärte Todesart“ begründet werden. In Hamburg werden, wie in München auch, zusätzliche Angaben zur Identifikation und zum Sterbezeitpunkt abgefragt, mit denen die Erkenntnisquellen nach eigenen Feststellungen oder den Angaben Dritter differenziert werden können. Im Berliner Leichenschauschein gibt es keinen Raum für derartige Hinweise. Todeszeitpunktfeststellungen haben, obwohl in der Praxis mit Unsicherheiten behaftet, hohe versicherungsrechtliche Relevanz. Die Hamburger Todesbescheinigung ermöglicht es dem Arzt, durch Angaben, wann der Verstorbene zuletzt gesprochen oder gesehen wurde oder wann er mit absoluter Sicherheit tot war, ein Zeitfenster

des Todeszeitpunktes zu beschreiben. Ähnlich wie in Bayern, enthält die Todesbescheinigung in Hamburg eine Rubrik „Warnhinweise“, wo zu Hinweisen auf Erkrankungen nach dem Bundesseuchengesetz, seit 2001 ersetzt durch das Infektionsschutzgesetz, Herzschrittmachern und sonstigen Gefährdungen wie Chemikalien etc. Stellung genommen werden muss.

Abweichend zu Berlin, müssen in der Hamburger Todesbescheinigung sichere Todeszeichen konkret benannt werden und es wird abgefragt, wer die Todesursache festgestellt hat. Hier kann auf den behandelnden Arzt oder den Leichenschauer mit oder ohne Konsil des behandelnden Arztes verwiesen werden.

Auch die Hamburger Todesbescheinigung verfügt über Dokumentationsdurchschläge und die notwendigen Umschläge für die vertraulichen Dokumente.

4 DISKUSSION

4.1 Anspruch und Wirklichkeit

Die Ergebnisse aus 82 Leichenschauen dieser prospektiven Studie können selbstverständlich nicht in allen Aspekten den Anspruch erheben, die Berliner Verhältnisse abzubilden.

Beispielsweise konnte die Untersucherin aufgrund ihrer Berufstätigkeit die Leichenschauen nur mittwochs und am Wochenende durchführen, was sich unter anderem auf die Einsatzzahlen sowie das ermittelte Durchschnittshonorar ausgewirkt hat. Auch die Zahl der Leichenschauabbrüche dürfte nicht repräsentativ sein. Diese Untersuchung sollte und konnte nicht das Zeitprofil anderer Bereitschaftsärzte des Leichenschaudienstes der KV abbilden, sondern die Arbeitsabläufe beschreiben, wie sie bei einer von Honorarkürzungen ungetrübten Motivationslage erwartet werden kann. Insoweit mögen die ermittelten Zeitprofile von den Abläufen anderer Bereitschaftsärzte im Leichenschaudienst der KV abweichen. Aus denselben Gründen ist auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse hinsichtlich der Zahl der nachgeforderten Polizeieinsätze eingeschränkt. Obwohl diese Arbeit speziell der Erfassung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Leichenschau galt, ließ sich die Untersucherin trotz großzügiger gesetzlicher Entscheidungsspielräume zum Leichenschauabbruch nicht primär von wirtschaftlichen Erwägungen leiten. Es ging vielmehr darum, das Zeitprofil der ambulanten Leichenschau zu erfassen, wenn fachliche bzw. rechtliche Kriterien die Entscheidung über einen etwaigen Abbruch der Leichenschau dominieren. Es wurde aber bei jedem Leichenschauereinsatz darauf geachtet, dass trotz der wissenschaftlichen Fragestellung der Aufwand der Leichenschau

realitätsnah, also praxistauglich blieb. Wie sich aus der Zeitanalyse der Leichenschauereinsätze herauslesen lässt, wurden keine zeitraubenden Tatortaufklärungen durchgeführt, sondern ausschließlich ein Mindestprogramm abgearbeitet, welches mit dem gesetzlichen Auftrag und einem ungekürzten Leichenschauhonorar kompatibel erscheint.

Der Ablauf der Einsätze wird auf Einflussgrößen untersucht, die für die „Misere der ärztlichen Leichenschau“ (Madea 1999) verantwortlich gemacht werden könnten. Dazu gehört die Analyse der Umsetzung des Berliner Bestattungsgesetzes, die Kooperation mit der Polizei und anderen relevanten behördlichen Schnittstellen. Die Systemanalyse umfasst auch das Abrechnungs- und Inkassowesen und den Umgang mit den Bestattungskostspflichtigen. Die Leichenschauereinsätze wurden einer betriebswirtschaftlichen Bewertung unterzogen, die als Einflussgröße auch schon von Madea erwogen wurde (Madea 1999). Diese Untersuchungen deckten erhebliche, nicht selten strukturelle Mängel bei allen Schnittstellen des Leichenschauwesens auf. Gelegentlich waren dabei auch forensische Aspekte abzuwägen. Erfreulicherweise konnte bis zum Ende der Studie die wissenschaftliche Maxime durchgängig beachtet werden, den Untersuchungsgegenstand nicht durch die Untersuchung selbst zu beeinflussen. Einzig der Leiter des Leichenschaudienstes der KV Berlin, sowie das LKA Berlin wurden über die Untersuchung informiert, als von dort der Zugang zu Daten erbeten wurde. Eine umfänglichere Beschreibung der Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ scheiterte überraschend an der unzureichenden Datenlage des LKA Berlin. Auch eine Anfrage an das Statistische Landesamt Berlin-Brandenburg ergab, dass auch dort keine statistische Erfassung der drei Todesarten existiert.

4.2 Rechtliche Grundlagen der Leichenschau in Berlin

4.2.1 Allgemeines

Die Bestattungsgesetzgebung wird von nahezu allen Autoren als Dreh- und Angelpunkt von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen angeführt. In Berlin schlug das LKA in seiner bereits erwähnten Senatsvorlage aus dem Jahr 2001 eine durchgreifende Novellierung der bestehenden Gesetzgebung vor. Die polizeilichen Änderungsvorschläge fordern die Schaffung eines amtlichen Leichenbeschauers, zusätzlich höhere Honorare (Anpassung bzw. Anhebung der GOÄ-Honorarsätze) für die amtierenden Funktionsträger, die allerdings nur noch eine „Vorläufige Todesbescheinigung“ ausstellen sollen, welches die aktuelle GOÄ-Fassung als Einzelleistung nicht vorsieht. Neun Jahre nach diesen Änderungsvorschlägen ist immer noch

alles beim Alten: Berlins gesetzliche Regelungen zur äußeren Leichenschau sind unverändert und, verglichen mit anderen Bundesländern, arm an präzisierenden Ausführungsvorschriften. Während dies von Rechtsmedizinern und Polizisten seit Jahrzehnten beklagt wird, nutzen die eigentlichen Adressaten der Ausführungsvorschriften, die Haus- und Bereitschaftsärzte, die gesetzlichen Spielräume häufig zur Leistungsverkürzung. Sie reduzieren die Leichenschau auf die Todesfeststellung und entziehen sich auf diese Weise der Dienstverpflichtung zu einer anspruchsvollen und verantwortlichen Kontrollfunktion. Wenig Hoffnung auf gesetzgeberischen Wandel der Verhältnisse spendet die resignierende Feststellung: „Geht es um die gesetzliche Reglementierung neuer Forschungseinrichtungen wie In-vitro-Fertilisation, Forschung an Embryonen oder Gentechnik, überschlägt sich die Gesetzgebung in kürzester Zeit geradezu; geht es dagegen um Probleme im Zusammenhang mit Sterben und Tod des Menschen [...], so registriert man verwundert eine kaum mehr nachvollziehbare Ruhe und Bedächtigkeit“ (Eisenmenger et al. 1994).

4.2.2 Erörterung bestattungsrechtlicher Problematik an ausgewählten Beispielen

Ausgangspunkt jeder Leichenschau ist die Todesfeststellung. Die erforderliche zweifelsfreie Feststellung sicherer Todeszeichen bereitet beim Spezialfall „aufgefundener Verstorbener“ nur höchst ausnahmsweise Probleme und wird daher nicht weiter erörtert.

Nach der Feststellung sicherer Todeszeichen wird das weitere ärztliche Vorgehen in Berlin von 13 Punkten des Leichenschauscheins im Sinne einer Ausführungsverordnung strukturiert, wobei den Punkten Identität und Todesart eine Schlüsselstellung zukommt. (siehe Anlage Nr. 4 und 5) Im nicht vertraulichen Teil des Leichenschauscheins muss sich der Leichenschauer zu folgenden Fragen äußern: Identität, Sterbe- und Fundort, Todeszeitpunkt, Ort sowie Tag und Uhrzeit der Todesfeststellung, behandelnder Arzt, Todesart und Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz, das auf dem Berliner Leichenschauschein noch Bundesseuchengesetz heißt. Im vertraulichen Teil werden Auskünfte über die Art des Todeseintritts, die Todesursache mit Kausalkette, Zusatzangaben bei Unfall sowie Vergiftung und Gewalteinwirkung (einschließlich Selbsttötung), Zusatzangaben bei Totgeborenen und Kindern unter 1 Jahr, Zusatzangaben zu Schwangerschaften und Entbindungen und zu einer gegebenenfalls vorgesehenen Leichenöffnung erfragt.

Die Ausführungsvorschriften formulieren bestattungsrechtliche Zielkonflikte. Nur der behandelnde Arzt kennt die Krankengeschichte des Verstorbenen und hat womöglich auch sein Sterben ärztlich begleitet. Für den Fragenkatalog aus dem vertraulichen Teil des

Leichenschauschein ist er somit bestens gerüstet, denn die Kenntnis der Krankengeschichte erleichtert die vom Gesetzgeber geforderte Rekonstruktion der Pathogenese des Sterbens (Todesursache). Dieses Wissen kann gelegentlich vom Leichenschauer die Einsicht abverlangen, dass seine letzte ärztliche Maßnahme für den Tod ursächlich war. Tritt der Tod aber überraschend oder gar aus scheinbar voller Gesundheit ein, wird die Leichenschau für den Hausarzt nicht einfacher. Die Reflexion der Todesursache kann unversehens in die Einsicht möglicher Versäumnisse münden. Hier verwundert es nicht, dass bei der hausärztlichen Leichenschau die größte Dunkelziffer bei „nicht natürlichen Todesfällen“ geschätzt wird (Thomsen 1994). Damit bestimmen die Bestattungsgesetze den Hausarzt nicht nur zum Datenlieferanten der Todesursachenstatistik, sondern auch zur Kontrollinstanz eigener Leistungen. Ein Bereitschaftsarzt bleibt von den oben geschilderten Abwägungen unbelastet. Der ordnungsgemäße Untersuchungsablauf der Leichenschau mag bei den Angehörigen, wenn er vom Hausarzt durchgeführt wird, wenig Verständnis hervorrufen. Dieses beeinträchtigt den Bereitschaftsarzt, aufgrund seiner Unabhängigkeit von sozialen und wirtschaftlichen Folgebezügen, bei seinen Untersuchungen nicht. Er kann allerdings häufig den gesetzlichen Informationsansprüchen aus dem vertraulichen Teil des Leichenschauscheins nicht genügen, da die äußere Leichenschau in der Regel keine belastbaren Anhaltspunkte zur Herleitung der Todesursache liefert. Es wird sogar die Auffassung vertreten, dass die Todesursachenstatistik selbst bei bekannter Krankengeschichte so fehlerhaft sei, dass sich eine ernsthafte wissenschaftliche Auswertung verbieten würde (Modelmog 1992). Leichnam, Krankengeschichte oder Lebensumstände sind dem Bereitschaftsarzt unbekannt. Den nach dem Bestattungsgesetz und seinen Ausführungsverordnungen geforderten Datenerhebungen bzw. rechtsmedizinischen Abwägungen stehen regelmäßig eine unzureichende Datenlage, seine allseits in Zweifel gezogene Kompetenz sowie nicht selten weitere Erschwernisse des jeweiligen Auffindeortes gegenüber. Diese Gemengelage erfordert stets eine individuelle Rechtsgüterabwägung, für die Ärzte nicht ausgebildet werden. Angesichts der allseitig geäußerten Skepsis gegenüber der ärztlichen Leichenschau, dürften Bereitschaftsärzte bei der komplexen Abwägung ihrer Handlungsmaximen der Fehlervermeidung bei der Leichenschau ein besonderes Gewicht beimessen. Dafür bietet das Berliner Bestattungsgesetz großzügige Ermessensräume, deren Nutzung auch außerhalb Berlins in der rechtsmedizinischen Literatur explizit befürwortet wird (Püschel 2006, Peschel 2007).

Ein Beispiel aus einem der angefertigten Einsatzprotokolle soll die Problematik verdeutlichen: *Die Wohnung eines 66-jährigen Mannes wird auf Initiative des Bruders von der Nachbarin mit Schlüsselgewalt aufgesucht. Der Wohnungsinhaber wird von der Nachbarin zwischen Schrank und einem Doppelbett kniend, nur mit Unterhose und Unterhemd bekleidet, tot aufgefunden. Die daraufhin alarmierte Polizei sichert die Wohnung und fordert einen Bereitschaftsarzt an. Als dieser eintrifft, ist die Nachbarin verschwunden und die anwesenden Polizeibeamten können weder Angaben zur Krankenvorgeschichte machen, noch darüber, ob die Tür nur zugezogen oder auch abgesperrt war. Vor Ort befand sich die Adresse des Hausarztes, der telefonisch einen benignen arteriellen Hochdruck, eine chronisch obstruktive Bronchitis, aber weder eine Herzerkrankung noch eine andere Diagnose als mögliche Todesursache angeben konnte. Die Inspektion des Auffindeortes und der Leiche ergab zunächst keinerlei Hinweise auf einen „nicht natürlichen Tod“. Neben dem Bett standen zwei Inhalationssprays (Nitrolingual und Salbutamol). Die Totenstarre war in allen Extremitäten voll ausgebildet. Der Status der Totenstarre und der Leichenflecken sowie die geringe Differenz von Körper- und Umgebungstemperatur machten einen Todeszeitpunkt von 22 bis 10 Stunden vor der Leichenschau wahrscheinlich. Die 100 kg schwere Leiche war unzugänglich zwischen Bett und Kleiderschrank eingeklemmt. Sie musste unter dem körperlichen Einsatz von 3 Personen (Bereitschaftsarzt mit zwei Polizisten) unter vorheriger Mobilisation des Doppelbettes aus der Auffindesituation heraus in die besser zugängliche und beleuchtete Raummitte verbracht werden. Dies eröffnete neue Perspektiven. Zwischen Kleiderschrank und Wand lehnte eine aufblasbare Sexpuppe, unter der Leiche kam eine halbgefüllte 20-ml-Spritze ohne Kanüle mit einer klaren, vermutlich wässrigen, Flüssigkeit zum Vorschein. Die Polizisten entwickelten daraufhin ein spezifisches Interesse für das Wohnungsinventar, fanden aber nur einige Pornozeitschriften. Angesichts der Neuentdeckungen im Sterbezimmer wurde die Leichenschau abgebrochen und auf die Vollendung der so aufwendig vorbereiteten Leichenschau verzichtet. Die Entscheidung wurde gegenüber den Polizisten mit Zweifeln an einer „natürlichen Todesart“ aufgrund der Gesamtumstände sowie der fehlenden Erfahrung mit der Abklärung komplizierter Auffindeorte begründet.*

Verschiedene Szenarien sollen unter bestattungsrechtlichen Gesichtspunkten diskutiert werden:

1. Der Patient verstarb an einer akuten Exazerbation einer vorher nicht bekannten Erkrankung, z. B. auf dem Weg ins Bett.
Todesart: „Natürlicher Tod“.

2. Der Patient verstarb an einer Exazerbation einer unbekanntes Erkrankung, z. B. in der Folge medikamentös unterstützter autoerotischer Manipulationen im Synergismus einer NO-Intoxikation. Die befreundete Nachbarin könnte einschlägige Utensilien, deren Funktion sie gut kannte, zwischenzeitlich entfernt haben.
Todesart: „Nicht natürlicher Tod“.
3. Der Verstorbene liebte nicht alleine, sondern bediente sich beispielsweise eines Hostessendienstes. Dessen Mitarbeiter(in) führte als erotische Dienstleistung einen Blasenkatheter ein, dessen Wirkung durch die fachkundige Manipulation des Blockiermechanismus (unter Einsatz der 20-ml-Injektionsspritze) gesteigert wurde. Im Verlauf wurde ein parasympathischer Reflex ausgelöst, der durch die irrtümliche Anwendung des Nitrosprays die letale Reaktionskette auslöste. Die billige Blockierspritze blieb zurück, während der teure Blasenkatheter vom Dienstleister wiederverwendet wurde.
Todesart: „Nicht natürlicher Tod“,
als Unfalltod im Leichenschauschein gesondert zu begründen.

Das Konstrukt eines „nicht natürlichen Todes“ beruht ausschließlich auf fantasievollen, weit hergeholten Verknüpfungen mit per se ungefährlichen Gegenständen (das Nitrospray und die Sexpuppe wirkten, wiewohl in Reichweite, weggeräumt) mit vorstellbaren Handlungsabläufen. Diese sind zur Rekonstruktion des Ablaufs mäßig zwingend, da der Sterbeort keine beweisenden Anhaltspunkte bot. Deshalb wäre wohl auch die Vollendung der Leichenschau zu rechtfertigen gewesen. Für Letztere fehlte beim Abbruch der Leichenschau die vollständige Entkleidung des Leichnams, die Inspektion der Bauchseite nach halber Drehung des Toten um die Längsachse sowie die Inspektion aller Körperöffnungen. Angesichts der halbgefüllten Spritze, die unter dem knienden Leichnam auf dem Fußboden lag, des Fehlens einer hausarztgestützten Kausalkette eines natürlichen Todes sowie in Reflexion der weitverbreiteten Skepsis, dass Bereitschaftsärzte für kompliziertere Fälle zu wenig Kompetenz besitzen, erfolgte die Klassifizierung der Todesart als „ungewiss“. Eine Begründung dafür ist im Berliner Leichenschauschein nicht erforderlich. Es gehört auch zur Abwägung der Problematik, ob die Leichenschau nicht wesentlich früher hätte abgebrochen werden können bzw. müssen, wenn Spritze oder Sexpuppe durch eine umsichtigere Inspektion des Auffindeortes vor der Berührung bzw. Mobilisation des Leichnams entdeckt worden wären. Falls der Auffindeort tatsächlich auch „Tatort“ im Sinne eines „nicht natürlichen Todes“ war, ist die nachfolgende Spurensicherung zweifellos durch die beschriebenen Manipulationen am Leichnam erschwert worden. Aus rechtsmedizinischer Sicht wird in solchen

Fällen eine Fotodokumentation des Leichnams und des Auffindeortes im Hinblick auf die allgemeine ärztliche Dokumentationspflicht empfohlen, der mit dem bloßen Ausfüllen des Leichenschauscheins nicht genüge getan ist. Dies ist auch in Anbetracht der Tatsache notwendig, dass sich nach begonnener Leichenschau Anhaltspunkte für einen „nicht natürlichen Tod“ ergeben können (Peschel 2007). „Nicht dokumentierte Veränderungen sind kaum rekonstruierbar, sie führen zu einer Verfälschung des objektiven Spurenbildes und somit zu falschen Rückschlüssen der Ermittlungsbehörden“ (Brinkmann et al. 2007). Die Staatsanwaltschaft gab den oben beschriebenen Fall, nach Rücksprache mit dem LKA, aber ohne Einbeziehung der Rechtsmedizin, zur Bestattung frei.

Die Praxis der Leichenschau reflektiert nicht nur die jeweiligen Bestattungsgesetze der Länder, sondern auch die Kommunikationsstrukturen zwischen den Funktionsträgern Bereitschaftsarzt, Polizei und Rechtsmediziner. Die im oben angeführten Beispiel dargelegten Reflexionen des Bereitschaftsarztes gehen in Berlin regelmäßig für die nachfolgenden kriminalpolizeilichen Untersuchungen verloren, würden dagegen in Bremen (nicht Gegenstand des Städtevergleichs) auf dem Leichenschauschein zwingend vermerkt werden und wären in München Teil einer in Kooperation durchgeführten Leichenschau von Bereitschaftsarzt und hinzugezogenen Beamten der Verbrechensbekämpfung. In Bremen ist bestattungsrechtlich eine Begründung für das Attest „ungeklärte Todesart“ verankert. Im Bremer Leichenschauschein steht: „Finden sich im Rahmen der Leichenschau am Verstorbenen keine Anhaltspunkte für ein nicht natürliches Geschehen, lassen aber die Gesamtumstände Zweifel an einem natürlichen Tod zu, so ist die Todesart ungeklärt“ (Birkholz 2003). Diese Verordnung lässt allerdings Entscheidungshilfen vermissen, unter welchen Bedingungen bzw. an welcher Stelle des Untersuchungsganges ein Abbruch der Leichenschau, im Interesse der Spurensicherheit, gerechtfertigt ist.

In Berlin ist die Entscheidung einfach. Ergeben sich während der Todesfeststellung Anhaltspunkte, die Zweifel an einer „natürlichen Todesart“ oder der Identität des Verstorbenen begründen, ist die ärztliche Leichenschau nach §§ 5,6 und 19 Abs. 2 des Berliner Bestattungsgesetzes bzw. § 159 StPO abubrechen. Diese Konsequenzen ergeben sich in jedem Fall aus naheliegenden Gründen bei fortgeschrittener Fäulnis. Das Recht zum Abbruch der Leichenschau kann in diesen Fällen gelegentlich auch aus gehöriger Entfernung hergeleitet werden. Diese Entscheidung sollte gegenüber den Schutzpolizisten ausführlich begründet werden, um Fehldeutungen, die früher vom LKA Berlin in „Meldebögen“ erfasst wurden, mit Aufklärung zu begegnen. Die beiden genannten gesetzlichen Abbruchkriterien strukturieren bei „aufgefundenen Verstorbenen“ den Ablauf der Leichenschau, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der Abbruch der Leichenschau wäre vom Bereitschaftsarzt, unter Berufung auf das Berliner Bestattungsgesetz, noch vor dem Entkleiden der Leiche einer 70-Jährigen zu begründen, falls in der Wohnung der Krankenhausentlassungsbericht der Verstorbenen vom Vortag entdeckt würde, der die operative Versorgung einer Coxarthrose dokumentiert. Für den richtigen Zeitpunkt des Leichenschauabbruchs bleibt in diesem Fall ein breiter ärztlicher Ermessensspielraum, weil die Sterbekausalität einerseits unklar ist, aber weder der Aspekt der Spurensicherung noch ein zu unterstellender polizeilicher Kompetenzvorsprung bei der Ermittlung der Todesart zu Buche schlägt. Der Verzicht auf das Entkleiden der Leiche ist in diesem Fall gesetzlich und ökonomisch geboten, da die Todesartermittlung nur durch eine Obduktion möglich ist. Auch dieses Beispiel illustriert die Mängel des Berliner Bestattungsgesetzes. Der Fall wird im Kapitel Lösungsvorschläge mit Hinweis auf die Bremer Gesetzgebung aufgegriffen. In Berlin kommunizieren Polizei und Bereitschaftsärzte nur unzureichend, wie ein Blick in die LKA-Erhebung ausweist. Der Berliner Leichenschauschein bietet keine gesetzliche Handhabe zur Verbesserung der Problematik. Im oben angeführten Beispiel wäre der nach § 159 StPO obligate Einsatz der Beamten der Verbrechensbekämpfung entbehrlich. Für die Abschätzung möglicher iatrogener Todesursachen fehlt ihnen jedes Rüstzeug. Allenfalls die Bewachung der Leiche durch Schutzpolizisten bis zum Abtransport in das Institut für Rechtsmedizin ist hier notwendig. Wünschenswert wäre in diesem Falle die Möglichkeit der direkten Alarmierung der Rechtsmedizin durch den Leichenschauer.

4.3 Problematik der organisierten Leichenschau

4.3.1 Vorbemerkung

Seit 2004 wird die Leichenschau nicht mehr durch die Ärzte des ÄBD der KV erbracht. Die KV organisiert parallel zum ÄBD einen eigenen Leichenschaudienst, dessen Ärzte von der ÄBD-Einsatzzentrale über einen eigenen Dienstplan eingesetzt werden.

Einer Umfrage der KV zufolge, wurde diese Auslagerung der Leichenschau aus dem Hausbesuchsdienst von den Bereitschaftsärzten der KV überwiegend begrüßt. Dies entsprach dem mehrheitlichen Wunsch, mit dieser ungeliebten Tätigkeit nicht mehr behelligt zu werden. Es überrascht nicht, dass am speziellen Leichenschaudienst die überwiegende Mehrheit der KV-Bereitschaftsärzte nicht teilnimmt.

Die 12-Studentagesdienste des Leichenschaudienstes lassen sich wochentags schwerlich mit der ordnungsgemäßen Führung eines Kassensitzes verbinden. Das zwölfstündige Dienstkonzept

des Leichenschaudienstes richtet sich an Ärzte, die während der Rufbereitschaft keine oder nur nachrangige Tätigkeiten ausüben, welche jederzeit zugunsten einer Leichenschauanforderung zurückgestellt werden können. Die Bereitstellung der Arbeitskraft wird weder honoriert noch lassen die zu erwartenden durchschnittlichen Einkünfte aus der Leichenschau eine angemessene Abgeltung erwarten. Es findet eine umfassende Kontrolle durch die Einsatzzentrale statt, die Dienstantrittsmeldungen sowie Reaktions- und Ankunftszeiten notiert. Gelegentlich verfügt sie sogar über den Abbruch einer Anfahrt, wenn diese zu lange dauert.

4.3.2 Wirtschaftliche Aspekte

Auftragslage und Zeitprofil

Die Auftragslage des Leichenschaudienstes der KV ist unzureichend. Die Analyse zeigt, dass die Leichenschauanforderungen der Berliner Bezirke nicht, wie eigentlich zu erwarten, mit deren Bevölkerungsdichte korrelieren. Stattdessen können zwei andere Einflussfaktoren aus den Ergebnissen dieser Untersuchung herausgelesen werden:

1. Die jeweilige Zuständigkeit der sechs Berliner Polizeidirektionen.
2. Das durchschnittliche Einkommen der Bevölkerung.

Die häufigsten Anforderungen kamen aus Hellersdorf und Neukölln. Diese haben auch das niedrigste mittlere Nettoeinkommen des Untersuchungsgebietes gemeinsam. Dort lebt nur ein Drittel der Bevölkerung des „Einsatzbezirkes Süd“, während von dort 52% der Leichenschauen angefordert wurden. In den bürgerlichen Bezirken Zehlendorf, Steglitz, Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg (die ersten drei führen die Berliner Einkommensstatistik an) wurden von 35% der Bevölkerung des „Einsatzbezirkes Süd“ nur 22% der Leichenschauen angefordert. In den südwestlichen Berliner Bezirken waren die Leichenschauanforderungen so selten, dass dort die umfassende Versorgung der Verstorbenen durch Hausärzte und Vertragsärzte von Altenheimen angenommen werden muss. Damit fehlt im größten Teil des untersuchten Einsatzgebietes (3/4 der Fläche) eine ausreichende Nachfrage für den Leichenschaudienst der KV. Die in den jeweiligen Bezirken tätigen Ärzte haben die einst gepflegte Abneigung Leichenschauen durchzuführen offenbar abgelegt.

Eine niedrige, aber stabile Nachfrage für den Leichenschaudienst der KV besteht im Untersuchungsgebiet in den Bezirken Neukölln und Hellersdorf. Die wichtigsten Auftraggeber sind dort die Polizei, danach folgen Altenheime. Anforderungen aus Privathaushalten sind selten.

Die Aufträge aus den einkommensstärkeren Bezirken sind insgesamt deutlich seltener. Eine zentrale Direktive für die Wahl des Leichenschauers existiert bei der Polizei nicht.

Der ermittelte durchschnittliche Fahrweg von 28 km pro Leichenschau verweist auf ein Wirtschaftlichkeitsproblem des Leichenschaudienstes der KV. Es wurden keine Verträge zwischen KV und Polizei abgeschlossen. Die Auftragszahlen sind deshalb zu niedrig und auf einkommensschwache Bezirke konzentriert, ohne dass die Polizei ihren Anspruch auf flächendeckende Einsatzbereitschaft im gesamten Stadtgebiet aufgeben würde. Durchschnittlich niedrigere Fahrstrecken würden erreicht, wenn der Standort des Bereitschaftsarztes in den genannten Haupteinsatzgebieten liegen würde. Die langen Fahrstrecken stellen nicht nur ein Problem für die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen der Leistungserbringer dar, sondern auch für die Bestattungskostspflichtigen, die bei Auftragsvergabe keine Hinweise auf den Standort des Arztes (mit Folgen für die Bestattungskosten) erhalten. Diese Fahrwege waren mit reinen Fahrzeiten von durchschnittlich 52 Minuten verbunden, denen entsprechend hohe Umweltbelastungen gegenüberstehen.

Die durchschnittliche Einsatzzeit der untersuchten 82 Leichenschauereinsätze betrug 71 Minuten, zu denen eine durchschnittliche Nachbereitungszeit von 47 Minuten (diese enthält auch das ärztliche Konsil) sowie eine Wartezeit auf den Leichenschauereinsatz von 114 Minuten dazu gerechnet werden muss. Für die Stichprobe wurde ein durchschnittlicher Gesamtzeitbedarf pro vermittelter Leichenschau von 232 Minuten berechnet, wenn man die Wartezeiten der Arbeitszeit hinzurechnet, was dem Anspruch des Auftraggebers an kürzeste Reaktionszeiten entspricht. Niedrige Einsatzzahlen und unzureichende Honorierung (durchschnittliches Stundenhonorar von ca. 15,00 €) charakterisieren die wirtschaftliche Bilanz. Die durchschnittliche Einsatzzahl pro 12-Studentagesdienst ist mit 3,9 so gering, dass sie, wegen der daraus resultierenden langen Einsatzwege (durchschnittliche Fahrstrecke 28 km, Fahrzeit 52 min pro Einsatz) sowohl für die Leichenschauärzte als auch für das Gemeinwesen ökonomisch wie ökologisch nicht akzeptabel sind. Während die Einsatzzentrale der KV diese Vermittlungsleistung neben dem Hausbesuchsdienst erbringt, hält der Leichenschauarzt seine Arbeitskraft exklusiv für den Bereitschaftsdienst vor, von dem er ausschließlich Leichenschauaufträge erhält. Es liegt auf der Hand, dass die Mischkalkulation der Leichenschauen von Heim- bzw. Hausärzten verglichen mit den Bereitschaftsärzten des Leichenschaudienstes der KV erfreulicher ausfallen muss. Auf die im Leichenschaudienst der KV erzielten Erlöse kann keine selbstständige ärztliche Existenz begründet werden. Es findet daher eine ständige Fluktuation von Bereitschaftsärzten statt, mit daraus resultierenden Dienstplanlücken des Leichenschaudienstes.

Der Leichenschauendienst der KV ist in großen Teilen Berlins entbehrlich. Er wird in den einkommensstarken Bezirken von den großen Auftraggebern nur in einer „Notnagelfunktion“ berücksichtigt, wenn die bevorzugten Ärzte nicht greifbar oder überlastet sind. Seit Gründung des Leichenschauendienstes der KV 2004 wurde mit einem Durchschnitt von weniger als vier Patienten pro 12-Stundendienst nie die Wirtschaftlichkeitsschwelle bereitschaftsärztlicher Kalkulation erreicht, obwohl die Bereitschaftsärzte offenbar nach Kräften mit Kürzungen des Dienstleistungsangebots (Todesfeststellung ohne Leichenschau) gegensteuern.

Die Leichenschau gilt als unterbezahlt. In einem ersten Entwurf zu diesem Kapitel sollte die Leichenschauhonorierung nach GOÄ den Kalkulationen vergleichbarer Dienstleistungen gegenübergestellt werden. Es lagen dazu Rechnungen persönlich in Anspruch genommener Dienstleister vor: Türöffnungsdienst, Elektronotdienst sowie ein Autopannendienst. Das Stundenhonorarranking führte der Schlüsseldienst mit großem Abstand an. Das Schlusslicht bildete, wie erwartet, die Leichenschau. Schließlich fiel die Entscheidung zugunsten eines Vergleichs mit der Honorierung der Leichenschau durch Zeugen, ohne festgeschriebene Qualifikation (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz [JVEG]). Die Honorierung der ärztlichen Leichenschau erfolgt seit ca. 15 Jahren für alle Verstorbenen als privat zu liquidierende Leistung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung und insoweit von langwierigen Konsensprozessen abhängig, deren Ergebnisse der Dynamik allgemeiner Preisentwicklung sowie technologischer Entwicklung hinterherhinken müssen. Eine nennenswerte Anpassung der GOÄ an die Inflation wird seit 26 Jahren ausgesetzt, was zu erheblichen Verwerfungen bei den Einkommen der verschiedenen Fachgruppen führte. Grund hierfür scheint vor allem eine rechtlich fragwürdige Interessenkollision der öffentlichen Haushalte (Beihilfestellen des Bundes und der Länder) mit der gleichzeitigen Verantwortung für die Anpassung des Punktwertes der GOÄ entsprechend der allgemeinen Kostenentwicklung zu sein. Es lassen sich, nach der jeweiligen Technisier- bzw. Automatisierbarkeit ärztlicher Dienstleistungen, Gewinner und Verlierer der Trägheit dieses Honorierungssystems sortieren. Die Starre des Honorierungssystems führt bei den Ärzten zu besonders schweren Einkommensverlusten, deren Dienstleistungen teilweise technikfern und weder automatisierbar noch delegierbar sind. Diese Kriterien treffen auch auf die ärztliche Leichenschau zu.

Die Vorgaben der Gebührenordnung für Ärzte sehen je nach Umfang, Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad Steigerungen des 1-fachen Gebührensatzes vor. Der Bundesgerichtshof urteilte am 08.11.07, dass es zulässig sei, den 2,3-fachen Steigerungssatz als obere Grenze des

ärztlichen Ermessensspielraumes regelhaft anzusetzen. Bei Anpassungen darüber hinaus muss eine detaillierte Begründung und Darlegung der Umstände erfolgen.

Folgende Honorarziffern sind im Rahmen der ärztlichen Leichenschauliquidation in der Vergangenheit von den Ärzten abgerechnet worden.

GOÄ-Pos. 100:

1,0-facher Satz: 14,57 € / 2,3-facher Satz: 33,52 € / 3,5-facher Satz: 51,00 €

Leistungslegende: Untersuchung eines Toten - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines

Es ist allseits unbestritten, dass die Vergütung der ärztlichen Leichenschau inklusive der gutachterlichen Äußerung auf dem Leichenschauschein unangemessen gering ist und der Verantwortung dieser Tätigkeit in rechtsstaatlicher wie gesundheitspolitischer Hinsicht nicht gerecht wird. Hinzu kommt die situative Komponente der Leichenschau, gerade weil Verstorbene im häuslichen Umfeld, jedenfalls außerhalb eines gut beleuchteten Sprechzimmers oder Sektionssaales mit hilfreichen Assistenten, untersucht werden müssen und dies fast immer unter suboptimalen Bedingungen erfolgen muss. Obwohl die Beihilfestellen der „öffentlichen Hand“ bei der ärztlichen Versorgung ihrer Beamten die regelhaft angesetzten 2,3-fachen Steigerungssätze und darüber hinaus, akzeptieren, verweigert der Senat von Berlin dem Leichenschauer eine annähernde Abbildung seines Arbeitsaufwandes über die Steigerungsfaktoren und liquidiert maximal den 1,0-fachen Satz.

GOÄ-Pos. 50:

1,0-facher Satz: 18,65 € / 2,3-facher Satz: 42,90 € / 3,5-facher Satz: 65,28 €

Leistungslegende: Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung

Der regelhafte Ansatz dieser Position wurde und wird von vielen Ärzten als recht und billig empfunden und angesetzt, wenngleich nicht alle Inhalte der Leistungslegende korrekt erbracht werden können. Der Besuch, also das Verlassen der Praxis und das Erbringen ärztlicher Leistungen im häuslichen Umfeld des Verstorbenen, scheint unbestritten. Die symptombezogene Untersuchung hingegen ist schon Bestandteil der Position 100 und darf nicht doppelt abgerechnet werden. Immer wieder wird auch moniert, dass eine Leiche nicht mehr beraten

werden kann. Die Abrechenbarkeit eines Besuchs nach der Position 50 neben der Leichenschau haben zwei rechtskräftige Amtsgerichtsurteile (AG Herne/Wanne: Az. 2 C 380/98 vom 14.09.98 und AG Oberhausen, 37 C 79/98 vom 02.04.98), wiewohl sie Einzelfallentscheidungen waren, verneint. Auch die GOÄ bezieht sich auf diese Urteile. Hier wird die Berechnung der Position 50 nur dann als anrechenbar erachtet, wenn „eine Besuchsleistung, d. h. also ein Hausbesuch, durch den Patienten selbst oder durch Dritte angefordert wurde, der Patient aber bei Eintreffen des Arztes verstorben ist“ (GOÄ 2005: 370). Im Umkehrschluss ist zu folgern, dass ein Besuch nach der Position 50 immer dann anrechenbar ist, wenn zum Zeitpunkt der Anforderung der Tod noch nicht sicher festzustellen war. Ob es sich um einen Kranken oder einen bereits Verstorbenen handelt, bedarf im Regelfall der sachverständigen Feststellung durch den Arzt. Dass auch hier die Leistung nach der Position 50 nur unvollständig erbracht wird, ist vom Arzt nicht zu verantworten. Das sichere Erkennen des irreversibel eingetretenen Todes ist in Deutschland eine ärztliche Aufgabe. Gerade das Erkennen der Vita minima ist das treibende Element bei der Einführung der ärztlichen äußeren Leichenschau in Deutschland gewesen (Gross 2001). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden selbst Leichenschauen von erfahrenem Pflegepersonal für Patienten angefordert, die zum Zeitpunkt der Leichenschau, also durchschnittlich mindestens eine Stunde nach telefonischer Anforderung, noch keine sicheren Todeszeichen aufwiesen. Hier sei auch auf den Fall 2 der Kasuistiken hingewiesen. Bei dieser Patientin wurde, obgleich sie sich laut Aktenlage schon am Vorabend im Sterbeprozess befunden haben musste, auch am nächsten Morgen nicht erkannt, dass sie bereits verstorben war. Die Einschätzung von Laien, mitunter auch von medizinisch ausgebildeten Pflegekräften, scheint nicht immer geeignet, um sicher den eingetretenen Tod festzustellen. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass nur ein Arzt geeignet ist, die Differenzierung zwischen Tod oder Vita minima vorzunehmen.

Um das Dilemma, das nach zwei niederinstanzlichen Urteilen weiter besteht, zu lösen, bietet sich das in der GOÄ verankerte Prinzip der Analogberechnung an. „Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden“ (§ 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte 2005). Dieses Vorgehen der Analogbewertung ist ein probates Mittel und wird vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen und der Bundesärztekammer auch allgemein angewandt, weil die GOÄ aufgrund des rasanten medizinischen Fortschritts einerseits und der mitunter sehr langen Anpassungsintervalle andererseits, ärztliche Leistungen nicht immer adäquat abbilden kann.

B. Hefer, als Referentin im Ressort medizinische Grundsatzfragen der Ärztekammer Nordrhein, und M. Wenning, als geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Westfalen Lippe, schlagen in ihrer dreiteiligen Reihe „Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung“ vor, die GOÄ-Positionen 1 (Beratung) und 5 (symptombezogene Untersuchung) aus der GOÄ-Position 50 (Besuch) herauszurechnen und somit nur noch die Bewertung des Besuchs, der ja bei der ambulanten Leichenschau in der Regel zweifelsfrei erbracht wird, als Analogziffer abzurechnen (Hefer, Wenning 2006). Dies ermöglicht damit die Abrechnung von Zuschlägen.

Nacht-, Wochenend- und Dringlichkeitszuschläge:

Zuschlag E	9,33 €	dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung
Zuschlag F	15,15 €	von 20:00 Uhr bis 22:00 Uhr oder von 06:00 Uhr bis 08:00 Uhr erbrachte Leistung
Zuschlag G	26,23 €	von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr erbrachte Leistung
Zuschlag H	19,82 €	an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen

GOÄ-Pos. 60:

1,0-facher Satz: 06,99 € / 2,3-facher Satz: 16,09 € / 3,5-facher Satz: 24,48 €

Leistungslgende: Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten

Da die Datenlage bei bereitschaftsärztlicher Leichenschau oftmals unzureichend ist, die Angehörigen nicht immer zuverlässig Auskunft geben können oder wollen und eher ausnahmsweise ein schriftlich verfasster aktueller Krankenbericht des Hausarztes vorliegt (dies war lediglich bei zwei von 82 Leichenschauen der Fall), ergibt sich die Notwendigkeit des hausärztlichen Konsils. Gerade im Hinblick auf die zwingend anzugebende Kausalkette des Krankheits- und Sterbeprozesses kann nur der zuletzt behandelnde Arzt die entscheidenden Informationen liefern. Andernfalls wären die Todesursachenangaben bei unbekanntem Verstorbenen aufgrund der äußeren Leichenschau reine Spekulation. Zwar heißt es in den amtsgerichtlichen, juristischen und berufsständischen Kommentaren zur Liquidation, bei einer Leichenschau seien nur die Position 100 und Wegegelder abrechenbar, der dezidierte Ausschluss einer konsiliarischen Erörterung existiert jedoch nicht.

Wegegelder: bei Tag zwischen min. 3,58 € (bis 2 km) und max. 15,34 € (bis 25 km)
bei Nacht zwischen min 7,16 € (bis 2 km) und max. 25,56 € (bis 25 km)

Folgender Fall soll die Honorierungsproblematik der bereitschaftsärztlichen Leichenschau illustrieren:

Die Berliner Polizei fordert über die KV eine Leichenschau bei einem 70-jährigen Verstorbenen an. Dessen Wohnung war geöffnet worden, weil er auf das Klingeln eines Freundes nicht geöffnet hatte. Polizei und Freund des Verstorbenen stehen vor der offenen Tür und hatten die Leiche bereits identifiziert, seinen Ausweis sowie eine Pflegeakte aus der Wohnung geborgen. Der Tote lag im Bad in Bauchlage mit heruntergelassener Unterhose. Neben der Toilette lag verstreut benutztes Toilettenpapier, in der Toilettenschüssel befand sich Faeces. Aus der Pflegeakte konnten ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ein Morbus Parkinson sowie eine chronische Psychose entnommen werden. Der Hausarzt konnte erst beim zweiten Versuch erreicht werden. Er bestätigte die Diagnosen und hielt eine „natürliche Todesart“ für „hochwahrscheinlich“. Die durchgeführte Leichenschau, die an der vorher entkleideten Leiche durchgeführt wurde, ergab keinerlei Hinweise auf ein Fremdverschulden. Aufgrund der Leichenerscheinungen ließ sich der Sterbeprozess im Abstand von 12 Stunden zur Leichenschau eingrenzen, was widerspruchsfrei zu den verfügbaren Informationen passte. Daraufhin wurde im Leichenschauschein eine „natürliche Todesart“ attestiert.

Zwei Tage später meldete sich der Bestatter. Er vermutete nach einem Gespräch mit der Tochter des Verstorbenen eine „Sozialbestattung“, bat aber trotzdem um die Zusendung der Honorarrechnung. Eine Woche später meldete sich das Gesundheitsamt telefonisch und monierte die Höhe der Rechnung, die nicht an das Gesundheitsamt adressiert worden war, da ja die gesetzlichen Erben des Verstorbenen bekannt waren. Das Behördenantwortschreiben kommt schließlich zu dem Ergebnis, dass für die GOÄ Nr. 100 lediglich 14,57 € und für das Wegegeld 15,34 € erstattet werden. Diesem Honorar standen eine Gesamtfahrstrecke von 40 km mit einer Fahrzeit von 60 Minuten, 25 Minuten Leichenschauzeit sowie 60 Minuten Nachbereitungszeit gegenüber, die drei Arzt-, Behörden- bzw. Bestatter-Telefonate sowie zwei Behördenanschriften umfasste. Es liegt auf der Hand, dass dieses Honorar nicht kostendeckend sein kann, insbesondere weil die Berliner Senatsverwaltung für 29,91 € (inklusive Anfahrt, Porto und Telefongebühr) einen approbierten Arzt als „Verwaltungshelfer“ in hoheitliche Aufgaben einbindet. Diese hoheitlichen Aufgaben umfassen die Verfolgung von Rechtsinteressen (z. B. Erkennen fremdverschuldeter Todesfälle), die Datengenerierung für die

Todesursachenstatistiken und epidemiologiebasierte gesundheitspolitische Entscheidungen sowie die Seuchenbekämpfung (Meldepflicht bestimmter Erkrankungen im Todesfall) (Hefer, Wenning 2006). Diese, in den Ausführungsvorschriften des Berliner Bestattungsgesetzes festgeschriebenen, öffentlichen Aufgaben werden seit Jahrzehnten inflationsbedingt unzureichend honoriert.

Es soll an dieser Stelle versucht werden, die derzeitige Honorierung der Leichenschau einem inneren Vergleich zu unterziehen. Verwaltungsjuristen hatten 2004 mit Zustimmung des Bundestages durch das Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz [JVEG]) für Vergleichbares gesorgt. In Anlage 2 zu § 10 Abs.1 JVEG werden gutachterliche Tätigkeiten von Ärzten geregelt. Die oben angeführten öffentlichen Aufgaben der Leichenschau könnten als „besondere Leistungen“ nach § 10 JVEG definiert werden. Dort wird die Leichenschau explizit in Anlage 2 zu § 10 Abs.1 JVEG unter Nr. 100 aufgeführt und mit 49,00 € honoriert. Ärzte müssen sich Leichenschauen nicht als Regelleistung zuschreiben lassen, die sie bei ihnen unbekanntenen Personen im gelegentlich gesundheitsgefährdenden Milieu erbringen, relativ häufig unbeleuchtet und nicht beheizt, zu jeder Tages- und Nachtzeit sowie an Sonn- und Feiertagen. Es ist unbillig, wenn Ärzte aufgrund spezieller Vorgaben der Berliner Senatsverwaltung mit 14,57 € pro Leichenschau (inklusive aller erforderlichen Befundscheine sowie Portokosten) honoriert werden, während die Teilnahme an einer Leichenschau in den gut beleuchteten, reinlich gehaltenen Räumen der Rechtsmedizin zu den üblichen Geschäftszeiten nach § 10 JVEG mehr als dreifach höher honoriert wird. Es kann ebenfalls nicht rechtens sein, wenn zusätzlich zu der offensichtlich niedrigen Honorierung durch den Berliner Senat regelmäßig die Steigerungsstufen der GOÄ und notwendige Konsile pauschal gestrichen werden.

4.3.3 Problematik der Berliner Leichenschau bei aufgefundenen Verstorbenen

Das mittlere Sterbealter der polizeilich „aufgefundenen Verstorbenen“ lag in der Stichprobe um 14 Jahre niedriger als das mittlere Sterbealter der „Verstorbenen in Obhut“. Über die Gründe für diese hochsignifikante Lebenszeitverkürzung muss spekuliert werden, da Daten für eine Todesursachenstatistik bei „aufgefundenen Verstorbenen“ nur ausnahmsweise erhoben werden. Alle „aufgefundenen Verstorbenen“ der Stichprobe wurden in den jeweiligen Wohnräumen aufgefunden. Diese bieten umfangreiches Material für Rückschlüsse auf die sozialen

Bedingungen der letzten Lebensjahre. Anhaltspunkte für die Inanspruchnahme regelmäßiger medizinischer Versorgung waren bei „aufgefundenen Verstorbenen“ spärlich. Die Ermittlung von Bestattungskostenpflichtigen war bei „aufgefundenen Verstorbenen“ meist aufwendig. Konnte ein Angehöriger von der Polizei ermittelt werden, wurde häufig das Erbe ausgeschlagen, womit die Berliner Senatsverwaltung für die Kosten der Leichenschau aufkommt. Die wirtschaftlichen Folgen für den Bereitschaftsarzt wurden bereits dargelegt. Vernunftgesteuertes Handeln unterstellt, muss diese langjährige Honorierungspraxis der Senatsverwaltung als gezielte Umsteuerungsmaßnahme zur Abschaffung der ärztlichen Leichenschau zugunsten einer polizeilichen Untersuchung interpretiert werden. Eine Analyse der Gründe für diesen speziellen Berliner Weg, dessen referatsübergreifende Erörterung sich schon 2001 in einer Senatsvorlage nachweisen lässt, würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Es besteht vollständiges Einvernehmen zwischen den Beamten der Verbrechensbekämpfung, Bereitschaftsärzten und Rechtsmedizinern darüber, dass häufig die erforderlichen Kompetenzen für die Leichenschau „aufgefunder Verstorbenen“ bei den Spezialisten von Polizei und Rechtsmedizin und nicht bei den Bereitschaftsärzten liegen. Einigkeit besteht auch bei der Auffassung, dass nach der Entscheidung des Bereitschaftsarztes für die polizeiliche Beschlagnahme jede weitere Manipulation an der Leiche kontraproduktiv wäre. Die in Berlin praktizierte defensive Herangehensweise der Bereitschaftsärzte findet außerhalb Berlins bundesweite Zustimmung. „Wenn zu Vorerkrankungen keine verlässlichen Angaben zu erlangen sind, dann rate ich dringlich dazu, die Todesart im öffentlich-rechtlichen Teil der Todesbescheinigung als ungeklärt zu klassifizieren. [...] Wenn die Todesart als ungeklärt oder nicht natürlich klassifiziert wurde [...] gilt der Leichnam als beschlagnahmt und es dürfen an ihm keinerlei Veränderungen vorgenommen werden“ (Püschel 2006). Dass diese Empfehlung Teil einer länderübergreifend konzipierten Fortbildungsmaßnahme und nicht etwa als Beschreibung eines Hamburger Sonderwegs gedacht war, belegen auch Stellungnahmen aus München (Peschel 2005) oder Stuttgart, wo eine als „Merkblatt“ bezeichnete Mitteilung der Staatsanwaltschaft anlässlich der Neufassung der Bestattungsverordnung vom 1. März 2002 verlautet: „Was ist bei einem ‚nicht natürlichen Tod‘ oder bei ‚Todesart ungeklärt‘ zu veranlassen? [...] Die Polizei wird Ihnen in der Regel erklären, dass der Leichnam beschlagnahmt ist. Dies bedeutet, dass Sie an diesem und an der Umgebung (Auffindeort/Tatort) keine Veränderungen mehr vornehmen dürfen“ (Ärztammer Baden-Württemberg 2008). Ohne Vorgeschichte eines „aufgefundenen Verstorbenen“ kann die äußere Leichenschau nur höchst ausnahmsweise Gewissheit zur Todesarterforschung liefern (Thomsen 1994). Dieses dürfte in Berlin bei „aufgefundenen Verstorbenen“ die häufigste, allerdings undokumentierte,

Begründung für die Anforderung der polizeilichen Verbrechensbekämpfung sein. Jeder Bereitschaftsarzt muss für jede Sterbeortskonstellation individuell abwägen, inwieweit eigene Untersuchungen am Leichnam oder Sterbeort die nachfolgenden Ermittlungen der Polizei unterstützen oder erschweren. Unzureichende Datenlagen könnten mittels ärztlicher Konsile, beispielsweise mit dem Hausarzt, ausgeräumt werden. Da die Berliner Senatsverwaltung das ärztliche Konsil nicht bezahlt, wird es auch nicht gemacht. Ohne hausärztliches Konsil ist aber das Bescheinigen eines „natürlichen Todes“ bei unbekanntem Verstorbenen allein durch äußere Leichenschau nicht vertretbar (Peschel 2006). Entsprechend häufig machen Berliner Bereitschaftsärzte von dieser gesetzlichen Option Gebrauch, mit der Folge, dass die Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ regelmäßig von den Beamten der Verbrechensbekämpfung durchgeführt wird. Dieses Delegationsverfahren wird seit Jahrzehnten von der Berliner Polizei kritisiert, aber in der Praxis ebenso lange gestützt. In Berlin findet seit Jahrzehnten eine millionenschwere Fehlsteuerung statt. Weil Berliner Ärzten das Honorar von der Berliner Senatsverwaltung gekürzt wird, werden bei (mittels dieser Studie hochgerechneten) knapp 40% der Fälle Einsätze von Beamten der Verbrechensbekämpfung ausgelöst, deren betriebswirtschaftliche Kalkulation mit 700,00 € bis 900,00 € pro Einsatz angenommen wird. Die Kritik an dieser Ressourcenverschwendung trifft mit den Bereitschaftsärzten die Falschen. Der Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer benennt zwar das Problem unzureichender Honorierung der Leichenschau, angemessene Aktivitäten der Legislative oder der Berliner Senatsverwaltung, in deren Verantwortungsbereich die Honorarbescheidung fällt, finden sich aber bisher nicht.

Die Auswertung von 39 polizeilich betreuten Verstorbenen ergab, dass ca. 40% der Einsätze durchaus in das Kompetenzprofil von Bereitschaftsärzten hineinpassten, womit jeweils polizeiliche Leichenschauen entbehrlich waren. Auf der Grundlage dieser Arbeit wird festgestellt, dass ärztliche Leichenschauer „aufgefundene Verstorbene“ in vielen Fällen nicht nur kompetenter beschauen könnten, sondern dies als Einzelkämpfer auch zu einem Zehntel der Kosten polizeilicher Leichenschauen. Der Kostenvergleich geht von der Annahme aus, dass Ärzte ein ungekürztes Leichenschauhonorar erhalten.

4.3.4 LKA-Erhebung zur Qualität bereitschaftsärztlicher Leichenschau

Die genannten rechtlichen Abwägungen blieben in der schon mehrmals erwähnten LKA-Erhebung zur Qualität der ärztlichen Leichenschau von 1998/99 ohne Resonanz. Es wurden 146 bereitschaftsärztliche Leichenschauen in dieser Untersuchung von Polizisten nach Maßgabe

eines speziell entwickelten „Meldebogens“ des LKA bewertet. Diesem mangelte es allerdings an der Diskriminierung zwischen der selten vollendeten Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“ einerseits und der in Berlin von Bereitschaftsärzten bevorzugten Variante des Abbruchs der Leichenschau nach §§ 5 und 6 des Berliner Bestattungsgesetzes andererseits. Dies ist angesichts des Ergebnisses der polizeilichen Erhebung unverständlich, da die Polizisten in 73,8% der untersuchten Fälle zu dem Ergebnis kamen, dass kein Entkleiden der Leiche durch den Leichenschauarzt stattgefunden habe und somit eine Leichenschau im Sinne des Gesetzes auch nicht stattgefunden haben konnte. Die Tatsache, dass die LKA-Mängellisten ohne jeden Bezug auf die gesetzlich codierten ärztlichen Entscheidungsspielräume angefertigt wurden, und die Ergebnisse dieser Untersuchungen trotzdem in Form einer Senatsvorlage an die Öffentlichkeit gerieten, ist unter anderem ein Indiz dafür, dass Kommunikation und Zusammenarbeit von Polizei und Bereitschaftsärzten beschädigt sind.

Die im „Meldebogen“ des LKA gelisteten „sonstigen Mängel“ (nicht vollständig entkleidet, keine ausreichende Untersuchung, Leichenerscheinung mangelhaft beschrieben) sind keine Mängel, falls die Leichenschau abgebrochen und auf die Todesfeststellung verkürzt wurde. Im Falle eines Abbruchs der Leichenschau unmittelbar nach der Todesfeststellung, wäre jede nachfolgende Entkleidung bzw. Untersuchung der Leiche im Hinblick auf die nachfolgenden kriminalpolizeilichen Untersuchungen im Interesse der Spurensicherheit kontraindiziert. Eine besondere Beachtung verdient die Tatsache, dass die vorliegende Erhebung in eine Vorlage des LKA für die Senatsverwaltung für Inneres eingegangen ist. Das LKA lässt in seiner Senatsvorlage zwei bedeutsame Fakten der Erhebung außer Acht. Es fehlt die Angabe des Stichprobenumfangs und die 146 Mängelfälle der Erhebung waren von den Beamten der Verbrechensbekämpfung nachuntersucht worden. Da polizeiliche Nachuntersuchungen in Berlin mit wenigen Ausnahmen bei „aufgefundenen Verstorbenen“ durchgeführt werden, dürfte die Erhebung nur Fälle einschließen, die, wie in Berlin üblich, von Bereitschaftsärzten an die Beamten der Verbrechensbekämpfung mit dem Vermerk „Todesart ungewiss“ delegiert wurden. Die vorliegende Auswertung von 146 „Meldebögen“ durch das LKA Berlin lässt keinerlei kriminalpolizeiliche Reflexionen der kritisierten ärztlichen Handlungsspielräume erkennen. Dies ist umso erstaunlicher, da das LKA bei einem der 146 ausgewerteten Beobachtungsfälle einen schwerwiegenden Vorwurf erhebt: Tötungsdelikt übersehen. Spätestens bei diesem Vorwurf, mit nachfolgend erforderlichen Ermittlungen wegen des möglichen Verstoßes gegen das Berliner Bestattungsgesetz, durften diese obwaltenden Umstände des Tatvorwurfs nicht ausgeblendet bleiben.

In derselben Erhebung wurde auch die Qualität der bereitschaftsärztlichen Leichenschau vom LKA einer zahlenmäßigen Erfassung zugeführt. Als Parameter für diese Qualitätsprüfung diente die bereitschaftsärztliche Schätzung des Todeszeitpunktes. Dieser Teil der Erhebung kommt, ebenfalls ohne Angabe des Stichprobenumfangs oder der Referenzmethode, zu dem Ergebnis, dass in 21,9% der Fälle der Todeszeitpunkt erheblich falsch eingeschätzt wurde. Obwohl diese Todeszeitpunktschätzung offenbar nur bei einem von fünf Ärzten zu beanstanden war, die ihre Schätzung offenbar ohne ausführliche Leichenschau durchführten, kommt das LKA erneut zu einer negativen Bewertung: „Ärztliche Fehlleistungen“, die auf „offensichtliche Ausbildungsdefizite“ zurückgeführt werden. Den Bereitschaftsärzten der LKA-Erhebung fehlte es möglicherweise an der nötigen Konsequenz, den frühen Abbruch der Leichenschau mit der Weigerung zu verbinden, über den Todeszeitpunkt zu spekulieren.

Die LKA-Erhebung beweist keine ärztlichen Fehlleistungen, sondern die umfassenden Kommunikations- und Imageprobleme der Bereitschaftsärzte, die in alle Schnittstellen der Leichenschau hineinwirken. Leider muss befürchtet werden, dass dieser „Meldebogen“ durch seine implizit angelegte Vorverurteilung, in einer Auflage von mehreren Hundert in Umlauf gebracht, die Zusammenarbeit zwischen Polizisten und Bereitschaftsärzten lange beeinträchtigt hat. Eine Mitschuld an diesen Umständen trägt die Ärzteschaft selbst. Die exakte juristische Begründung für das rechtlich korrekt gewählte Delegationsverfahren an die polizeilichen Spezialisten scheint auch den Ärzten nicht geläufig zu sein, obwohl letztere ihre Entscheidungsroutine darauf beziehen. Diese Einschätzung ergab sich auch in vielen Gesprächen mit Kollegen.

4.3.5 Vorschläge zur Einsparung von Polizeieinsätzen

Im März 2010 war einer Berliner Senatsmeldung zu entnehmen, dass in Berlin rund 300 Polizistenstellen unbesetzt seien. Erhebliches Einsparpotenzial an Polizistenstunden zeigt die Analyse polizeilicher Abläufe bei „aufgefunden Verstorbenen“. Von 39 Polizeianforderungen in Berlin wurde in 26% ein Bereitschaftsarzt angefordert, obwohl auf den ersten Blick ersichtlich war, dass das Attest „natürlicher Tod“ nicht in Betracht kam, womit das Erfordernis eines Einsatzes von Beamten der Verbrechensbekämpfung schon bei der Arztanforderung durch die Schutzpolizei absehbar war. Zu nennen sind hier beispielsweise Fäulnis und unbekanntes Identität. Nach der ärztlichen Attestierung „ungewisse Todesart“ beginnt das Warten der Polizisten auf die Beamten der Verbrechensbekämpfung, mit deren Einsatz das Bestattungsgesetz regelmäßig kurzgeschlossen wird. Einerseits entspricht ihr Einsatz dem

Berliner Bestattungsgesetz, andererseits führt er seit Jahrzehnten dazu, dass die überwiegende Zahl von „aufgefundenen Verstorbenen“ regelmäßig von Polizisten und nur ausnahmsweise von Rechtsmedizinern untersucht wird. Vor dem Hintergrund dieser, nur in seiner ungefähren Größenordnung bekannten Situation wurde der Versuch unternommen, aus dem zugegeben schmalen Blickwinkel von 39 polizeilich betreuten Verstorbenen, zu kalkulieren, wie hoch der Anteil der „natürlichen Todesart“ in dieser Gruppe angenommen werden kann, wenn motivierte und in ihrem Honoraranspruch unbeschnittene Bereitschaftsärzte tätig würden. Bei 39 Einsätzen mit Polizeianwesenheit konnte 14-mal eine „natürliche Todesart“ attestiert werden.

Die Geschäftsanweisung der Schutzpolizei begründet den polizeilichen Einsatz mit der Gefahrenabwehr und Nachlasssicherung. Von 39 Einsätzen mit Polizeianwesenheit waren bei 19 Verstorbenen Angehörige vor Ort, deren Anwesenheit sich mit der Frage nach der Legitimation schutzpolizeilicher Präsenz verband. In vielen Fällen war die Anwesenheit des Schutzpolizistenteams nicht plausibel, da der Nachlass des Verstorbenen von Angehörigen in Wohngemeinschaft bewacht werden konnte und ein Fremdverschulden unwahrscheinlich schien. Das Studium der Dienstanweisung der Berliner Polizei aus dem Jahr 1991 ergab, dass die Aufgabe der Nachlasssicherung durch Polizisten, nur im Falle fehlender Angehöriger vorgeschrieben ist. Schließlich fiel auf, dass Polizisten ohne Ausnahme nach dem Leichenschauarzt die Wohnung verließen, obwohl sie bei anwesenden Angehörigen nach der verkündeten Entscheidung „natürliche Todesart“ für die jeweils nächsten Aufgaben frei gewesen wären.

39 Leichenschauanforderungen durch die Polizei waren neun Notarzteinsätze vorangegangen. Es konnten am Einsatzort nur fünf Einsatzprotokolle eingesehen werden. Kein Notar hat die Familien durch eine „Vorläufige Todesbescheinigung“ nach § 3 Abs.3 Berliner Bestattungsgesetz (siehe Anlage Nr. 6) von der Notwendigkeit entlastet, den Leichenschauarzt unter der Aufsicht von zwei Schutzpolizisten zu erwarten. Diese Bescheinigung ist seit 2004 eingeführt und wurde von der Autorin nach keinem der untersuchten Notarzteinsätze gesichtet. Daraus folgt, dass Notärzte auf das Ausstellen einer „Vorläufigen Todesbescheinigung“ in entsprechenden Fällen verpflichtet werden sollten.

4.3.6 Schnittstellen ärztlicher Leichenschau

Als Schnittstellen werden alle Personen, Behörden und privatwirtschaftliche Unternehmen bezeichnet, deren Mitwirken an der ärztlichen Leichenschau essenziell ist, sei es bei der Informationsschöpfung für den Leichenschauschein oder zur Honorierung der erbrachten ärztlichen Leistung.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen der Verstorbenen war in den betrachteten Fällen bis auf wenige Ausnahmen durchweg unproblematisch und angenehm, selbst wenn man den Aspekt der Rechnungslegung einbezieht. Die seltenen Schwierigkeiten traten ausschließlich bei den Ausnahmen auf, bei denen die Leichenschauerin den Angehörigen nur mittels Rechnungsstellung begegnete. In keinem Fall gab es Schwierigkeiten, wenn die Angehörigen am Sterbeort Zeugen der ärztlichen Dienstleistung wurden.

Problemarm erwies sich auch der Umgang mit den Pflegekräften der Altenheime und Sozialstationen. In einem Fall kehrte die schon entschwundene Pflegekraft in die Wohnung des Verstorbenen zurück und ergriff die Pflegeakte, die noch nicht ausgewertet worden war, und konnte nur mühsam an der Wohnungstür zurückgehalten werden. Die Leiterin der Sozialstation habe angeordnet, die Pflegeakte, als Eigentum der Sozialstation, sofort zurückzubringen.

Daraufhin wurde die Entscheidungsoption „ungewisse Todesart“ in Stellung gebracht, welche die polizeiliche Beschlagnahme der Wohnung zur Folge habe. Alle Eigentümer müssten in diesem Fall ihr Eigentum gegenüber der Polizei geltend machen. Daraufhin durfte die Akte eingesehen werden. Die Polizei wurde im weiteren Verlauf der Leichenschau nicht mehr gebraucht.

Über die Zusammenarbeit mit den Polizeibeamten ist schon einiges gesagt worden. Die Erhebung des LKA darf in ihrer Wirkung auf Polizeibeamte nicht unterschätzt werden. In der zweieinhalbjährigen Praxis dieser Untersuchung war der Umgang mit der Polizei vor Ort ausnahmslos höflich, reserviert bis abwartend. Alle Beamten waren hilfsbereit, in einigen Fällen hatten sie allerdings vergessen, während der Wartezeit auf den Bereitschaftsarzt sachdienliche Maßnahmen zur Identitätsaufklärung des Verstorbenen durchzuführen. Relativ häufig wurde die Erwartung signalisiert, dass der Bereitschaftsarzt die Leichenschau als Verwaltungsakt, das heißt, ohne eigene Erhebungen bzw. Untersuchungen abwickeln würde. Systematische Befragungen der Beamten wurden während der letzten zweieinhalb Jahre dieser Untersuchung allerdings unterlassen, weil jedes vermeidbare Signal, das den Untersuchungsgegenstand beeinflussen könnte, vermieden werden sollte. Um Kommunikation und wechselseitiges

Verständnis zwischen Leichenschauern und Polizisten zu fördern, könnten zu Fortbildungsveranstaltungen für Leichenschauer auch Polizisten eingeladen werden.

Im Folgenden soll exemplarisch von der Leichenschau einer 88-jährigen Heimbewohnerin berichtet werden:

Die Leichenschau verlief ohne größere Schwierigkeiten, wenn man von 62 km Fahrweg (hin und zurück) und einer reinen Fahrzeit von 115 Minuten absieht. Ein Ausweis war nicht vorhanden, stattdessen die ungebildete Bescheinigung der zuständigen Meldestelle, dass die Verstorbene im Heim gemeldet sei. Schwester S. sprang ein und identifizierte die von ihr seit Jahren betreute Frau und konnte sich auch ihrerseits mit Lichtbild ausweisen. Das hatte sie vorher noch nie an ihrer eigenen Arbeitsstelle machen müssen, sie war aber trotzdem sehr kooperativ. Die Krankenakte war ergiebig. Dekompensierte Niereninsuffizienz, Hypertonus, koronare Herzerkrankung und Brustkrebs sorgten zusammen mit dem fortgeschrittenen Alter für hinreichende Plausibilität. Es wurde auf dem nicht vertraulichen Teil des Leichenschauscheines ein „natürlicher Tod“ attestiert, der vertrauliche Teil wurde, wie meistens, für das erforderliche ärztliche Konsil mitgenommen.

Die Schnittstelle Hausarzt war ebenfalls unkompliziert. Er ließ sich gut erreichen, bestätigte alle Diagnosen, verweigerte allerdings jede persönliche Spekulation zur Kausalkette des Sterbens. Als Art des Todeseintritts sei aber wohl am ehesten ein Herzversagen anzunehmen.

Die Schnittstelle Bestatter meldete sich telefonisch einen Tag nach der Leichenschau und beschwerte sich, dass die vertraulichen Scheine des Leichenschauscheines nicht vor Ort gewesen waren, obwohl dies so vorgeschrieben sei. Sie wurden dem Bestatter nach dem ärztlichen Konsil umgehend zusammen mit der Honorarrechnung zugestellt.

Die nächste Belehrung kam aus dem Umland. Die Verstorbene hatte offenbar zwischenzeitlich ihre letzte Reise in ein Brandenburger Krematorium angetreten. Von dort meldete sich die Schnittstelle Amtsarzt zu Wort. Er könne den „natürlichen Tod“ auf dem Leichenschauschein ohne Kausalkette des Sterbens und nur mit dem ICD-10-Code R99 („unbekannte Todesursache“) nicht akzeptieren. Wenn in diesem Punkt nicht sofortige Klarheit hergestellt werden könne, müsse er von Amts wegen eine innere Leichenschau zulasten der Angehörigen anordnen. Der Leichenschauer verwies auf den Hausarzt und beließ den Leichenschauschein unkorrigiert.

Vier Wochen später meldete sich die Schnittstelle Bestatter, der wegen fehlenden Zahlungseingangs schriftlich gemahnt worden war. Er erklärte, dass er die Rechnung an die Betreuerin der Verstorbenen weitergeleitet habe.

Die Schnittstelle Betreuerin erklärte, dass sie nicht in der Lage gewesen sei das Leichenschauhonorar zu überweisen, da alle Betreuungsmandate mit dem Tode automatisch enden. Allerdings habe das Altenheim noch nach dem Tode der Verstorbenen Mietüberweisungen erhalten, die diesem nicht mehr zugestanden hätten. Sie habe daher die Leichenschaurechnung an das Altenheim mit der Aufforderung weitergereicht, das Guthaben der Verstorbenen auch zugunsten des Leichenschauers auszukehren.

Ein Anruf bei der Schnittstelle Altenheim ergab, dass deren Buchhalterin langfristig erkrankt sei und deshalb nur die wirklich dringenden Angelegenheiten bearbeitet werden könnten.

Daraufhin wurde an das Nachlassgericht geschrieben, welches zwischenzeitlich das Land Berlin als Rechtsnachfolgerin der offenbar vermögenden Erblasserin ermittelt hatte. Die Schnittstelle Berliner Senatsverwaltung für Finanzen überwies knapp sechs Monate nach der Rechnungsstellung die ungekürzte Rechnungssumme.

4.4 Berliner Leichenschau im Großstadtvergleich mit Hamburg und München

Beim Spezialfall der Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ zeigt der Städtevergleich große qualitative Unterschiede in der Kooperation zwischen Rechtsmedizinern, Bereitschaftsärzten und der Polizei.

In Hamburg sind Bereitschaftsärzte zur Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ entbehrlich. Hier wird die äußere Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“ ohne Bereitschaftsärzte organisiert. Die Entscheidung über den Einsatz von Kriminalpolizisten oder Rechtsmedizinern am Auffindeort treffen Schutzpolizisten in Abstimmung mit dem Lagedienst der Hamburger Kriminalpolizei. Die obligate äußere Leichenschau wird in Hamburg bei „aufgefundenen Verstorbenen“ regelmäßig von Rechtsmedizinern unter den optimierten Bedingungen von Sektionssälen durchgeführt. Es werden von entsprechend ausgebildeten Schutzpolizisten relevante Beweismittel wie Krankenberichte, Medikamente, ggf. Genuss- und Betäubungsmittel am Auffindeort gesichert und zusammen mit dem Leichnam in die Rechtsmedizin transportiert. Bei Verdachtsfällen rückt ein Team der Verbrechensbekämpfung aus.

In München und Berlin sind Bereitschaftsärzte bei „aufgefundenen Verstorbenen“ unentbehrlich. Hier wird jeweils ein Bereitschaftsarzt über spezielle Leichenschaudienste rund um die Uhr von der Polizei angefordert, der am Auffindeort den weiteren Untersuchungsablauf strukturiert. Die Bereitschaftsärzte haben in beiden Metropolen eine Schlüsselposition bei der Abwägung, ob zu einem Verstorbenen Beamte der Verbrechensbekämpfung hinzugezogen werden. In München wird die äußere Leichenschau von Bereitschaftsärzten am Auffindeort unter kontinuierlicher

Qualitätskontrolle der Rechtsmedizin sowie in Zweifelsfällen gemeinsam mit der Polizei durchgeführt. Hilfreich dürfte in diesem Zusammenhang auch der intensive Informationsfluss sein, der zum Rechtsmedizinischen Lehrstuhl über die am Leichenschaudienst teilnehmenden rechtsmedizinischen Weiterbildungsassistenten zurückfließt. Von der als Teamleistung von Polizei und Bereitschaftsärzten durchgeführten Leichenschau ist ein überadditiver Erkenntnisgewinn zu erwarten. Im Unterschied zum Berliner Leichenschaudienst konnte die Münchner Polizei auf erfahrene, routinierte und dazu überwiegend rechtsmedizinisch arbeitende Ärzte bauen. Inzwischen wurden Letztere durch niedergelassene, speziell interessierte und weitergebildete Ärzte ergänzt.

Die verbesserte Honorierung der Leichenschau nach GOÄ veränderte in Berlin die Leichenschau, nicht jedoch die Qualität. Die Berliner Bereitschaftsärzte verkürzen seit Jahrzehnten bei „aufgefundenen Verstorbenen“ in zwei Dritteln der Fälle die Leichenschau auf die Todesfeststellung. Ihre Arbeit wird seit Jahrzehnten von Rechtsmedizinern und der Polizei kritisiert. Im Gegensatz zu München, wo zweifelhafte Todesfälle als Teamleistung gemeinsam von Arzt und Kriminalbeamten beschaut werden, verlassen die Berliner Bereitschaftsärzte den Auffindeort. Der direkte Kontakt mit den Beamten der Verbrechensbekämpfung findet, von Ausnahmen abgesehen, nicht statt. Der schriftliche Informationsaustausch beschränkt sich somit in der Regel auf ein Kreuz auf dem Leichenschauschein unter der Rubrik „Todesart ungewiss“. Diese Kommunikationsarmut wird auch im Berliner Leichenschauschein widergespiegelt, der wenig Anhaltspunkte und noch weniger Raum für den schriftlichen Informationsaustausch zwischen Arzt und Polizei bietet. Als symptomatisch darf auch das Fehlen eines Durchschlags für den Arzt gelten.

Wenn man die Berliner Leichenschau der Jahre 1989 bis 1994 mit denen von 1995 bis 2000 miteinander vergleicht, zeigen sich weitaus stärkere Veränderungen der Leichenschau durch die Einführung der Leichenschauhonorierung nach GOÄ, als dies der Fall der Berliner Mauer zur Folge hatte. Die allseits beklagten Qualitätsprobleme der Leichenschau blieben unverändert oder haben sich sogar verschlimmert. Während in Berlin, nach Berichten von Schutzpolizisten, die Bereitschaftsärzte bei „aufgefundenen Verstorbenen“ unverändert häufig die Leichenschau auf die Todesfeststellung verkürzen, halbierten sich die polizeilichen Wartezeiten. Der Wechsel zur GOÄ-Honorierung führte in Berlin nicht zur qualitativen Verbesserung der ärztlichen Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“, wohl aber zu einem bedenklichen Sicherheits- und Transparenzverlust, da sich die Zahl der Leichenschauärzte vervielfachte, ohne dass in Berlin geeignete Kontrollstrukturen existieren, welche die Approbation und Qualifikation der angeforderten Leistungserbringer überprüfen könnten. Das LKA Berlin bestätigte auf Anfrage,

dass jede Polizeidirektion Bereitschaftsärzte nach eigenen Präferenzen anfordert und darüber keine Dokumentation existiere. Nach den Beobachtungen der Autorin entscheiden sehr häufig die Schutzpolizisten vor Ort, welcher Leichenschauarzt angefordert wird. Gelegentlich werden auch „Arztrufnummern“ vor Ort, also auch Hinweise von Nachbarn auf behandelnde Ärzte verwertet. Eine Überprüfung der Identität des eintreffenden Arztes, geschweige denn seiner Approbation, fand in keinem Fall statt. Auch nicht in den sehr häufigen Fällen, in denen sich Arzt und Polizisten völlig unbekannt waren. Es finden im Berliner Leichenschauwesen weder routinemäßige noch stichprobenartige Kontrollen von Identität und Approbation der ungezählten neu hinzugekommenen Leichenschauer statt. Eine ähnliche Beliebigkeit lässt sich in der Einsatzzentrale der KV beobachten. Jede unbekannte Person, die sich auf einen dienstbereiten Hausarzt beruft, kann einen bereits erteilten Leichenschauauftrag über die Einsatzzentrale der KV telefonisch stornieren. Die geschilderten Verhältnisse sind unhaltbar, da keinerlei Strukturen existieren, die eine Überprüfung des Leichenschauers vorsehen.

Im Bereich der ambulanten Leichenschau durch Hausärzte bzw. Vertragsärzte von Heimen oder Sozialstationen lässt sich seit 15 Jahren ein deutlicher Einfluss des beschriebenen Wechsels der Honorarordnungen beobachten. Seit Einführung der besser honorierten GOÄ-Abrechnung für die Leichenschau sind Altenheime und Sozialstationen als regelmäßige Auftraggeber des Leichenschaudienstes der KV entfallen. Die Analyse der räumlichen Verteilung der Leichenschauereinsätze zeigt, dass die Altenheime ganzer Bezirke inzwischen ihre Leichenschaudienste auch an Wochenenden intern organisieren können. Dies mag angenehm für das Pflegepersonal sein, dem Kontrollgedanken, den der Gesetzgeber in den Ausführungsvorschriften des Berliner Bestattungsgesetzes verankert hat, dienen diese organisatorischen Leistungen der Altenheime nicht.

Das in dieser Arbeit übernommene Investigationsprinzip „Folge der Spur des Geldes“ geht auf ein altes Prinzip kriminalistischer Motivforschung zurück. Diese Arbeit setzt eben dieses Instrument zur Untersuchung der Frage ein, warum die organisierte ärztliche Leichenschau in Berlin, trotz analoger Strukturen zu München, eine vergleichbare Anerkennung durch Rechtsmediziner und Polizei versagt bleibt. Weder die Öffnung der Leichenschauabrechnung für Nichtkassenärzte Mitte der neunziger Jahre noch die Ausgliederung der Leichenschau aus dem ÄBD der KV im Jahr 2004 hat die Berliner Leistungserbringer aus dem Akzeptanzmanko der Berliner Polizei herausgeführt. Eine Neubewertung der Qualität der bereitchaftsärztlichen Leichenschau nach 1995 ließ sich weder aus der Senatsvorlage des LKA des Jahres 2001 noch rund zehn Jahre später, als Ergebnis der Durchführung von 82 Leichenschauen im Rahmen dieser Arbeit, beobachten.

Die unterschiedliche Chancenverwertung nach Einführung der GOÄ-Abrechnung der Leichenschau in München und Berlin hat historische Gründe. In West-Berlin entwickelte sich nach der Teilung der Stadt als Folge des Zweiten Weltkrieges ein leistungsfähiger ÄBD, der mit seiner flächendeckenden Rufbereitschaft rund um die Uhr in der übrigen BRD, also auch in München und Hamburg, keine Entsprechung hatte. Diese Rufbereitschaft wurde auch von der Berliner Polizei mit stetig steigender Nachfrage beansprucht. Dies führte sehr bald zu einem spannungsreichen Abhängigkeitsverhältnis, da die Bereitschaftsärzte die anspruchsvolle wie schlecht bezahlte Leichenschauanforderung zeitlich nachrangig abarbeiteten und, die bestattungsgesetzlichen Freiräume nach Kräften nutzend, die Leichenschau auf eine Todesfeststellung verkürzten. Als das Gesundheitskostendämpfungsgesetz in den neunziger Jahren die Leichenschauabrechnung für alle Ärzte öffnete, war die polizeiliche Weichenstellung auf Trennung der so lange frustrierenden Beziehungen gestellt. Die sechs Polizeidirektionen knüpften die verschiedensten Kontakte zu dienstbereiten Ärzten, die allerdings nicht zentral dokumentiert wurden. Diese dezentralisierte Pluralität senkte die schutzpolizeilichen Wartezeiten, eine verbesserte ärztliche Leichenschau wurde offenbar nicht erreicht. Insbesondere das geschilderte bereitschaftsärztliche Delegationsverfahren scheint bis heute das polizeiliche Bild bereitschaftsärztlicher Leichenschau in Berlin zu prägen. Dies zeigt auch die Erhebung des LKA zur Leichenschauqualität Berliner Bereitschaftsärzte. Auf jahrzehntelange Kooperationserfahrungen mit Bereitschaftsdiensten konnte die Münchner Polizei nicht zurückgreifen. Sie setzte 1995 auf ein Kooperationsmodell mit dem Münchner Rechtsmedizinischen Institut. Ein spezieller Leichenschaudienst wurde gegründet, der exklusiv von der Münchner Polizei beauftragt wurde. Diese Exklusivität schaffte in diesem speziellen Fall Transparenz. In München entscheidet über die Person des jeweils zuständigen Leichenschauers ein Dienstplan. Die Vorteile einer transparenten Auftragsvergabe liegen beim Leichenschauwesen auf der Hand. Die Transparenz der Münchner Leichenschau erleichtert auch die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, denen sich, im Gegensatz zu Berlin, die Münchner Bereitschaftsärzte kontinuierlich unterziehen müssen. Eine kaum zu überschätzende Starterleichterung für die Gründung des Münchner Leichenschaudienstes dürfte das spezielle Vertrauensverhältnis der Gründungsväter gewesen sein. Sie waren (bzw. sind) Angehörige zweier von Amts wegen kooperierender Behörden. Mit unschlagbarer Amtskompetenz konkurrierten sie die zeitgleich entstandenen bereitschaftsärztlichen Neugründungen und dominierten das Leichenschauwesen. Das Konzept, in Bedarfsfällen die äußere Leichenschau als eingespielte Teamleistung aus Rechtsmedizinern und Kriminalbeamten zu erbringen, konnte von den anderen ärztlichen Bereitschaftsdiensten nicht angeboten werden. Dieses Konzept war so

erfolgreich, dass es, trotz anfänglicher Fehler auf dem Gebiet der Rechnungslegung, bis heute in wenig modifizierter Form von der ärztlichen Standesorganisation fortgeführt wird. Die Unterschiede der organisierten Leichenschau zwischen München und Berlin lassen sich am deutlichsten am Kooperationskonzept zwischen Bereitschaftsärzten und Beamten der Verbrechensbekämpfung der beiden Metropolen festmachen. Die zitierte Berliner Erhebung des LKA führt zwar im Rubrum als Zielsetzung die „Verbesserung der (ärztlichen) Leichenschau“, die untersuchten Bereitschaftsärzte bekamen das Ergebnis dieser Erhebung aber niemals zu Gesicht. Der „Meldebogen“ erschien stattdessen unter dem veränderten Rubrum „Mängelliste“ 2001 als Senatsvorlage des LKA. Dort findet sich als Verbesserungsvorschlag der Ersatz der bereitchaftsärztlichen Leichenschau durch einen amtlichen Leichenschauer, der allerdings eine Änderung des Bestattungsgesetzes voraussetzt. Die geringe Realisierungschance der gesetzlichen Voraussetzungen wird in der Vorlage zwar klarsichtig reflektiert, ohne allerdings auf die mit dem Berliner Bestattungsgesetz kompatiblen Alternativen, etwa aus Hamburg oder München, zu verweisen. Nach aktuellen Angaben des LKA scheint der Status quo die Berliner Polizei hinsichtlich der inzwischen verkürzten Wartezeiten zu befriedigen. Gleichwohl wird die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Leichenschaudienst, trotz zwischenzeitlicher Auslagerung aus dem ÄBD im Frühjahr 2004, nicht besser bewertet als in früheren Jahren. Die 1998 vom LKA durchgeführte Erhebung zur Qualität der ärztlichen Leichenschau verfehlte zwar den ausgewiesenen Untersuchungsgegenstand, illustriert aber das wohl bis heute von Skepsis und Unkenntnis gekennzeichnete Nebeneinander der vom Berliner Bestattungsgesetz zur Kooperation verpflichteten Akteure. Nach Auskünften von KV und Polizeibehörden existiert kein Briefwechsel zwischen den Parteien, in denen wechselseitige Erfahrungen, Erwartungen oder Ansprüche artikuliert, bzw. vertraglich geregelt wurden. Der etwaigen Mitwirkung der Bereitschaftsärzte an Problemlösungen mangelt es an Organisationsstrukturen, seit die Leichenschauen bei „aufgefundenen Verstorbenen“ mehrheitlich von Ärzten durchgeführt werden, die weder in der KV noch anderweitig organisiert sind.

Im Gegensatz zu Berlin wurden in München und Hamburg durchgreifende Änderungen in den letzten beiden Jahrzehnten umgesetzt und erfreuen sich der Anerkennung in der Fachliteratur. Beide Leichenschaukonzepte gelten als leistungsfähig und haben ein weiteres gemeinsames Merkmal: Die Kritiker der vorher gescholtenen Verhältnisse übernahmen die Funktion der Gescholtenen und beurteilen die Qualität der Umstrukturierungen selbst.

Auch das Rechtsmedizinische Institut Berlin leistete 2004 einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung, indem es dreistündige Weiterbildungskurse für Bereitschaftsärzte einführte und die Auslagerung der Leichenschau aus dem ÄBD zugunsten eines speziellen

Leichenschauendienstes anregte. Die Kurse sind weder obligat noch existieren Vereinbarungen zur Durchführungsfrequenz. Der spezielle Leichenschauendienst der KV Berlin ist bis heute eine von mehreren Optionen geblieben, derer sich die Berliner Polizei bedient.

Die Leichenschauscheine sind Abbilder regionaler Qualitätsunterschiede. Hamburg und München unterscheiden sich in Nuancen. Der Unterschied zu Berlin ist dagegen beträchtlich. Der Berliner Leichenschauschein ist in seiner Konzeption mehr als Verwaltungsinstrument, denn als Medium für den Informationsaustausch zwischen Leichenschauer, Polizei und Rechtsmedizin konzipiert. Er bietet wenig Möglichkeiten, differenzierte Informationen des leichenschauenden Arztes weiterzuleiten und lässt insbesondere keine Herkunftsangabe von Daten zu, wie z. B. Identitätsfeststellungen oder Todeszeitpunktbestimmungen. Zu bemängeln ist ferner, dass kein Durchschlag für den Leichenschauer existiert, um seiner berufsrechtlichen Dokumentationspflicht nachzukommen. Als Vorbild für eine Novellierung des Berliner Leichenschauscheines empfiehlt sich, aufgrund seiner konkreten Vorgaben, eine Anlehnung an die Hamburger Variante. Die bayerische Todesbescheinigung unterscheidet sich von der Hamburger insoweit, als dem leichenschauenden Arzt hier viel Raum für Epikrisen und das Erläutern von Anhaltspunkten für „nicht natürliche Todesarten“ gegeben wird.

4.5 Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Berliner Leichenschau

4.5.1 78. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister 2007

Die 78. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister vom Juni 2007 in Berlin kommt bezüglich der Qualitätsverbesserung der äußeren Leichenschau zu folgender Feststellung: „In der Fachöffentlichkeit wird die Besorgnis geäußert, dass die derzeitige Praxis der Leichenschau die Feststellung nichtnatürlicher Todesfälle nicht immer sicher gewährleiste. Eine mögliche Ursache liege darin, dass die Leichenschau nahezu in allen Ländern nicht durch entsprechend spezialisierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werde“. Eine daraufhin eingesetzte Projektgruppe versuchte, ein gemeinsames Konzept zur Verbesserung der Leichenschau zu entwickeln. Allerdings verweist die formulierte Absicht „gemeinsam ein Konzept zu entwickeln“ auf ein großes Hindernis. Der letzte gemeinsame Nenner der Leichenschau, der bundesweit gegen föderale Interessen und Möglichkeiten durchgesetzt werden konnte, war das bundesweit geltende Rechtsprinzip: Der Arzt als Leichenschauer.

Diese Arbeit sucht deshalb keine bundesweite, sondern eine Berliner Lösung, für die von der Fachöffentlichkeit benannten Probleme, ohne Belastung für den notleidenden Berliner Haushalt, zum Preis einer Gesetzesnovellierung.

4.5.2 Ärztliche Interessenkonflikte

Bei Interessenkonflikten muss die strikte Entpflichtung von der ärztlichen Leichenschau erfolgen. Diesem universellen Grundprinzip jedes Gutachterwesens könnte der länderübergreifende politische Konsens versagt bleiben. Berlin dagegen bietet die besten Voraussetzungen für die erstmalige Einführung dieser längst überfälligen Gesetzesnovellierung. Die Problematik ärztlicher Interessenkonflikte bei der Leichenschau wird in der Fachöffentlichkeit bundesweit in bemerkenswertem Einvernehmen diskutiert. Den notwendigen gesetzgeberischen Konsequenzen fehlt die einheitliche Befürwortung. Dies ist möglicherweise den Schwierigkeiten in den Flächenländern geschuldet, einen Ersatz für die problematische Leichenschau ambulant behandelnder Ärzte zu organisieren, die dieses Amt zu konkurrenzlos günstigen wirtschaftlichen Bedingungen wahrnehmen. Aus Sicht der „Projektgruppe Leichenschau“ sei es vorzuzugswürdig und wünschenswert, wenn die Leichenschau immer von einem neutralen Arzt durchgeführt würde. Dies darf angesichts der Ergebnisse der, auch von der Projektgruppe zitierten, multizentrischen Studie der Rechtsmedizin in Münster 1997 nicht verwundern. Dort werden die häufigsten „nicht natürlichen Todesfälle“ medizinischen Behandlungen zugeschrieben. Falls der wohl wichtigste gesetzliche Auftrag an die ärztliche Leichenschau, das Erkennen fremdverschuldeter Todesfälle, im Zeitalter der modernen Medizin nicht preisgegeben werden soll, muss die Personengruppe, welche die meisten Täter stellt, von dem Amt staatlich bestellter Aufklärer eigener Versäumnisse entpflichtet werden. Die nach Brinkmann et al. (1997) wahrscheinlich bedeutsamsten Verursacher „nicht natürlicher Todesfälle“ (mit der größten anzunehmenden Dunkelziffer) beschauen auch in Berlin ihre Leichen selbst und führen diese mit dem Attest „natürliche Todesart“, von Polizisten und Rechtsmedizinern unbehelligt, der Bestattung zu. Dieses Problem ist in Berlin vergleichsweise leicht und ohne Belastung öffentlicher Haushalte lösbar, da ein spezieller Leichenschaudienst der KV Berlin existiert, der allerdings unter den obwaltenden Umständen nicht funktionieren kann, wie in dieser Untersuchung gezeigt wurde. Der Leichenschaudienst der KV ist für alle Beteiligten unwirtschaftlich und funktioniert nur aufgrund großzügiger, teils unfreiwilliger Subventionsleistungen der Leistungserbringer. Die KV erhebt für die Organisation und Vermittlung von Leichenschau-Einsätzen nur eine Vermittlungsgebühr von 1,50 € (statt der

üblichen 18,50 € bei Erkrankten) pro Leichenschau. Die Auftragszahlen sind seit Jahren so niedrig, dass weder die Vermittler der Leichenschau noch die Leistungserbringer wirtschaftliche Ziele mit der Leichenschau verwirklichen können. Die Situation ist allerdings zunächst für den Arzt unübersichtlich, da die Einkünfte bei den „aufgefundenen Verstorbenen“ oftmals zusätzlich mit den Unwägbarkeiten einer Honorierung durch den Berliner Senat geschmälert werden. Die Folge ist ein rascher Wechsel der Leistungserbringer und Besetzungsprobleme des Dienstplans. Auch diese Probleme könnten durchgreifend mit einer Änderung des Berliner Bestattungsgesetzes beseitigt werden. Haus-, Heim- und Krankenhausärzte müssten von der Leichenschau im Bereich ihrer Interessensphären entpflichtet werden. Damit Interessenkonflikte zuverlässig vermieden werden können, müssen diese Ärzte zugunsten eines zentral organisierten und für alle Berliner Verstorbenen (Krankenhaustodesfälle und ambulante Todesfälle) ausschließlich zuständigen ärztlichen Leichenschaudienstes (ZÄL) entpflichtet werden. Unter Beachtung der genannten Entpflichtungsbedingungen könnten diese Ärzte, bei Erfüllung weiterer Voraussetzungen, auch als ZÄL-Ärzte arbeiten, womit Einkommenseinbußen durch die Gesetzesnovellierung vermieden werden könnten. In der Folge würden täglich rund 70 Berliner Sterbefälle von acht ZÄL-Ärzten im Vierschichtbetrieb beschaufelt werden. Geschätzte sechs Sterbefälle würden täglich von Polizisten, nach leicht vermittelbaren Kriterien (analog dem Hamburger Beispiel), ohne Anforderung eines Bereitschaftsarztes, aber in regelmäßiger telefonischer Rücksprache mit den Beamten der Verbrechensbekämpfung, direkt in die Rechtsmedizin verbracht. Geschätzte vier Sterbefälle blieben in Berlin täglich für Einsätze der Beamten der Verbrechensbekämpfung übrig.

Die Zentralisierung der Leichenschau liefert über die damit verbundene Ökonomisierung auch den Schlüssel zur Lösung der Qualitätsprobleme. Die Ökonomisierung des Leichenschaudienstes sorgt für ausreichende Attraktivität für gut ausgebildete Ärzte, welche die sogenannte hausärztliche Leichenschau unter regelmäßiger Qualitätskontrolle der Rechtsmedizin und dabei frei von Betriebsblindheit gegenüber Medizinischen Versorgungszentren, Altenheimen und Krankenhäusern bzw. naheliegender Interessenkollisionen erbringen können. Derzeit fallen im 24-h-Leichenschaudienst der KV durchschnittlich sechs Leichenschauanforderungen an, mit einem Fahrweg von mehr als 28 km pro Leiche. Die Analyse zeigt, dass der bestehende Leichenschaudienst der KV, in der jetzigen Form, ökonomisch wie ökologisch nicht zukunftsfähig ist. Dieser sollte seit 2004, nach seiner Auslagerung aus dem Bereitschaftsdienst der KV, über Spezialisierung bestehende Qualitätsprobleme der organisierten Leichenschau verbessern und insbesondere die Reaktionszeiten der Leichenschaubereitschaft verkürzen. Ärzte sollten sich nach Fortbildungskursen der Rechtsmedizin in 12-h-Schichten ausschließlich für

Leichenschauereinsätze bereithalten. Professor Volkmar Schneider, ehemaliger Direktor des Rechtsmedizinischen Institutes, äußerte sich zu seiner Initiative bei einem Abschiedsvortrag in der Berliner Urania im Januar 2007, auf eine konkrete Anfrage, wie folgt: *„Man hat in Berlin einen speziellen Leichenschaudienst eingerichtet, in dem z. B. arbeitslose approbierte osteuropäische Hausfrauen teilnehmen können, die vorher am Rechtsmedizinischen Institut durch eine spezielle Fortbildung für den Leichenschaudienst qualifiziert worden sind.“* Diese Äußerung zeigt, dass der Druck der Berliner Leichenschauereisere in der Vergangenheit durchaus originelle Lösungen hervorbrachte. „Osteuropäische approbierte Hausfrauen“, die unseres Gesundheitssystems unkundig sind, könnten auch mit einem rechtsmedizinischen Kurs zur Erkennung von Strangulations- oder Strommarken, Stich- oder Schusskanälen die Berliner Leichenschauereisere nicht lösen. Hinweise auf die häufigsten fremdverschuldeten Tötungsdelikte müssten, nach Schätzung der Studie von Brinkmann et al. (1997), durch die kenntnisreiche Interpretation von Krankenhausbriefen, auffälligen Medikamentenkombinationen oder durch Hinweise von Nachbarn oder Kollegen auf risikoreiche Wohnheiten oder kürzliche Krankenhausaufenthalte zu erwarten sein.

Hier soll das Wort einer Leichenschau geredet werden, die wieder so angemessen honoriert wird, dass sie für die große Zahl gut ausgebildeter Berliner Ärzte attraktiv sein kann und deren Ausführung so engmaschig und detailliert von der Berliner Rechtsmedizin kontrolliert wird, dass Mindeststandards der ambulanten Leichenschau, die seit Jahren existieren, garantiert werden können. Die Aufgabe der Berliner Rechtsmedizin wäre es, die Kontrollfunktion für die Einhaltung von Qualitätsstandards sowie die wissenschaftliche Begleitung der ambulanten Leichenschau zu erweitern.

Die Münchner und die Hamburger Leichenschau bieten bei „aufgefundenen Verstorbenen“, im Vergleich zu den derzeitigen Berliner Verhältnissen, kaum zu überschätzende Qualitätsvorteile. Diese können aber nicht über einen Geburtsfehler hinweg täuschen: Die Rechtsmedizin hat dort die von ihr vorher kritisierte Leistung selbst übernommen. Es wird der Trend erkennbar, dass vormalige Kontrollinstanzen der ambulanten Leichenschau sich auf die Erbringung von Leistungen einrichten, die sie vorher kontrolliert haben.

Der Projektgruppe Leichenschau der Justizministerkonferenz (Konstituierung am 21.08.08) ist insofern zu widersprechen, dass nur Fachärzte für Rechtsmedizin über die erforderliche Sachkunde für die ambulante Leichenschau verfügen. „Nicht natürliche Todesfälle“ sind nicht überwiegend Folgen physischer Gewalt. Die Folgen medizinischer Eingriffe, Behandlungsfehler, Pflegefehler und Vernachlässigung durch Angehörige oder Pflegeeinrichtungen haben in der alternden Gesellschaft die rechtsmedizinischen „Klassiker“ wie Strangulation, Kohlenmonoxid,

Strom, Arsen und E 605 im Todesursachenranking auf die hinteren Plätze verdrängt. Hinweise auf die Todesursache lassen sich bei der äußeren Leichenschau nur durch die kenntnisreiche Auswertung von Krankenhaus- und Pflegeakten und von der Bewertung unterschiedlichster Einzelfaktoren der Auffindesituation ableiten, zu der neben der Bewertung aufgefundener Medikamente, auch die Einschätzung gehört, welche zeitgleich im Gebrauch waren. Der Leichenschauer braucht, wie jeder Gutachter, neben absoluter Unabhängigkeit die Routine, Pflegeakten, Krankenhausberichte und einschlägige Risikokonstellationen der Auffindesituation zu einem Gesamtbild zusammenzufügen, um gegebenenfalls Unstimmigkeiten zu erkennen. Diese Fähigkeiten erwerben Ärzte nicht nur im Rahmen rechtsmedizinischer Weiterbildungen. Möglicherweise können die Weiterbildungsgänge in Krankenhäusern und ambulanten Praxen, wie sie aktuell in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern festgeschrieben sind, durchaus äquivalente, wenn nicht gar bessere, Voraussetzungen zum Erkennen von Risikoprofilen der häufigsten (iatrogenen) Todesarten gewährleisten.

4.5.3 Zentraler Ärztlicher Leichenschauendienst (ZÄL)

Der direkte Weg zur Qualitätsverbesserung der Leichenschau führt über einen ZÄL. Die Qualität dieser Einrichtung steht und fällt mit der Motivation der Bereitschaftsärzte, deren Arbeit gleichwohl kontinuierlich überwacht werden muss. Die Realisierung eines funktionierenden Leichenschauendienstes wird durch folgende organisatorische Voraussetzungen bedingt: Die, durch die exklusive Zuständigkeit für alle Berliner Verstorbenen (Krankenhaus- und ambulante Todesfälle), stark verbesserte Auftragslage führt zu verkürzten Anfahrtswegen, was mit jährlich rund 28 000 – 30 000 Todesfällen in Berlin zu realisieren ist. Die Verzehnfachung der derzeitigen Leichenschauaufträge der KV könnte durch eine Verdopplung der aktuellen Besetzung des KV-Dienstes (acht statt derzeit vier Ärzte pro Tag) abgearbeitet werden. Die Folge wäre eine deutliche Senkung des durchschnittlichen Anfahrtsweges pro Leiche von derzeit 28 km auf 4 km (Erfahrungswert aus dem ÄBD). Die durchschnittliche Zahl der Einsätze pro Dienst und Arzt wird mit acht Aufträgen kalkuliert. Die Berliner Polizei müsste die aktuelle Praxis der „freien Arztwahl“ zugunsten des ZÄL beenden.

Der ZÄL wäre auch die geeignete Antwort auf Serientötungen in Altenheimen und Krankenhäusern. Diese haben bis in die jüngste Vergangenheit und bis in die Intensivstationen der Krankenhäuser hinein die Frage aufgeworfen, ob die bei der gerichtlichen Aufarbeitung von serienmäßigen Tötungsdelikten in medizinischen Einrichtungen als begünstigende Faktoren

erkannte „Betriebsblindheit“ und „Korpsdenken“, nicht durch den routinierten „Einblick von außen“, etwa durch Ärzte des ZÄL, korrigiert werden könnten.

Große Unternehmen investieren weltweit namhafte Anteile ihrer Umsätze in einen sachverständigen Blick von außen durch Unternehmensberater. Den großen und kleinen Unternehmen der Berliner Gesundheitsindustrie könnte und sollte diese Dienstleistung, zumindest an den sensiblen Schnittstellen Todesart- und Todesursachenermittlung, ohne Belastung der öffentlichen Haushalte über einen Zentralen Ärztlichen Leichenschauendienst (ZÄL) offeriert werden.

In Berlin wäre dieser ZÄL aufgrund bereits existierender Strukturen z. B. bei der KV, einer Empfehlung der oben genannten Projektgruppe folgend, jederzeit für private wie öffentliche Haushalte kostenneutral realisierbar. Berlin besitzt als zweitgrößter städtisch geprägter Ballungsraum der BRD alle Voraussetzungen, um einen leistungsfähigen Leichenschauendienst für Leistungs- wie Kostenträger gleichermaßen wirtschaftlich zu erbringen. Ein Blick auf das Beispiel der allerdings kleineren bayerischen Metropole zeigt, dass die Qualitätssicherung eines Leichenschauendienstes durch die Anbindung an das Rechtsmedizinische Institut gewährleistet werden kann. Die von den Ländern zäh verteidigte Hoheit der Bestattungsgesetzgebung findet durch diese Überlegungen befürwortende Argumente. Die Schaffung eines passgenauen qualitätssichernden Bestattungsgesetzes ist in der Hauptstadt, wie kaum irgendwo sonst, überfällig.

Da der ZÄL für jeden niedergelassenen Arzt geöffnet wäre, der an regelmäßigen Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnimmt, könnte die Befürchtung von Einkommensverlusten der niedergelassenen Ärzte wegen seiner guten Arbeitsbedingungen entkräftet werden (planbare 6-Stundendienste, die durch hohe Einsatzzahlen angemessene Einkünfte ermöglichen).

Die gesetzliche Entpflichtung behandelnder Ärzte von der Leichenschau müsste von einem Katalog von Ausführungsvorschriften flankiert werden, wie sie etwa in Bremen, Hamburg und München längst Realität sind.

Der ZÄL könnte eine weitere schwere Sicherheitslücke schließen. Die derzeitige Praxis von Privatleuten, Polizisten und Altenheimen, völlig unkontrolliert Ärzte ihrer Wahl mit der Leichenschau zu beauftragen, muss als Sicherheitslücke im bestehenden Ablauf der Leichenschau und damit als Einschränkung der Rechtssicherheit gewertet werden. Die ärztliche Leichenschau ist ein wichtiger Teil hoheitlicher Kontrollfunktionen. Die staatlich bestellten Kontrolleure werden ihrerseits allerdings keiner speziellen Überprüfung unterzogen. Niemand prüft in Berlin die Identität, Approbation oder den Stempel der Leichenschauer. Gut ausgebildete Verkehrspolizisten filtern kenntnisreich gefälschte Nummernschilder, Frachtbescheinigungen

sowie Fahrerlaubnisse aus den Verkehrsströmen dieser Republik. Den Berliner Leichenschauern wird diese Aufmerksamkeit nicht zuteil. Niemand kontrolliert an dieser forensisch sensiblen Stelle die Leichenschauer. Die Sicherheit kleiner überschaubarer Gemeinwesen stützt sich auf die wechselseitige Kontrolle der Bürger. Solange die Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ ausschließlich beim Bereitschaftsdienst der KV angesiedelt war, gab es eine effektive Kontrolle der Ärzte. Die Überprüfung der ärztlichen Approbation oblag der KV. Ihr Bereitschaftsdienst konnte sich zusätzlich auf die Kontrollmechanismen kleiner überschaubarer Gemeinschaften stützen. Jeder Neue im Team war im Fokus vielfältigster Beobachtung und blieb es als Altgedienter bis zu seinem Ausscheiden. Seit 15 Jahren werden ausgerechnet in Berlin und ausgerechnet unter Mitwirkung der Polizei diese Kontrollmechanismen außer Kraft gesetzt. Dabei ist es von der Einsicht, dass in Berlin jeder Polizist, jede Krankenschwester und jede andere Privatperson einen ihm genehmen Leichenschauer beauftragen darf, nur ein winziger Schritt zu der Befürchtung, dass die ärztliche Leichenschau jederzeit durch ein Leichenschauformular zusammen mit einem selbst gefertigten Stempel ersetzt werden könnte. Die Zentralisierung der Leichenschau ist für die Hauptstadt aus ökologischer, wirtschaftlicher sowie forensischer und sicherheitspolitischer Perspektive alternativlos.

4.5.4 Bedingungen einer qualitativ hochwertigen Leichenschau im Bereitschaftsdienst

Der Schlüssel zur Qualitätssicherung der ärztlichen Leichenschau liegt in der angemessenen Honorierung. Die Ergebnisse dieser Arbeit relativieren den von Kriminalbeamten und Rechtsmedizinern gern verbreiteten Mythos, dass die Leichenschau durch Bereitschaftsärzte nicht durchgeführt werden sollte, da diesen die geeignete Ausbildung sowie berufsspezifisch das Interesse fehle. Dieser Mythos wurde offenbar auch vom Berliner LKA in das Zentrum der Erhebung zur Qualität der Leichenschau gestellt.

Auch wenn sich die Ergebnisse dieser Arbeit auf andere Metropolen nur mit Vorsicht übertragen lassen, scheint der Ansatz, das dem investigativen Journalismus entlehnte Prinzip „Folge der Spur des Geldes“ in den wissenschaftlichen Diskurs über die Leichenschau einzuführen, universell anwendbar.

Die häufigste und oberflächlichste Meinungsäußerung lautet: Die schlechte Ausbildung der Ärzte ist die Ursache für die Qualitätsprobleme der Leichenschau. Kaum eine medizinische Disziplin hat sich in den letzten Jahrzehnten weniger gewandelt als das ärztliche Handwerk der äußeren Leichenschau. Jeder Aspekt der äußeren Leichenschau kann in alten Standardwerken nachgelesen werden und bleibt dort zeitlos aktuell. Rechtsmedizin ist als Fach in der

Approbationsordnung vorgeschrieben. Studenten erlernen in Kursen die Durchführung der Leichenschau. Jeder Handgriff der äußeren Leichenschau kann gefahrlos an Leichen trainiert werden. Es leuchtet nicht ein, dass eine Berufsgruppe, die ein quartalsweise wechselndes Abrechnungswesen und die exponentielle Entwicklung neuer Therapiekonzepte verschiedenster Spezialdisziplinen bewältigt, ausgerechnet beim Wissenserwerb für die äußere Leichenschau versagen sollte. Der Schlüssel zur Problemlösung findet sich daher nicht bei den Standards der ärztlichen Aus- oder Weiterbildung, sondern in den Tiefen der Motivationslage der Ärzteschaft. „Ärzte haben ihren Beruf gewählt, um Lebenden zu helfen“ (Rückert 2000). Dieser Erklärungsversuch für ärztliche Vermeidungsreaktionen bei der Leichenschau steht dem Argument der schlechten Ausbildung in Nichts nach. Ärzte finden und fanden ihre berufliche Erfüllung in den abseitigsten Disziplinen, wie ein Blick in die jüngere Medizingeschichte lehrt. Speziell die Universitätsstadt Berlin ist auch die Hauptstadt gut ausgebildeter Ärzte, aus denen sich genügend Interessenten für jedes noch so abseitige Spezialfach rekrutieren lassen sollten, falls die Arbeitsbedingungen stimmen. Eine wichtige Messgröße ist die Honorierung. Die Zentralisierung des Leichenschaudienstes ist somit ein wichtiges Element zur Problemlösung. Ein ungelöstes Problem ist das Leichenschauhonorar von 14,57 € des Berliner Senats. Eine Behörde, die mit praxisnahem Kalkül einen verschmutzten Einsatzwagen der Polizei über eine Aufwandsentschädigung von 40,00 € durch einen Schutzpolizisten reinigen lässt und damit diesen Einsatzwagen in fortgesetzter Betriebsbereitschaft hält, darf nicht an der Honorierung der ärztlichen Leichenschau, einer hoheitlichen Kontrollfunktion, für 14,57 € festhalten. Dieser schwer nachvollziehbare Sparwille hat teure Folgen für das Nachbarressort. Die Berliner Polizei erbringt die von den Ärzten verweigerte Leistung unter teurer Überdehnung personeller Ressourcen, nie unterhalb eines Aufwands von acht Polizistenstunden pro delegierter Leichenschau. Da dieser Missstand schon seit mehreren Jahrzehnten existiert, dürften diese Zusammenhänge ressortübergreifend und bis in die Spitzen der Verwaltung bekannt sein. Das Gebot sparsamen Wirtschaftens kann aber auch in öffentlichen Verwaltungen nur zusammen mit den Folgen des jeweiligen Verwaltungseingriffs auf Nachbarressorts umgesetzt werden. Die Abschaffung der kontraproduktiven Honorarbeschneidung durch die Berliner Verwaltung, kombiniert mit einer eindeutig problemorientierten, notfalls mutigen Äußerung der Ärztekammer Berlin zum Ansatz der GOÄ-Analogziffer 50A sowie zu den Steigerungsfaktoren im Rahmen des organisierten Leichenschaudienstes könnten in Berlin zusammen mit dem Honorarproblem auch die allseits beklagte Misere der ärztlichen Leichenschau lösen.

4.5.5 Neuordnung polizeilicher Aufgaben der Berliner Leichenschau

Die Berliner Spezialität, Leichenschauen bei „aufgefundenen Verstorbenen“ überwiegend ohne Ärzte durchzuführen, widerspricht der Intention des Bestattungsgesetzes. In Berlin wurde die bestattungsgesetzliche Regelung eines Spezialfalls bei „aufgefundenen Verstorbenen“ zur Polizeikompetenz überschreitenden Spezialität. Falls ärztliche Leichenschaukompetenz, die einzig dem Auftrag des Berliner Bestattungsgesetzes gerecht werden kann, in Berlin an „aufgefundene Verstorbene“ zurückgeführt werden soll, müssen Schutzpolizisten neu instruiert, Bereitschaftsärzte neu motiviert und Rechtsmediziner stärker als bisher in die Qualitätskontrolle eingebunden werden. Die Auswertung von 39 Leichenschauereinsätzen bei „aufgefundenen Verstorbenen“ stützt die Annahme, dass ein bedeutsames Einsparpotenzial öffentlicher Ressourcen durch die Neuordnung polizeilicher Abläufe erzielt werden kann. Dies wird insbesondere durch den Vergleich mit den Hamburger Organisationsstrukturen deutlich. Die Feststellung, ob „aufgefundene Verstorbene“ identifiziert werden können oder sich im Zustand fortgeschrittener Leichenfäulnis befinden, können Berliner Schutzpolizisten gut treffen und in diesen scharf definierten Fällen, jeweils nach telefonischer Rücksprache mit den Beamten der Verbrechensbekämpfung, diese unverzüglich zur äußeren Leichenschau in die Rechtsmedizin abtransportieren lassen. Die Übernahme des Hamburger Systems könnte in Berlin zur Lösung der genannten Probleme beitragen. Dazu gehören die seit Jahrzehnten beklagten Qualitätsprobleme der äußeren Leichenschau sowie die personelle Entlastung der Berliner Schutzpolizei, wie folgendes Rechenbeispiel auf der Grundlage erfahrungsbasierter Kalkulationen illustrieren kann. Letzterer liegt die Annahme von zehn äußeren Leichenschauen zugrunde, die täglich von Beamten der Verbrechensbekämpfung in Berlin durchgeführt werden. Die damit verbundenen Wartezeiten von jeweils zwei Schutzpolizisten auf den Bereitschaftsarzt sowie die nachfolgenden Beamten der Verbrechensbekämpfung werden mit durchschnittlich vier Stunden angenommen. (Das LKA Berlin geht von mindestens acht Polizistenstunden im Durchschnitt aus.) Die Bearbeitungszeit der zwei bis drei Beamten der Verbrechensbekämpfung muss mit Vor- und Nachbereitung pro Einsatz mit sechs Polizistenstunden kalkuliert werden, weshalb das Einsparpotenzial der Hamburger Lösung für Berlin mit täglich mindestens 100 Polizistenstunden kalkuliert werden kann. Dieser Einsparung stehen eine erhöhte Auslastung des Leichentransportdienstes der Rechtsmedizin, zusätzlich benötigte Rechtsmediziner sowie Verwaltungspersonal auf der Ausgabenseite gegenüber. Diese Kalkulation verzichtet bewusst darauf, Einsparpotenziale durch eine verbesserte ärztliche Leichenschau, etwa im Rahmen eines Zentralen Ärztlichen Leichenschaudienstes, anzusetzen, da dieser möglicherweise einige

zusätzliche rechtsmedizinische Untersuchungen aus dem Alten- und Pflegeheimbereich nach sich zieht. Den neu zu schaffenden Rechtsmedizinerstellen stehen Einnahmen aus den zusätzlichen äußeren Leichenschauen in der Rechtsmedizin sowie Einsparungen aus den freigesetzten Polizistenstunden gegenüber.

Die Suche nach schutzpolizeilichen Ressourcen lohnt auch in jenen Fällen, bei denen die Polizei nach Notarzteinsätzen die Wohnung der Verstorbenen sichert und routinemäßig den Bereitschaftsarzt zur Leichenschau nachfordert, obwohl dies nicht in jedem Fall sachgerecht und plausibel erscheint. Falls die Auffindeumstände nach Notarzteinsätzen suspekt sind, sollte die Todesfeststellung durch den Notarzt genügen, um ohne weiteres Warten auf den Bereitschaftsarzt die Beamten der Verbrechensbekämpfung nachzufordern. Im weitaus häufigsten Fall ist der Tod als absehbare Folge einer Erkrankung in Anwesenheit der Angehörigen eingetreten. In diesen Fällen rückt gelegentlich ein Notarzt aus und stellt nur noch den Tod fest. Auch in diesen Fällen fahren Berliner Schutzpolizisten mit Blaulicht zum Einsatzort und könnten den Notarzt auffordern, zusätzlich zum Einsatzprotokoll das Formular „Vorläufige Todesbescheinigung“ auszufüllen. Dieses Formular hat das Potenzial, vier Polizistenstunden einzusparen, wenn der Notarzt eine Leichenschau durch den Bereitschafts- oder Hausarzt durch dieses Formular veranlasst. In diesem Fall könnten die Schutzpolizisten alle weiteren Formalitäten den anwesenden Angehörigen überlassen und sich bei ihrem Lagedienst wieder dienstbereit melden. In den letzten Jahren bis zum Juli 2009 erwarteten die Schutzpolizisten nach einem Notarzteinsatz in allen untersuchten Fällen den Bereitschaftsarzt zusammen mit den Angehörigen und wichen auch nicht von deren Seite, nachdem ein „natürlicher Tod“ attestiert wurde.

Die aktuelle Organisationsform der Berliner Leichenschau setzt die Polizei der ständigen Gefahr personeller und fachlicher Überdehnung aus. Die hier angedachte Rückführung der Leichenschau „aufgefundener Verstorbener“ in den ärztlichen, d. h. überwiegend rechtsmedizinischen Verantwortungsbereich würde als Nebenwirkung zu erheblicher Entlastung der Berliner Polizei von lästiger Routine führen. Die bessere Einbindung der Rechtsmedizin würde darüber hinaus die Voraussetzungen für die Generierung medizinischer Daten schaffen. Von einem toxikologischen Screening z. B. des Blasenpunktates oder von Schenkelvenenblut jeder zehnten eingelieferten Leiche wäre „der Tod so mancher Dunkelziffer“ zu erwarten. Eine qualitätsorientierte Modernisierung der gesetzlichen Leichenschau wäre für das Gemeinwesen zum Nulltarif, aber nicht ohne Ärzte und nicht ohne die Novellierung des Berliner Bestattungsgesetzes, zu haben.

4.5.6 Vorschläge zur Novellierung des Berliner Bestattungsgesetzes

Der zukünftige Berliner Leichenschauschein sollte, wie das Hamburger und Münchner Beispiel, Mindeststandards der ärztlichen Leichenschau festschreiben und etwaige Abweichungen unter Begründungspflicht stellen. Allgemein formuliert muss der Berliner Leichenschauschein vom „Informationsgrab“ in seiner jetzigen Form zum Informationsträger weiterentwickelt werden. Dazu wäre unter anderem die Ausdifferenzierung der Todesart rubriken notwendig. Bei einem Verdachtsfall eines „nicht natürlichen Todes“ im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen (Rubrik „IRM-Fall“, analog dem Bremer Vorbild § 8 Abs. 3 BremGLW, siehe hierzu Glossar), sollte die Leiche ohne Umwege über die Beamten der Verbrechensbekämpfung direkt via Staatsanwaltschaft der Rechtsmedizin überstellt werden können. Beim Tod in der Folge einer medizinisch versorgten Sturzverletzung können weder Polizisten noch Beamte der Verbrechensbekämpfung zur Klärung oder Beweissicherung Sachdienliches beitragen. Nach der derzeitigen Gesetzeslage zieht jede „nicht natürliche Todesart“ einen Polizeieinsatz nach sich, ohne dass diese Maßnahme auf Sinnhaftigkeit überprüft oder ausgesetzt werden könnte.

Für einen novellierten Berliner Leichenschauschein ist Folgendes zu fordern:

1. Spezifizierung der Angaben zur Identitätsfeststellung
(„Personalausweis“, „Angaben Dritter“, „nicht möglich“)
2. Spezifizierung des Sterbezeitpunktes
(„eigene Feststellung“, „Angaben Dritter“, „mit Sicherheit noch gelebt“, „mit Sicherheit schon tot“)
3. Obligate Begründung auch der „Todesart ungewiss“
4. Aufnahme der Todesart IRM-Fall, analog zum Bremer Leichenschauschein
5. Angabe der sicheren Todeszeichen und ggf. vorausgegangener Reanimation
6. Angaben zur Herkunft der Todesursachenangaben
(„behandelnder Arzt“, „Leichenschauer nach / ohne Angaben des behandelnden Arztes“)
7. Angabe von Warnhinweisen
8. Durchschrift und Umschläge für den Leichenschauer

Es ist in der Vergangenheit häufiger einer bundeseinheitlichen Bestattungsgesetzgebung das Wort geredet worden. Diese Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass die Fortsetzung der bisherigen föderalen Gesetzgebungspraxis für Berlin vorteilhaft ist. Die hier vorgestellten Vorschläge für eine Gesetzesnovellierung eignen sich daher nicht für Flächenländer. Sie reflektieren die

Fehlentwicklungen der Leichenschau in der Hauptstadt sowie die spezifischen Möglichkeiten, die einer Metropole für eine Qualitätsverbesserung zu Gebote stehen.

Der vom Gesetzgeber formulierte Auftrag an die ärztliche Leichenschau wird in Berlin umfassend verfehlt. Die Ursachen liegen im System, nicht im kollektiven Versagen einer Berufsgruppe. Der gesetzliche Leichenschauauftrag ergeht bundesweit an approbierte Ärzte, deren Ausbildung für die in den Ausführungsvorschriften des Bestattungsgesetzes formulierten Anforderungen in universeller Weise geeignet erscheint.

Es wurde redundant dargelegt, wie das Berliner Bestattungsgesetz im sensiblen Bereich „aufgefundener Verstorbener“ auf den Kopf gestellt wird. Für rund 5 000 Verstorbene jährlich wird die im Bestattungsgesetz formulierte Ausnahme zur Regel. Die Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“ wird von Bereitschaftsärzten (mit seltenen Ausnahmen) an Polizisten delegiert, denen somit als Erfüllungsgehilfe der Staatsanwaltschaft die Entscheidung obliegt, ob die ärztliche Leichenschau, die der Gesetzgeber als Regelfall bestimmt hat, im Institut der Rechtsmedizin nachgeholt wird. Mit wenigen Ausnahmen wird für „aufgefundene Verstorbene“ die ärztliche Leichenschau durch eine polizeiliche ersetzt. Eine exakte zahlenmäßige Erfassung dieser, vom LKA durchaus kritisierten Missstände, erfolgte bis heute nicht. Dieses Delegationsverfahren (Schätzungen liegen bei über zwei Drittel der „aufgefundenen Verstorbenen“) lässt sich für den Einzelfall aus dem Berliner Bestattungsgesetz herleiten, ist allerdings in seiner Berliner Häufung als Umgehung gesetzlicher Vorgaben durch die Bereitschaftsärzte zu werten, die sich, eine Gesetzeslücke nutzend, vor Überforderung und Missbrauch durch den Gesetzgeber schützen.

Täglich werden in Berlin mindestens 100 Polizistenstunden im Rahmen der Leichenschau bei „aufgefundenen Verstorbenen“ verschwendet. Deren Hinterbliebene (bzw. Rechtsnachfolger) werden routinemäßig unter Berufung auf das Berliner Bestattungsgesetz doppelt belastet. Da die ärztliche Todesfeststellung für eine Bestattung nicht ausreicht, finanziert der steuerzahlende Bürger zusätzlich noch den Einsatz der Beamten der Verbrechensbekämpfung, der ein Vielfaches der ärztlichen Leichenschau kostet und den gesetzlichen Auftrag zur medizinischen Datenerhebung nicht ersetzen und somit auch keinen Beitrag zur Todesursachenstatistik leisten kann. Das bereichsärztliche Delegationsverfahren bewirkt seit Jahrzehnten eine personelle wie fachliche Überdehnung der Berliner Polizei. Die Rechtsmedizin wird gleichwohl nur in Ausnahmefällen hinzugezogen. Die Misere der Leichenschau kann weder durch eine verbesserte Ausbildung der Ärzteschaft noch durch eine Verschärfung der Sanktionierungspraxis gelöst werden, sondern nur durch eine Anpassung der Rechtsstellung der Leichenschauärzte an die Bedeutung des Amtes. Diese Rechtsstellung besitzen beispielsweise Coroner (in USA), als

wirtschaftlich unabhängige sowie mit geprüfter Fachkunde ausgestattete Institution. Da sie dem Steuerzahler hohe Kosten aufbürden würden, war diese von Fachleuten allgemein favorisierte Lösung bislang in keinem Bundesland politisch durchsetzbar.

Ein wachsendes Problem der ärztlichen Leichenschau sind Objektivität und Unabhängigkeit des ärztlichen Urteils. Dieses Problem ist seit langem Gegenstand rechtsmedizinischer Erörterungen. Neue Dimensionen erhält die Problematik, seitdem Ärzte immer häufiger als Geschäftspartner einer Altenversorgungsindustrie praktizieren und sozusagen nebenbei noch die Kontrollfunktion im Sinne des Bestattungsgesetzes wahrnehmen. Die dafür verantwortliche demografische Entwicklung dürfte den „nicht natürlichen Tod“ durch äußere Gewalt zahlenmäßig längst von den ersten Rängen der Dunkelzifferschätzungen verdrängt haben. Als neue Spitzenreiter bei den Ursachen der „nicht natürlichen Todesarten“ werden Pflege- und Behandlungsfehler in Krankenhäusern und Altenheimen sowie systematische Vernachlässigungen oder Medikamentenüberdosierungen durch Betreuungseinrichtungen vermutet. Alle großen Altenheime haben inzwischen sogenannte Heimärzte vertraglich gebunden, Leichenschauleistungen auch am Wochenende inklusive. Der Gesetzgeber hat aus naheliegenden Gründen bei der Qualitätskontrolle von Alten- und Pflegeheimen die formal durchaus unabhängig wirtschaftenden Heimärzte außen vor gelassen. Die ärztliche Kontrollfunktion wird durch die derzeitige Bestattungsgesetzgebung in allen Bundesländern vernachlässigt. Wenn Ärzte einen namhaften Teil ihrer Einkünfte aus der Zusammenarbeit mit einem Alten- und Pflegeheimträger beziehen, sollte man sie nicht auch via Leichenschau zu institutionalisierten Wächtern möglicher Versäumnisse der Pflege oder / und ärztlichen Behandlungen machen. Dabei geht jegliche Unabhängigkeit verloren. Dies gilt auch für Krankenhäuser. Während die Qualitätskontrolle von Altenheimen durch den unabhängigen Medizinischen Dienst der Krankenkassen teuer bezahlt werden muss, wäre die Leichenschau durch einen, per gesetzlicher Novellierung des Berliner Bestattungsgesetzes, unabhängigen Zentralen Ärztlichen Leichenschaudienst praktisch zum Nulltarif zu haben.

Da bei der chronisch angespannten Haushaltslage Berlins das Leichenschauwesen nur unter Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte organisiert werden kann, muss jede zukunftsfähige Gesetzesnovellierung sowohl den ökonomischen Belangen der in die Pflicht genommenen Leistungserbringer als auch der Bestattungskostspflichtigen sowie den ökologischen Erfordernissen gerecht werden. Die genannten Qualitätsprobleme könnten in Berlin durch einen reformierten Zentralen Ärztlichen Leichenschaudienst gelöst werden, der allerdings wirtschaftlich nur funktionieren kann, wenn er für alle Berliner Leichenschauen zuständig ist. Die bislang geübte Praxis, es einzelnen Personen (Krankenschwestern, Angehörigen, Polizisten)

zu überlassen, einen jeweils „genehm“ erscheinenden Leichenschauer anzufordern, ist mit dem gesetzlichen Kontrollauftrag der ärztlichen Leichenschau nicht vereinbar. Nur ein Zentraler Ärztlicher Leichenschaudienst der, wie in München, unter ständiger rechtsmedizinischer Kontrolle steht, könnte seinen gesetzlichen Kontrollauftrag erfüllen. Er wäre unabhängig von schädlichen Rücksichtnahmen und Einflüssen auf die Leichenschau, wie sie die behandelnden Ärzte der Verstorbenen gegenüber möglichen Fehlern und Versäumnissen des Pflegepersonals oder auch betreuenden Angehörigen nicht gewährleisten können.

Ein Zentraler Ärztlicher Leichenschaudienst für alle Berliner Verstorbenen könnte den teilnehmenden Ärzten so ausreichende Einkünfte aus ihrer Tätigkeit gewährleisten, dass daraus die Motivation zur gewissenhaften Erfüllung des vom Gesetzgeber zu definierenden umfassenden Dienstleistungskatalogs vorausgesetzt und durchgesetzt werden kann.

Leichenschauer, die durch eine gesetzliche Entpflichtungsregelung gegen Interessenkonflikte gefeit sind, könnten eine wirksame Kontrollfunktion ausüben.

Flankierende Maßnahmen sollten obligate Teilnahmen an kontinuierlichen theoretischen und praktischen Fortbildungen und Leistungsüberprüfungen durch das Rechtsmedizinische Institut sein, welches auch einen regelmäßigen wie obligaten kollegialen Erfahrungsaustausch betreut. Die dadurch entstehenden Kosten könnten über eine umsatzabhängige Gebühr umgelegt werden. Die verbesserten Einkünfte der Leichenschauärzte werden durch erhöhte Einsatzzahlen bei gleichzeitig verkürzten Fahrstrecken möglich. Letztere senken die Leichenschaukosten und entlasten dadurch öffentliche und private Haushalte sowie die Umwelt. Positive ökologische Effekte sind auch durch eine Neuordnung der Leichenschau für „aufgefundene Verstorbene“ zu erzielen. Wie das Hamburger Modell zeigt, können Einsätze von Beamten der Verbrechensbekämpfung, von Ausnahmen abgesehen, durch die routinemäßige äußere Leichenschau in der Rechtsmedizin, eine entsprechende personelle Verstärkung vorausgesetzt, ersetzt werden. Es werden dadurch nicht nur Polizistenwartezeiten auf Bereitschaftsärzte und die Beamten der Verbrechensbekämpfung eingespart, sondern auch deren Anfahrten. Die beschriebene Neuordnung der Leichenschau ist für die jeweiligen Kostenträger billiger, qualitativ besser und ökologisch verträglicher.

Diese Vorschläge sind das Ergebnis von Erfahrungen und Konsequenzen aus 82 Leichenschauen im Rahmen des Berliner Leichenschaudienstes der KV, sowie aus Folgerungen, die sich aus einem Systemvergleich der Berliner Leichenschau mit den vergleichbaren Strukturen in München und Hamburg ergeben haben.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangspunkt dieser Untersuchung ist die in der Fachpresse seit Jahrzehnten geübte Kritik an der ärztlichen Leichenschau, deren Mängel auf systemische Ursachen zurückgeführt werden. Da diese durch die jeweilige Gesetzgebung der Länder vorgegeben werden, wurden drei Metropolen - Berlin, Hamburg und München - auf markante systemimmanente Unterschiede geprüft und diese einem kritischen Vergleich unterzogen.

Zur Auswertung kamen die unterschiedlichen Organisationsstrukturen für die Leichenschau bei aufgefundenen Verstorbenen und überraschend auch Unterschiede der

Leichenschauhonorierung, für die eigentlich bundeseinheitliche Regelungen gelten sollten.

Es waren in einer Vorbereitungsphase Bereitschaftsärzte, Polizisten sowie leitende Beamte aus Rechtsmedizin und Polizeibehörden in den drei verglichenen Metropolen schriftlich und mündlich befragt worden. Das Landeskriminalamt Berlin stellte für diese Arbeit eine „Senatsvorlage“ sowie eine interne Erhebung aus den Jahren 1998/99 zur „Qualität der Ärztlichen Leichenschau“ zur Verfügung. Diese lassen den Schluss zu, dass in Berlin „aufgefundene Verstorbene“ überwiegend von der Polizei nicht aber von Ärzten untersucht bzw. beschaut werden. Berliner Bereitschaftsärzte verkürzen die Leichenschau bei aufgefundenen Verstorbenen überwiegend auf die leichter und schneller zu erbringende Todesfeststellung und delegieren weitergehende Untersuchungen nach §§ 5 und 6 des Berliner Bestattungsgesetzes an die Staatsanwaltschaft. In einer prospektiven Studie wurden 82 Leichenschauen im Rahmen des Leichenschaudienstes der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführt. Der Anteil der Leichenschauabbrüche betrug in der gesamten Stichprobe 30%, aber 64% in den Fällen, die von der Polizei angefordert wurden. Die Misere bereitschaftsärztlicher Leichenschau in Berlin erwies sich zugleich als Misere ihrer Honorierung. Während der 12-Stunden-Bereitschaftsdienste der KV Berlin wurden im mehrjährigen Durchschnitt im Tagesdienst unter dem Anspruch unverzüglicher Ausführung 3,82 Leichenschauaufträge erteilt. In der Stichprobe mussten bei identischer Einsatzfrequenz durchschnittlich 28 km pro Einsatz zurückgelegt werden. Damit kann nach Abzug der Kosten ein Stundenbrutto von durchschnittlich 15,00 € erreicht werden. Von diesem müssen Ärzte Beiträge für Rentenkasse, Ärztekammer und Berufshaftpflichtversicherung abführen. Diese unzureichende Honorierungssituation ist für Berlin spezifisch und eine Folge unzureichender Auftragslage sowie der von der Berliner Senatsverwaltung durchgängig angesetzten Honorarkürzung, falls die öffentliche Hand bestattungskostenpflichtig ist. In diesem Fall begrenzt die Berliner Senatsverwaltung das ärztliche Leichenschauhonorar auf 14,57 €. Steigerungsfaktoren und Zuschläge sowie die

Honorierung weiterer ärztlicher Leistungen, etwa das für eine ordnungsgemäße Leichenschau notwendige Konsil mit dem Hausarzt, werden von der Berliner Senatsverwaltung verweigert. Deren Leichenschauhonorierung wurde daraufhin einer Plausibilitätsprüfung mittels zweier Vergleiche unterzogen. Nach innen bot sich ein Vergleich mit dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) an, welches die Teilnahme an einer Leichenschau mit 49,00 € dreimal höher als die bereitschaftsärztliche Leichenschau honoriert. Nach außen zeigt der Vergleich mit München und Hamburg sogar eine bis zu dreifach bessere Honorierung der ärztlichen Leichenschau in diesen beiden Städten, da dort im Gegensatz zu Berlin Honorarkürzungen für Leichenschauer nicht bekannt sind.

Der Städtevergleich zeigt weiter, dass sich Berlin die personell aufwendigste Leichenschau für „aufgefundene Verstorbene“ leistet. Jede von Berliner Bereitschaftsärzten auf die Todesfeststellung verkürzte Leichenschau löst nach Schätzungen des Berliner Landeskriminalamtes Folgekosten für durchschnittlich acht zusätzliche Polizistenstunden aus. Durch die Übernahme des Hamburger Leichenschau Modells könnten in Berlin täglich 50 bis 100 Polizistenstunden eingespart werden, wenn „aufgefundene Verstorbene“ wie in Hamburg in der Rechtsmedizin beschaut würden.

Stellt man den Aspekt der optimierten Informationsschöpfung am Auffindeort der Verstorbenen in den Vordergrund, verspricht wohl das Konzept des Münchner Leichenschaudienstes die besten Ergebnisse. Dort führen Bereitschaftsärzte die Leichenschau ungekürzt und damit auch ohne Informationsverlust durch. Bei suspekter Auffindesituation werden Kriminalpolizisten nachalarmiert. Im Gegensatz zu Berlin warten die Münchner Bereitschaftsärzte stets das Eintreffen der angeforderten Spezialisten ab, um die Leichenschau mit vereinter Kompetenz durchzuführen bzw. fortzusetzen. Die Arbeit der Münchner Bereitschaftsärzte wird darüber hinaus kontinuierlich vom dortigen Lehrstuhl betreut bzw. kontrolliert.

Im Ergebnis wird eine Neuordnung der Berliner Leichenschau auf der Grundlage einer Novellierung des Berliner Bestattungsgesetzes gefordert, welche behandelnde Ärzte von der Leichenschau entpflichtet. Damit würden nicht nur die für ein Gutachterwesen inakzeptablen Interessenkonflikte behandelnder Ärzte als Leichenschauer beseitigt werden, sondern zugleich das Problem unzureichender Auftrags- bzw. Ertragslage eines zentralen Leichenschaudienstes, der dann alle Berliner Leichenschauen, auch die in den Krankenhäusern durchführt. Diese Novellierung sollte auch die andernorts längst realisierten gesetzlichen Mindeststandards für die Leichenschau umfassen. Über die Zentralisierung des Leichenschauwesens könnte auch eine bislang unbeachtete hauptstädtische Sicherheitslücke geschlossen werden: Polizisten, Altenpflegerinnen, Angehörige sowie alle anderen interessierten Personen können in Berlin

Leichenschauaufträge bei freier Arztwahl vergeben. Falls auf dem Leichenschauschein die Todesart „natürlicher Tod“ angekreuzt wird, entfällt im Falle einer Erdbestattung jede behördliche Überprüfung. In Berlin sind mehrere Tausend Personen zur Leichenschau berechtigt. Ihre Zahl wächst in Semestersprüngen, ohne dass eine Kontrolle oder eine zentrale Erfassung durch die Polizeibehörden stattfindet. Die Untersucherin wurde bei keinem Leichenschauereinsatz auf Identität oder Approbation überprüft. Berentete Ärzte berichten, dass sie während ihres Berufslebens als Bereitschaftsärzte niemals kontrolliert wurden. Es konnten in der Stichprobe keinerlei Kontrollroutinen in Form von Rückfragen oder Ähnlichem beobachtet werden. Die Erfahrungen aus dieser Untersuchung lehren, dass eine angemessene Kontrolle des Berliner Leichenschauwesens nicht existiert und wohl nur über eine zentrale Erfassung und die Zertifizierung berechtigter Leichenschauer im Rahmen eines zentralen ärztlichen Leichenschaudienstes gewährleistet werden könnte. Überschlägige Kalkulationen zeigen, dass eine zentral organisierte Leichenschau bei Entlastung öffentlicher und privater Haushalte zum Preis eines politischen Konsens möglich ist.

Welches der beiden Leichenschaukonzepte aus München und Hamburg den besseren Zugang zu den gesetzlich definierten Leichenschaudaten (Todesart und Todesursache) liefert, wäre einer Disziplin übergreifenden Erörterung würdig. Dies gilt auch für die Hintergründe des überraschend hohen Verlustes an mittlerer Lebenszeit von durchschnittlich 12 Jahren bei den aufgefundenen Verstorbenen der Stichprobe.

II GLOSSAR

ÄBD:	Abkürzung für Ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.
Äußere Leichenschau:	Dies ist die äußere Untersuchung an Verstorbenen, bei denen, im Gegensatz zur inneren Leichenschau, der Körper nicht eröffnet wird.
Aufgefundene Verstorbene:	Dies sind Verstorbene, die meist in ihren Wohnungen ohne Obhut eines Rechtsnachfolgers bzw. Befugten aufgefunden werden und bis zum Eintreffen des Leichenschauers von zwei Schutzpolizisten zur Eigentumssicherung bewacht werden.
Coroner:	Ein Beamter, der nach englischem bzw. nordamerikanischem Recht Leichenschauen vornimmt und zugleich untersuchungsrichterliche Befugnisse hat.
EBM:	Abkürzung für „Einheitlicher Bewertungsmaßstab zur Honorierung von Vertragsärzten der Gesetzlichen Krankenversicherungen“.
EKKH:	Abkürzung für Erster Kriminalhauptkommissar.
GESA:	Abkürzung für Gefangenensammelstelle, eine Einrichtung der Polizeibehörde.
Gesundheitskosten- dämpfungsgesetz:	Es wurde erstmals 1977 verabschiedet und danach in jeder Legislaturperiode reformiert. Der Text bezieht sich auf die Folgen von Reformen aus den Jahren 1989 und den folgenden Jahren.
GKV:	Abkürzung für Gesetzliche Krankenversicherung, die 88% aller Deutschen versichert und ärztliche Leistungen nicht nach GOÄ, sondern nach einem eigenen Regelwerk, dem EBM vergütet. Leichenschauen gehören nicht mehr zu den erstattungsfähigen Leistungen.
GOÄ:	Abkürzung für „Gebührenordnung für Ärzte“, ein Regelwerk, das verbindlich die Honorare für ärztliche Leistungen festlegt, falls für diese nicht die Vergütungsregelung der gesetzlichen Krankenkassen zuständig ist.
ICD:	Abkürzung für “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems”, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die eine statistische Erforschung von Erkrankungswahrscheinlichkeit und Sterberisiko jeder einzelnen Krankheit ermöglicht. ICD-10, Version 2006 ist die aktuell gültige Version.
IRM Fall:	Abkürzung für „Institut für Rechtsmedizin Fall“. § 8 Abs. 3 BremGLW bestimmt hierzu: Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer Narkose, mit operativen oder anderen therapeutischen oder sonstigen medizinischen Maßnahmen einschließlich Schutzimpfung eingetreten ist, hat der Leichenschauarzt umgehend die zuständige Behörde zu benachrichtigen und ihr die Todesbescheinigung zu übergeben. Besteht der Verdacht, dass der Todesfall auf einer unerwarteten

	Arzneimittelwirkung beruht, ist das Institut für Klinische Pharmakologie des Klinikums Bremen-Mitte zu benachrichtigen.
JVEG:	Abkürzung für Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz.
KV:	Abkürzung für Kassenärztliche Vereinigung Berlin.
KV-Pauschale:	Vermittlungsgebühr der KV Berlin, die pro Leichenschauereinsatz in Höhe von 1,50 € erhoben wird.
(Leichen)Fäulnis:	Dies sind sichtbare Leichenerscheinungen, hervorgerufen durch chemische Abbauprozesse, die zur Abschätzung des Todeszeitpunktes herangezogen werden können.
LKA:	Abkürzung für Landeskriminalamt.
„Natürliche Todesart“:	Der Tod ist ohne nachweisbare Einflüsse von außen eingetreten.
„Nicht natürliche Todesart“:	Der Tod ist aufgrund von Fremdverschulden (also auch Unterlassung) oder / und Unfallfolgen eingetreten.
„Sozialbestattung“:	In diesem Fall werden die Kosten für die Leichenschau und die Bestattung vom Träger der Sozialhilfe als öffentlich-rechtlicher Kostenträger übernommen, falls die Bestattungspflichtigen entweder mittellos sind, oder nicht existieren.
StPO:	Abkürzung für Strafprozessordnung.
„Ungewisse Todesart“:	Dieses ist das häufigste ärztliche Attest der ärztlichen Leichenschau bei „aufgefunden Verstorbenen“ in Berlin. Der Leichenschauer kann, bzw. will sich nicht auf eine „natürliche oder nicht natürliche Todesart“ festlegen (lassen).
Verbrechensbekämpfung:	Das Referat Verbrechensbekämpfung der Berliner Polizeidirektionen entsendet speziell ausgebildete Polizeibeamte, z. B. zu weiteren Ermittlungen bei „aufgefundenen Verstorbenen“. Sie werden von Schutzpolizisten vor Ort angefordert, falls vom Arzt auf dem Leichenschauschein eine „nicht natürliche oder ungewisse Todesart“ attestiert wird.
„Vorläufige Todesbescheinigung“:	Das Adjektiv bezieht sich auf das Formular, welches in Berlin offenbar noch unzureichend eingeführt ist. Es soll von Notärzten ausgestellt werden, die nur den amtlichen (irreversiblen) Tod attestieren. Eine ärztliche Leichenschau muss darauf noch erfolgen.
ZAK:	Eigename eines Berliner Privatärztlichen Notdienstes.
ZÄL:	Abkürzung für Zentraler Ärztlicher Leichenschaudienst. Dies ist ein selbst gewählter Begriff für einen hypothetischen Leichenschaudienst, der nach der ebenfalls hypothetischen Novellierung des Berliner Bestattungsgesetzes, welches die behandelnden Ärzte von der Leichenschau eigener Patienten entpflichten soll, die anfallenden Leichenschauen durch Bereitschaftsärzte gewährleisten kann.

III ANLAGE

Anlage Nr. 1: Berliner Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen

vom 2. November 1973 (GVBl. S. 1830), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Mai 2004 (GVBl. S. 215)

§ 1 BestG: Leichen

(1) Leiche im Sinne dieses Gesetzes ist der Körper eines Menschen, bei dem sichere Zeichen des Todes bestehen oder bei dem der Tod auf andere Weise zuverlässig festgestellt worden ist. Leblose Teile eines menschlichen Körpers gelten dann als einer Leiche zugehörig, wenn ohne sie ein Weiterleben des Individuums unmöglich wäre. Als Leiche gilt auch der Körper eines Neugeborenen, bei dem nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes

1. entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat und das danach verstorben ist oder

2. keines der unter Nummer 1 genannten Lebenszeichen festzustellen war, das Geburtsgewicht jedoch mindestens 500 Gramm betrug (Totgeborenes).

(2) Der Körper eines Neugeborenen mit einem Gewicht unter 500 Gramm, bei dem nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes keines der in Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 genannten Lebenszeichen festzustellen war (Fehlgeborenes), gilt nicht als Leiche im Sinne dieses Gesetzes.

§ 2 BestG: Ehrfurcht vor Toten

Wer mit Leichen umgeht, hat dabei die gebotene Ehrfurcht vor dem toten Menschen zu wahren.

§ 3 BestG: Leichenschaupflicht

(1) Jede Leiche ist zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).

(2) Jeder niedergelassene Arzt ist verpflichtet, die Leichenschau auf Verlangen vorzunehmen, sofern er nicht aus wichtigem Grund daran gehindert ist. Bei Sterbefällen in Krankenanstalten trifft diese Verpflichtung die dort tätigen Ärzte.

(3) Ein in der Notfallrettung tätiger Arzt kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der äußeren Umstände beschränken, wenn er durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung seiner Aufgaben in der Notfallrettung gehindert wird. Er hat unverzüglich eine vorläufige Todesbescheinigung auszustellen.

(4) Eine Leichenschau darf nicht durchgeführt werden von Ärzten, denen ein Zeugnisverweigerungsrecht nach § 52 Abs. 1 der Strafprozessordnung zusteht.

§ 4 BestG: Veranlassung der Leichenschau

(1) Bei einem Sterbefall haben die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen:

1. der Ehegatte oder Lebenspartner,
2. die volljährigen Kinder,
3. die Eltern,
4. andere Verwandte,
5. Personen, mit denen der Verstorbene in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat,
6. derjenige, in dessen Räumen oder auf dessen Grundstück sich der Sterbefall ereignet hat,
7. jede Person, die bei dem Tode zugegen war oder durch eigene Feststellungen davon Kenntnis erlangt hat.

(2) Bei einer Totgeburt haben die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen:

1. der eheliche Vater,
2. die Hebamme, die bei der Geburt zugegen war,
3. der Arzt, der dabei zugegen war,
4. jede Person, die dabei zugegen war oder durch eigene Feststellungen von der Geburt Kenntnis erlangt hat.

(3) Eine Verpflichtung die Leichenschau zu veranlassen, besteht nur, wenn die in der Reihenfolge früher genannten Personen nicht vorhanden oder aus wichtigem Grund verhindert sind.

(4) Bei Sterbefällen und Totgeburten in den nachstehend aufgeführten Einrichtungen sind vor den in den Absätzen 1 und 2 genannten Personen verpflichtet, die Leichenschau zu veranlassen:

1. in Krankenanstalten und Entbindungsheimen der leitende Arzt, bei mehreren selbstständigen Abteilungen der leitende Abteilungsarzt,
2. in sonstigen Anstalten und Heimen aller Art deren Leiter.

§ 5 BestG: Leichen von Unbekannten

Wer bei dem Tode eines Unbekannten zugegen ist oder die Leiche eines Unbekannten findet, hat hiervon unverzüglich die Polizeibehörde zu benachrichtigen. Die Leichenschau wird in diesen Fällen von der Polizeibehörde veranlasst.

§ 6 BestG: Vornahme der Leichenschau

(1) Der Arzt hat die Leichenschau grundsätzlich innerhalb von zwölf Stunden nach der Aufforderung hierzu vorzunehmen und über seine Feststellungen unter Verwendung des amtlichen Vordrucks unverzüglich einen Leichenschauschein auszustellen.

(2) Ergeben sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte dafür, dass der Verstorbene eines nicht natürlichen Todes gestorben oder seine Todesart ungewiss ist, so beendet der Arzt die Leichenschau mit dieser Feststellung und benachrichtigt unverzüglich die Polizeibehörde.

Anlage Nr. 1

§ 7 BestG: Auskunftspflicht

- (1) Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker, die den Verstorbenen vor seinem Tode behandelt haben, sind verpflichtet, dem Arzt, der die Leichenschau vornimmt, auf Verlangen über den von ihnen festgestellten Krankheitszustand Auskunft zu geben.
- (2) Die in Absatz 1 genannten Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker sind berechtigt, die Auskünfte auch der Polizeibehörde zu geben.

§ 8 BestG: Kosten der Leichenschau

Die Kosten der Leichenschau und der Ausstellung des Leichenschauscheines hat, soweit nicht ein anderer dazu verpflichtet ist, derjenige zu tragen, der für die Kosten der Bestattung aufzukommen hat.

§ 9 BestG: Überführung in Leichenhallen

- (1) Jede Leiche ist innerhalb von 36 Stunden in eine Leichenhalle zu überführen, sofern sie nicht innerhalb dieser Frist bestattet oder an einen Ort außerhalb Berlins befördert wird.
- (2) Leichenhallen im Sinne des Absatzes 1 sind die von dem Bezirksamt als geeignet anerkannten Leichenaufbewahrungsräume der Krankenanstalten, der Friedhöfe, der Krematorien, der anatomischen Institute, der gewerblichen Bestattungsunternehmen und der Polizeibehörde.
- (3) Für die Verpflichtung, die Leiche in eine Leichenhalle überfahren zu lassen, gilt § 16 entsprechend.

§ 10 BestG: Einsargung

Leichen sind spätestens vor der Beförderung zu dem Bestattungsort einzusargen und in einem Sarg zu bestatten. Nicht eingesargte Leichen sind bedeckt zu transportieren.

§ 11 BestG: Leichenpass

- (1) Die Beförderung einer Leiche aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes an einen Ort außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist nur mit einem Leichenpass zulässig. Die zuständige Behörde stellt den Leichenpass auf Antrag aus. Sie ist berechtigt, die für die Ausstellung des Leichenpasses erforderlichen Nachweise zu verlangen sowie eigene Ermittlungen anzustellen und Auskünfte einzuholen.
- (2) Leichen dürfen von einem Ort außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nur in das Land Berlin befördert werden, wenn aus einem Leichenpass oder einer amtlichen Bescheinigung hervorgeht, ob der Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes an einer übertragbaren Krankheit gelitten hat und dass gesundheitliche Bedenken gegen die Beförderung nicht bestehen.

§ 12 BestG: Leichenwagen

Leichen dürfen auf Straßen nur mit Fahrzeugen befördert werden, die zur Leichenbeförderung eingerichtet sind und ausschließlich zu diesem Zweck benutzt werden. Dies gilt nicht für die Bergung von Leichen und die Beförderung tödlich Verunglückter von der Unfallstelle.

§ 13 BestG: Aufbahrung von Leichen

Leichen können vor der Bestattung im geschlossenen Sarg an einem Ort aufgebahrt werden, den das Bezirksamt allgemein oder für den Einzelfall als für die Aufbahrung geeignet anerkannt hat. Die Aufbahrung ist auch über den in § 9 Abs. 1 genannten Zeitraum hinaus zulässig.

§ 14 BestG: Öffentliches Ausstellen von Leichen

- (1) Leichen dürfen nicht öffentlich ausgestellt werden. Das Öffnen oder Offenlassen des Sarges während der Bestattungsfeierlichkeiten ist verboten.
- (2) Das Bezirksamt kann Ausnahmen von den Verboten des Absatzes 1 zulassen.

§ 15 BestG: Bestattungspflicht

- (1) Jede Leiche muss bestattet werden. Dies gilt nicht für Totgeborene mit einem Gewicht unter 1.000 Gramm. Diese Totgeborenen sowie Fehlgeborene sind auf Wunsch eines Elternteils zu bestatten. Ist die Geburt in einer Einrichtung erfolgt, soll die Leitung der Einrichtung sicherstellen, dass die Angehörigen auf diese Bestattungsmöglichkeit hingewiesen werden.
- (2) Werden Totgeborene mit einem Gewicht unter 1.000 Gramm oder Fehlgeborene nicht bestattet, sind sie von der Einrichtung, in der die Geburt erfolgt ist, oder durch den Inhaber des Gewahrsams hygienisch einwandfrei und dem sittlichen Empfinden entsprechend zu beseitigen, sofern sie nicht zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Satz 1 gilt auch für die Beseitigung von Föten aus Schwangerschaftsabbrüchen sowie von Körperteilen.

§ 16 BestG: Bestattungspflichtige Personen

- (1) Für die Bestattung der Leiche haben zu sorgen:
 1. der Ehegatte oder Lebenspartner,
 2. die volljährigen Kinder,
 3. die Eltern,
 4. die volljährigen Geschwister,
 5. die volljährigen Enkelkinder,
 6. die Großeltern.
- (2) Eine Verpflichtung, für die Bestattung zu sorgen, besteht nur, wenn die in der Reihenfolge früher genannten Angehörigen nicht vorhanden oder aus wichtigem Grund gehindert sind, für die Bestattung zu sorgen.

Anlage Nr. 1

(3) Sind Bestattungspflichtige im Sinne des Absatzes 1 nicht vorhanden oder nicht zu ermitteln oder kommen sie ihrer Pflicht nicht oder nicht rechtzeitig nach und veranlasst kein anderer die Bestattung, hat das örtlich zuständige Bezirksamt auf Kosten des Bestattungspflichtigen für die Bestattung zu sorgen.

(4) Eine auf Gesetz oder Rechtsgeschäft beruhende Verpflichtung, die Kosten der Bestattung zu tragen, wird durch diese Vorschrift nicht berührt.

§ 17 BestG: Bestattungsarten

Die Bestattung kann als Erdbestattung oder als Feuerbestattung vorgenommen werden.

§ 18 BestG: Bestattungsort

(1) Erdbestattungen dürfen auf öffentlichen (landeseigenen und nichtlandeseigenen) Friedhöfen vorgenommen werden. Die zuständige Behörde kann Ausnahmen zulassen.

(2) Bei Feuerbestattungen dürfen Einäscherungen nur in den Krematorien des Landes Berlin vorgenommen werden. Für die Beisetzung von Aschen Verstorbener gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Die für die Errichtung und den Betrieb von Krematorien zuständige Senatsverwaltung kann mit Zustimmung der Senatsverwaltung für Finanzen und im Einvernehmen mit der Senatsverwaltung für Inneres die Errichtung und den Betrieb einzelner Feuerbestattungsanlagen widerruflich einem privaten Rechtsträger übertragen.

§ 19 BestG: Zulässigkeit der Bestattung

(1) Ein in Berlin Verstorbener darf erst bestattet werden, wenn ein Bestattungsschein erteilt worden ist und der Standesbeamte die Anzeige des Sterbefalles bescheinigt hat. Bei Totgeborenen gemäß § 1 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 ist an Stelle einer Bescheinigung mit dem Vermerk der Eintragung in das Sterbeprotokoll eine Bescheinigung mit dem Vermerk der Eintragung in das Geburtenbuch vorzulegen.

(2) Handelt es sich um die Leiche eines Unbekannten oder sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, so darf der Bestattungsschein erst erteilt werden, wenn die Staatsanwaltschaft die Bestattung schriftlich genehmigt hat (§ 159 Abs. 2 der Strafprozessordnung).

(3) Die den vertraulichen Teil des Leichenschauheftes verwahrende Behörde ist berechtigt, der Polizeibehörde auf Anfrage oder von Amts wegen die Auskünfte aus dem Leichenschauheft zu geben, die für den Vollzug des § 159 der Strafprozessordnung und des § 1559 der Reichsversicherungsordnung erforderlich sind. Dies gilt nicht für Angaben, die im Leichenschauheft nur zur Durchführung des Gesetzes über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes eingetragen sind.

§ 20 BestG: Besondere Voraussetzungen der Feuerbestattung

(1) Leichen, die gemäß § 15 Abs. 1 bestattet werden müssen, dürfen nur eingeäschert werden, wenn durch einen Arzt des zuständigen gerichtsmedizinischen Instituts nach Durchführung einer zweiten Leichenschau festgestellt worden ist, dass der Verstorbene eines natürlichen Todes gestorben ist. Die zweite Leichenschau erfolgt im Regelfall in dem die Einäscherung vornehmenden Krematorium.

(2) Ein in Berlin Verstorbener darf, soweit es sich nicht um ein Totgeborenes mit einem Gewicht unter 1.000 Gramm oder ein Fehlgeborenes handelt, zum Zweck der Einäscherung außerhalb des Landes Berlin erst nach Durchführung einer zweiten Leichenschau im Sinne des Absatzes 1 und Feststellung der dort genannten Umstände aus Berlin verbracht werden. Die zweite Leichenschau erfolgt hierbei durch einen Arzt des zuständigen gerichtsmedizinischen Instituts in einem Berliner Krematorium oder im zuständigen gerichtsmedizinischen Institut. Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung in den Fällen, in denen die Einäscherung im übrigen Bundesgebiet erfolgen soll, sofern die am vorgesehenen Einäscherungsort geltenden Rechtsvorschriften eine dem Verfahren nach Absatz 1 vergleichbare zweite Leichenschau als besondere Voraussetzung für die Einäscherung vorschreiben.

(3) Kann bei der Leichenschau nach den Absätzen 1 und 2 eine natürliche Todesursache nicht zuverlässig festgestellt werden, hat der Arzt Auskünfte nach § 7 einzuholen. Reichen die Auskünfte zur Feststellung einer natürlichen Todesursache nicht aus oder ergeben sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte dafür, dass der Verstorbene eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, so ist unverzüglich die Polizeibehörde zu benachrichtigen. In diesem Fall dürfen die Einäscherung nach Absatz 1 oder der Abtransport der Leiche nach Absatz 2 erst durchgeführt werden, wenn die Staatsanwaltschaft die Bestattung schriftlich genehmigt hat (§ 159 Abs. 2 der Strafprozessordnung).

§ 21 BestG: Zeitpunkt der Bestattung

Die Bestattung darf frühestens 48 Stunden nach Eintritt des Todes stattfinden, sofern nicht die zuständige Behörde auf Grund des Infektionsschutzgesetzes eine vorzeitige Bestattung anordnet.

§ 22 BestG: Bestattungsunterlagen

(1) Die für die Bestattungen auf öffentlichen Friedhöfen und für Einäscherungen in Krematorien Verantwortlichen dürfen Bestattungen und Einäscherungen nur zulassen, wenn ihnen die nach § 11 Abs. 2 und § 19 Abs. 1 vorgeschriebenen Bestattungs- und Beförderungsunterlagen ausgehändigt worden sind; für Einäscherungen in Krematorien ist zusätzlich eine Bescheinigung über die nach § 20 vorgeschriebene zweite Leichenschau vorzulegen.

(2) Soll ein Fehlgeborenes bestattet werden, ist den für Bestattungen auf öffentlichen Friedhöfen und für Einäscherungen in Krematorien Verantwortlichen eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, aus der sich das Datum und der Umstand der Fehlgeburt sowie Name und Anschrift der Mutter ergeben.

Anlage Nr. 1

§ 23 BestG: Ausgrabung von Leichen

- (1) Bestattete Leichen dürfen nur mit Erlaubnis des Bezirksamtes ausgegraben werden. Die Erlaubnis kann unter Bedingungen, die dem Schutz der Gesundheit dienen, erteilt werden.
- (2) Absatz 1 gilt nicht, wenn ein Gericht eine Leichenschau oder eine Leichenöffnung angeordnet oder die Polizeibehörde sie zur Untersuchung eines Unfalles (§ 1559 der Reichsersicherungsordnung) veranlasst hat.

§ 24 BestG: Ordnungswidrigkeiten

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 1. als Arzt
 - a) die Leichenschau entgegen § 3 Abs. 2 nicht oder entgegen § 6 Abs. 1 nicht rechtzeitig vornimmt,
 - b) eine vorläufige Todesbescheinigung entgegen § 3 Abs. 3 nicht oder nicht unverzüglich ausstellt,
 - c) eine Leichenschau entgegen § 3 Abs. 4 durchführt,
 - d) den Leichenschauschein entgegen § 6 Abs. 1 unvollständig, unrichtig oder nicht unverzüglich ausstellt,
 - e) die Polizeibehörde entgegen § 6 Abs. 2 nicht oder nicht unverzüglich benachrichtigt,
 2. als Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker Auskünfte nach § 7 unrichtig erteilt,
 3. als Bestattungsunternehmer
 - a) eine Leiche nicht innerhalb der Frist des § 9 Abs. 1 in eine Leichenhalle überführt, obwohl er die Bestattung übernommen hat,
 - b) eine Leiche entgegen § 10 nicht in einem Sarg oder entgegen § 12 nicht in einem Leichenwagen befördert,
 - c) entgegen § 20 Abs. 2 eine Leiche ohne vorangegangene zweite Leichenschau zum Zweck der Einäscherung aus Berlin verbringt,
 4. in grober Weise gegen das Gebot des § 2 verstößt,
 5. die Leichenschau entgegen § 4 nicht oder nicht rechtzeitig veranlasst,
 6. eine Leiche entgegen § 9 in einer nicht als geeignet anerkannten Leichenhalle aufbewahrt,
 7. eine Leiche entgegen den Anforderungen des § 11 transportiert,
 8. eine Leiche entgegen § 15 Abs. 1 der Bestattung entzieht oder eine Leiche bestattet, ohne dass die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 vorliegen,
 9. entgegen § 15 Abs. 2 Totgeborene mit einem Gewicht unter 1.000 Gramm, Fehlgeborene, Föten aus Schwangerschaftsabbrüchen oder Körperteile nicht hygienisch einwandfrei und dem sittlichen Empfinden entsprechend beseitigt,
 10. als bestattungspflichtiger Angehöriger entgegen § 16 Abs. 1 und 2 nicht für die Bestattung sorgt, es sei denn, dass ein anderer Angehöriger oder ein Dritter für die Bestattung sorgt,
 11. entgegen § 18 außerhalb öffentlicher Friedhöfe eine Leiche bestattet oder Asche Verstorbener beisetzt oder eine Leiche außerhalb eines Krematoriums einäschert,
 12. entgegen § 20 Abs. 1 eine Einäscherung ohne vorangegangene zweite Leichenschau durchführt oder durchführen lässt,
 13. eine bestattete Leiche ohne die nach § 23 vorgeschriebene Erlaubnis ausgräbt oder den Bedingungen, unter denen die Erlaubnis erteilt wurde, zuwiderhandelt.
- (2) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer auf Grund des § 25 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist.
- (3) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10.000 Euro geahndet werden.
- (4) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 Buchstabe e der Polizeipräsident in Berlin, in allen übrigen Fällen des Absatzes 1 das Bezirksamt.

§ 25 BestG: Rechtsverordnungen

- (1) Der Senat kann zur Durchführung dieses Gesetzes Rechtsverordnungen erlassen über
 1. die Durchführung der Leichenschau, den Inhalt, die Ausstellung und die Verwendung des Leichenschauscheins, der vorläufigen Todesbescheinigung, des Bestattungsscheins und des Leichenpasses,
 2. die Behandlung und die Beförderung von Leichen, insbesondere über die zu treffenden Schutzmaßnahmen und die Beschaffenheit der Särge,
 3. die an Leichenhallen zu stellenden Anforderungen und ihre Überwachung,
 4. die Aufbewahrung und den Versand von Aschen Verstorbener.
- (2) Der Senat kann durch Rechtsverordnung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung
 1. Ausnahmen von den Vorschriften des § 10 Satz 1 und des § 12 zulassen,
 2. anordnen, dass die Feuerbestattung auch ohne die besonderen Voraussetzungen des § 20 stattfinden darf.
- (3) Die Geltungsdauer einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 ist zu befristen; die Frist darf drei Monate nicht überschreiten.

§ 26 BestG: Verwaltungsvorschriften

Die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften erlässt das zuständige Mitglied des Senats im Einvernehmen mit dem Senator für Inneres.

§ 27 BestG:

hier nicht wiedergegeben

§ 28 BestG: In-Kraft-Treten

- (1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der §§ 25 und 26 neun Monate nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft; die §§ 25 und 26 treten am Tage nach der Verkündung in Kraft.
- (2) hier nicht wiedergegeben.

Anlage Nr. 2: Verordnung zur Durchführung des Berliner Bestattungsgesetzes

Vom 22. Oktober 1980*

Auf Grund des § 25 Abs. 1 des Bestattungsgesetzes vom 2. November 1973 (GVBl. S. 1830) wird verordnet:

ERSTER ABSCHNITT Leichenschauschein, Bestattungsschein und Leichenpaß

§ 1: Leichenschauschein

(1) Der Leichenschauschein besteht aus einem nicht vertraulichen Teil und einem vertraulichen Teil. Der nicht vertrauliche Teil des Leichenschauscheins ist in einer Ausfertigung, der vertrauliche Teil in drei Ausfertigungen auszufüllen.

(2) Das Muster des Leichenschauscheins bestimmt das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats im Einvernehmen mit dem Senator für Inneres.

§ 2: Inhalt des Leichenschauscheins

(1) Der nicht vertrauliche Teil des Leichenschauscheins enthält folgende Daten:

1. Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsort und Wohnort des Verstorbenen;
2. Sterbeort, bei Sterbefällen im Krankenhaus die Aufnahme­nummer des Verstorbenen und der Aufnahme­tag;
3. bei unbekanntem Toten das vermutliche Alter;
4. Zeitpunkt des Todes;
5. Ort, Tag und Uhrzeit der Todesfeststellung;
6. bei Kindern, die weniger als 24 Stunden gelebt haben, Lebensdauer in Stunden;
7. behandelnder Arzt des Verstorbenen;
8. Todesart (natürlicher Tod, nicht natürlicher Tod, ungeklärt);
9. bei nicht natürlichem Tod die Beschreibung des Ereignisses, das zum Tode geführt hat, mit Art der Verletzung und der Einwirkung;
10. die Angabe, ob eine Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz bestand;
11. die Angabe, ob von der Leiche die Gefahr der Krankheitsübertragung (Seuchengefahr) ausgeht.

(2) Der vertrauliche Teil des Leichenschauscheins enthält zusätzlich folgende Daten:

1. Art des Todes­eintritts (Endzustand);
2. Todesursache – Grundkrankheit – (klinische und ggf. pathologisch-anatomische Beurteilung);
3. andere wesentliche Krankheiten zur Zeit des Todes;
4. bei Tod durch Unfall die Schilderung der näheren Umstände;
5. die Angabe, ob eine Vergiftung vorlag;
6. bei Totgeborenen und Kindern unter einem Jahr
 - a) die nähere Bezeichnung des Ortes, an dem die Geburt erfolgte,
 - b) Gewicht und Größe bei der Geburt,
 - c) Reife bei der Geburt,
 - d) die Angabe, ob das Kind aus einer Mehrlingsgeburt stammt;
7. bei Frauen die Angabe, ob
 - a) eine Schwangerschaft vorlag,
 - b) in den letzten drei Monaten eine Entbindung erfolgt war;
8. die Angabe, ob eine Leichenöffnung vorgesehen ist.

(3) Der ausstellende Arzt hat die einzelnen Teile des Leichenschauscheins unter Angabe des Ortes und Tages der Ausstellung sowie seines Namens und seiner Anschrift eigenhändig zu unterschreiben.

§ 3: Verwendung des Leichenschauscheins

(1) Der Arzt hat den nicht vertraulichen Teil des Leichenschauscheins offen demjenigen, der für die Bestattung sorgt (§ 16 des Bestattungsgesetzes) oder dessen Beauftragten auszuhändigen. Dieser ist verpflichtet, ihn unverzüglich zwecks melderechtl. Erfassung einem Bürgeramt der Bezirksverwaltung vorzulegen und an den für die Beurkundung des Sterbefalles zuständigen Standesbeamten weiterzuleiten.

(2) Ist eine Feuerbestattung vorgesehen, so händigt der Standesbeamte den nicht vertraulichen Teil des Leichenschauscheins der in Absatz 1 genannten Person zur Weiterleitung an das die Einäscherung vornehmende Krematorium aus, das ihn dem für den Einäscherungsort zuständigen Bürgeramt der Bezirksverwaltung vorlegt. Nach der Erteilung der Erlaubnis zur Feuerbestattung (§ 20 des Bestattungsgesetzes) leitet dieses den nicht vertraulichen Teil des Leichenschauscheins an das Statistische Landesamt Berlin weiter, welches ihn an die Bezirksverwaltung des Bezirks, in dem sich der Sterbeort befindet, weiterleitet. Ist eine Erdbestattung vorgesehen, so übersendet der Standesbeamte den nicht vertraulichen Teil des Leichenschauscheins an das Statistische Landesamt Berlin, das ihn an die Bezirksverwaltung des Bezirks, in dem sich der Sterbeort befindet, weiterleitet.

(3) Der Arzt hat die erste Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschauscheins unverzüglich an das Bezirksamt des Sterbeortes (Gesundheitsamt) zu übersenden. Dieses prüft die Vollständigkeit der medizinischen Angaben und leitet ihn an das Statistische Landesamt Berlin weiter. Ist eine Erdbestattung vorgesehen, ist die zweite Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschauscheins der ersten beizufügen. Die dritte Ausfertigung ist beizufügen, wenn eine Leichenöffnung nicht vorgesehen ist.

Anlage Nr. 2

(4) Ist eine Feuerbestattung vorgesehen, so hat der Arzt die zweite Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins in einem besonderen, verschlossenen Umschlag der in Absatz 1 genannten Person zur Weiterleitung an das die Einäscherung vornehmende Krematorium auszuhändigen, das diese Ausfertigung dem Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin übergibt. Wenn die Bestattungspflichtigen innerhalb der Aufbewahrungsfrist des § 4 Abs. 3 statt der Erdbestattung eine Feuerbestattung vornehmen lassen wollen, übersendet das Bezirksamt des Sterbeortes (Gesundheitsamt) oder das Statistische Landesamt die zweite Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins an das die Einäscherung vornehmende Krematorium.

(5) Ist eine Leichenöffnung vorgesehen, hat der die äußere Leichenschau vornehmende Arzt die dritte Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins an das pathologische Institut zu übersenden, das die Leichenöffnung vornehmen soll. Der die innere Leichenschau vornehmende Arzt hat die von ihm ermittelte Todesursache einzutragen und seine Feststellungen zu unterschreiben. Er übersendet die dritte Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins innerhalb von fünf Tagen nach der Leichenöffnung dem Statistischen Landesamt Berlin; sollte die vorgesehene Leichenöffnung nicht stattfinden, so ist diese Ausfertigung mit dem Vermerk „Leichenöffnung nicht erfolgt“ ebenfalls dem Statistischen Landesamt Berlin zu übersenden.

(6) Für die Weitergabe aller Ausfertigungen des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins sind Umschläge mit dem deutlich sichtbaren Hinweis „Vertraulich, Verschlossen“ zu verwenden.

§ 4: Aufbewahrung und Auskunftserteilung

(1) Zuständig für die Aufbewahrung des nicht vertraulichen Teils des Leichenschau scheins und für die Erteilung von Auskünften daraus ist die Bezirksverwaltung des Bezirks, in dem sich der Sterbeort befindet. Die Frist für die Aufbewahrung beträgt fünf Jahre und beginnt mit dem Ende des Sterbejahres.

(2) Angaben aus dem nicht vertraulichen Teil des Leichenschau scheins dürfen Behörden nur übermittelt werden, wenn diese sie zur rechtmäßigen Erfüllung der innerhalb ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben benötigen, Privatpersonen nur, soweit diese ein berechtigtes Interesse glaubhaft machen.

(3) Zuständig für die Aufbewahrung der ersten Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins ist das Statistische Landesamt Berlin. Die Aufbewahrungszeit beträgt mindestens drei Monate vom Ablauf des Sterbemonats an gerechnet. Das gleiche gilt für die zweite Ausfertigung, wenn diese dem Statistischen Landesamt Berlin nach § 3 Abs. 3 Satz 3 von dem Bezirksamt (Gesundheitsamt) und für die dritte Ausfertigung, wenn diese von einem pathologischen Institut übersandt wird.

(4) Bei Feuerbestattungen ist für die Aufbewahrung der zweiten Ausfertigung des vertraulichen Teils des Leichenschau scheins das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin zuständig. Die Aufbewahrungszeit beträgt mindestens einen Monat vom Ablauf des Sterbemonats an gerechnet.

§ 5: Ausstellung des Bestattungsscheins

Der Bestattungsschein wird erst nach Vorlage des nicht vertraulichen Teils des Leichenschau scheins ausgestellt. In Fällen des § 19 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes muß auch die Bestattungsgenehmigung der Staatsanwaltschaft vorliegen; diese ist mit dem Bestattungsschein zu verbinden.

§ 6: Inhalt des Bestattungsscheins

(1) Der Bestattungsschein enthält folgende Daten:

1. Name und Vorname des Verstorbenen;
2. Geburtsdatum und Geburtsort;
3. Sterbedatum und Sterbeort;
4. letzter Wohnort des Verstorbenen;
5. die Erklärung, daß die Bestattung vorgenommen werden darf;
6. den Zeitpunkt, von dem an die Bestattung erfolgen kann;
7. die Angabe, ob eine Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz bestand;
8. die Angabe, ob von der Leiche die Gefahr der Krankheitsübertragung (Seuchengefahr) ausgeht.

(2) Der Bestattungsschein ist mit der Bescheinigung des Standesamts über die Anzeige des Sterbefalles zu verbinden.

(3) Der Bestattungsschein wird der in § 3 Abs. 1 genannten Person zur Vorlage bei der Friedhofsverwaltung oder dem Krematorium ausgehändigt.

§ 7: Aufbewahrung des Bestattungsscheins

Der Bestattungsschein wird

1. bei Erdbestattung von der für den Bestattungsort zuständigen Friedhofsverwaltung, in den Fällen des § 18 Abs. 1 Satz 2 des Bestattungsgesetzes von der für die Ausnahmegenehmigung zuständigen Behörde und
2. bei Feuerbestattung von dem die Einäscherung vornehmenden Krematorium zusammen mit der Erlaubnis der für den Einäscherungsort zuständigen Bezirksverwaltung nach § 20 Abs. 1 des Bestattungsgesetzes für die Ruhezeit aufbewahrt.

§ 8: Beantragung eines Leichenpasses

Dem Antrag auf Ausstellung eines Leichenpasses sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Sterbeurkunde oder die Bescheinigung des Standesbeamten über die Anzeige des Sterbefalles;
2. der Bestattungsschein;
3. ein ärztliches Zeugnis darüber, daß die Leiche befördert werden kann. Auf eine bestehende Ansteckungsgefahr ist unter Hinweis auf die Schutzmaßnahmen nach § 12 hinzuweisen;

Anlage Nr. 2

4. eine Bescheinigung des Bestattungsunternehmers darüber, daß die Leiche den Vorschriften dieser Verordnung entsprechend eingesargt und befördert wird. Im Fall einer Ansteckungsgefahr hat er die Einhaltung der Schutzmaßnahmen nach § 12 zu bestätigen.

§ 9: Inhalt des Leichenpasses

Der Leichenpaß enthält folgende Angaben:

1. Name und Vorname des Verstorbenen;
2. Geburtsdatum und Geburtsort;
3. Sterbedatum und Sterbeort;
4. die Bestätigung der vorschriftsmäßigen Einsargung;
5. Beförderungsmittel;
6. Absendeort, Beförderungsweg und Bestimmungsort;
7. die Bestätigung, daß keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen oder daß die Staatsanwaltschaft die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

ZWEITER ABSCHNITT Behandlung und Beförderung von Leichen

§ 10: Schutz der Gesundheit und der Totenruhe

Leichen und Aschen Verstorbener sind so zu behandeln, daß die menschliche Gesundheit nicht gefährdet und die Totenruhe nicht mehr als unumgänglich gestört wird. Die Leichen sind in den Särgen erdzubestatten oder einzuäschern, in denen sie zum Bestattungsort gelangen.

§ 11: Konservierung von Leichen

- (1) Leichen dürfen nur konserviert werden, wenn sie ins Ausland befördert werden sollen. Bei Bestattungen in Berlin kann das Bezirksamt des Bestattungsortes Ausnahmen zulassen.
- (2) Leichen dürfen erst konserviert werden, wenn der Bestattungsschein erteilt worden ist.

§ 12: Schutzmaßnahmen bei Ansteckungsgefahr

- (1) Bestand zum Zeitpunkt des Todes des Verstorbenen eine Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz, sind unbeschadet der nach dem Bundes-Seuchengesetz erlassenen Anordnungen zusätzlich folgende Schutzmaßnahmen zu treffen:
 1. Die Leiche darf nicht gewaschen, rasiert, frisiert oder umgekleidet werden. Die zuständige Behörde kann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes eine Ausnahme zulassen, sofern die Gewähr besteht, daß die von ihr angeordneten Vorsichtsmaßnahmen durchgeführt werden.
 2. Die Leiche ist unverzüglich in Tücher, die mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, einzuhüllen.
 3. Die Leiche ist unverzüglich in einem festen, gut abgedichteten Sarg einzusargen, dessen Boden mit einer 5 bis 10 cm hohen Schicht aus Sägemehl, Torfmull oder aus anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt oder auf andere Weise gegen das Durchsickern von Feuchtigkeit nach außen geschützt wird, und bei dem der Austritt von Gerüchen verhindert wird.
 4. Der Sarg ist nach dem Einsargen sofort zu verschließen und in einen besonderen verschlossenen Raum einer öffentlichen Leichenhalle zu überführen.
 5. Der Sarg darf nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde wieder geöffnet werden. Am Sarg ist als Hinweis eine Namenskarte anzubringen, die den Namen des Verstorbenen und des Bestattungsunternehmers sowie auffällig die Aufschrift – Seuchengefahr – enthält.
 6. Personen, die mit der Leiche in unmittelbare Berührung kommen, müssen vor Beginn ihrer Verrichtungen waschbare Überkleider oder Schürzen anlegen, die nach beendeter Tätigkeit sorgfältig zu desinfizieren sind. Sie haben vor Verlassen des Totenzimmers ihre Hände und Unterarme sowie die verwendeten Geräte in einer desinfizierenden Flüssigkeit zu reinigen.
- (2) Die in Absatz 1 Nr. 2 bis 4 genannten Maßnahmen dürfen erst getroffen werden, wenn ein Arzt die Leichenschau vorgenommen hat.
- (3) Der die Leichenschau vornehmende Arzt hat nötigenfalls dafür zu sorgen, daß die Personen, die sich in der Umgebung der Leiche bis zu ihrer Überführung aufhalten, und der Bestattungsunternehmer auf die Ansteckungsgefahr und die gebotene Vorsicht hingewiesen werden.

§ 13: Leichenbesorger

Personen, die gewerbs- oder berufsmäßig Leichen reinigen, ankleiden oder einsargen (Leichenbesorger), müssen vor Beginn ihrer Tätigkeit waschbare Überkleider oder Schürzen anlegen. Unmittelbar nach Beendigung der Tätigkeit haben sie ihre Hände und Unterarme, die Überkleider oder Schürzen und die verwendeten Geräte gründlich zu reinigen. § 12 Abs. 1 Nr. 6 bleibt unberührt.

§ 14: Beschaffenheit der Säрге bei Erdbestattungen

Für die Erdbestattung darf nur ein fester Sarg verwendet werden, der so gefügt und abgedichtet sein muß, daß bis zur Beisetzung jedes Durchsickern von Feuchtigkeit nach außen ausgeschlossen ist und der Austritt von Gerüchen verhindert wird. Der Sarg darf nicht aus schwer vergänglichen Stoffen hergestellt sein; dies gilt auch für die Innenausstattung des Sarges und die Bekleidung der Leiche. § 12 Abs. 1 Nr. 3 bleibt unberührt.

§ 15: Beschaffenheit der Särge bei Feuerbestattungen

(1) Für die Feuerbestattung ist ein fester Sarg aus dünnem Holz oder Zinkblech oder anderen, von dem für das Friedhofswesen zuständigen Mitglied des Senats als gleichwertig anerkannten Stoffen zu verwenden. Der Sarg muß so gefügt und abgedichtet sein, daß bis zur Einäscherung jedes Durchsickern von Feuchtigkeit nach außen ausgeschlossen ist und der Austritt von Gerüchen verhindert wird. Pech darf zur Abdichtung der Fugen nicht verwendet werden. § 12 Abs. 1 Nr. 3 bleibt unberührt.

(2) Der Sarg muß frei von unverbrennbaren Verzierungen (Beschläge, Griffe) sein. Zur Befestigung der Auskleidung des Sarges und zum Schließen der Bekleidung der Leiche dürfen unverbrennbare Gegenstände nicht verwendet werden. Der Sarg einschließlich der Auskleidung und des Anstrichs, die Sargbeigaben sowie die Bekleidung der Leiche müssen so beschaffen sein, daß bei der Einäscherung eine Rauch- und Rußentwicklung, Geruchsbelästigungen sowie Gefahren für Beschäftigte oder Beschädigungen der Verbrennungsanlage nicht entstehen und zu befürchten sind. Als Unterlagen für die Leiche und als Füllmasse für Kissen sind Säge- oder Hobelspäne, Holzwolle oder Torfmoß oder andere, von dem für das Friedhofswesen zuständigen Mitglied des Senats als gleichwertig anerkannte Stoffe zu benutzen.

§ 16: Beschaffenheit der Särge bei Beförderung von Leichen

Leichen dürfen an einen Ort außerhalb Berlins nur in einem widerstandsfähigen verschlossenen Metallsarg oder in einem den Anforderungen des § 12 Abs. 1 Nr. 3 entsprechenden Holzsarg befördert werden.

§ 17: Anforderungen an Leichenwagen

(1) Der Laderaum von Leichenwagen muß umschlossen, verschließbar und vom Fahrraum getrennt sein. Er muß abwaschbar sowie für eine Desinfektion geeignet sein; dasselbe gilt für alle Einbauten. Der Boden des Laderaums muß feuchtigkeitsundurchlässig sein. Der Sarg muß so befestigt werden können, daß er sich während der Fahrt nicht verschiebt.

(2) Der Laderaum des Leichenwagens ist gründlich zu reinigen, wenn aus dem Sarg Flüssigkeit ausgetreten ist. Bei Ansteckungsgefahr (§ 12 Abs. 1) ist er auch zu desinfizieren.

§ 18: Transportbegleiter

(1) Der für die Beförderung einer Leiche nach einem Ort außerhalb Berlins Verantwortliche hat dafür zu sorgen, daß der Leichenwagen von einer zuverlässigen Person begleitet wird. Diese kann auch der Führer des Fahrzeugs sein, mit dem die Leiche befördert wird.

(2) Die Begleitperson hat dafür zu sorgen, daß

1. der Leichenpaß oder die in § 11 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes genannte Bescheinigung mitgeführt wird;
2. die Beförderung zügig erfolgt und möglichst ohne Unterbrechung bis zum Bestimmungsort durchgeführt wird;
3. der Sarg geschlossen bleibt und nicht ohne zwingenden Grund von dem Fahrzeug herabgenommen wird;
4. die Leiche am Bestimmungsort unmittelbar nach der Ankunft zu der Bestattungsstelle oder zu einer Leichenhalle gebracht wird;
5. bei Ansteckungsgefahr (§ 12 Abs. 1) die Personen, denen die Leiche übergeben wird, darauf hingewiesen werden.

DRITTER ABSCHNITT Leichenhallen

§ 19: Allgemeine Anforderungen an Leichenhallen

(1) Bei der Anerkennung der Leichenhalle nach § 9 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes ist unter Berücksichtigung der Größe der Leichenhalle die höchst zulässige Zahl der dort aufzubahrenden Leichen festzusetzen.

(2) Leichenhallen dürfen nicht mit Räumen überbaut sein, die Wohnzwecken dienen oder von anderen als den in § 9 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes aufgezählten Einrichtungen benutzt werden sollen.

§ 20: Besondere Anforderungen an Leichenhallen

(1) Leichenhallen sind würdig zu gestalten.

(2) Leichenhallen müssen ausreichend hell, leicht zu lüften und zu reinigen sowie gegen das Betreten durch Unbefugte und das Eindringen von Tieren geschützt sein. Die Aufbewahrungstemperatur in Leichenhallen darf 10 °C nicht überschreiten.

(3) Die Wände in Leichenhallen müssen leicht abwaschbar und desinfektionsbeständig sein. Der Fußboden in Leichenhallen muß fugenlos oder fugendicht sein; er muß leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein.

(4) Soweit in Leichenhallen Leichen von Verstorbenen aufbewahrt werden, bei deren Tod eine Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz bestand, muß dafür ein besonderer verschlossener Raum vorhanden sein.

§ 21: Vorschriften für bestehende Leichenhallen

(1) Wer bei Inkrafttreten dieser Verordnung eine Leichenhalle betreibt, hat binnen einer Frist von drei Monaten beim Bezirksamt einen Antrag auf Anerkennung der Geeignetheit der Leichenhalle zu stellen. Bis zur Entscheidung gilt die Leichenhalle als geeignet.

(2) Das Bezirksamt kann davon absehen, die Erfüllung einzelner Anforderungen der §§ 19, 20 zu verlangen, soweit die Beschaffenheit der Räume bisher nicht zu beanstanden war und die wesentlichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Leichenhalle erfüllt sind.

§ 22: Überwachung

- (1) Zuständig für die Überwachung der Leichenhallen ist das Bezirksamt.
- (2) Die Beauftragten des Bezirksamtes sind befugt, zu diesem Zweck die Leichenhallen und ihre Einrichtungen während der üblichen Geschäftszeit zu betreten und zu besichtigen. Der Leiter der Einrichtung, der die Leichenhalle betreibt und das sonstige Personal sind verpflichtet, den Beauftragten des Bezirksamtes die Leichenhalle und ihre Einrichtungen zugänglich zu machen und ihnen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

VIERTER ABSCHNITT Aufbewahrung und Versand von Aschen Verstorbener

§ 23: Aufnahme der Asche in Urnen

Nach Durchführung der Feuerbestattung ist die Asche der Leiche in ein Behältnis (Urne) aufzunehmen, das von dem Krematorium bereitgestellt wird. Das Behältnis wird amtlich verschlossen.

§ 24: Beschaffenheit von Urnen

- (1) Die Urne muß aus festem Material sein. Sie darf jedoch nicht aus schwer vergänglichen Stoffen hergestellt sein.
- (2) Der Deckel der Urne muß mit einem festsitzenden, dauerhaften Schild versehen sein, auf dem in deutlich geprägter Schrift folgende Angaben stehen:
 1. Bezeichnung des Krematoriums,
 2. Name und Vorname des Verstorbenen,
 3. Tag und Jahr seiner Geburt,
 4. Tag und Jahr seines Todes,
 5. Tag der Einäscherung,
 6. die Nummer der Eintragung der Einäscherung in das Einäscherungsverzeichnis.

§ 25: Weitergabe und Versand von Aschen im Inland

- (1) Die Urne wird von dem Krematorium unmittelbar an den vorgesehenen Bestattungsort übersandt. Der Versand ist erst zulässig, wenn eine Bescheinigung der Friedhofsverwaltung vorliegt, daß die Urne beigesetzt wird.
- (2) Der Urne ist ein Versandschein beizufügen, der außer den auf dem Dekkelschild der Urne stehenden Angaben (§ 24 Abs. 2) auch Angaben über den Geburtsort und den Sterbeort des Eingäscherten enthalten muß.
- (3) Den Angehörigen des Verstorbenen oder deren Beauftragten darf die Urne nur dann ausgehändigt werden, wenn sie eine Genehmigung der zuständigen Behörde vorlegen, daß die Asche außerhalb eines Friedhofs beigesetzt werden darf.

§ 26: Weitergabe und Versand von Aschen in das Ausland

- (1) Für die Weitergabe und den Versand von Urnen, die nicht im Inland beigesetzt werden sollen, gilt § 25 entsprechend.
- (2) Der Versand und die Herausgabe der Urne ist jedoch zulässig, wenn
 1. entgegen § 25 Abs. 1 Satz 2 eine Bescheinigung der Friedhofsverwaltung nachweislich nicht erreichbar ist,
 2. entgegen § 25 Abs. 3 die Angehörigen den Nachweis darüber führen, daß die Beisetzung der Asche nach dem am Beisetzungsort geltenden ausländischen Recht keiner Genehmigung bedarf und sichergestellt ist, daß die Urne an den vorgesehenen Ort im Ausland gelangt.

§ 27: Beisetzung der Asche auf Friedhöfen

Die Asche eines Verstorbenen ist in der Urne beizusetzen, soweit sie nicht für eine Grabstätte bestimmt ist, die eigens für die behältnislose Beisetzung von Aschen eingerichtet ist.

§ 28: Umbetten von Urnen

Für die Weitergabe, Versendung und Beisetzung von Urnen, die umgebettet werden sollen, gelten die §§ 25 und 26 entsprechend.

FÜNFTER ABSCHNITT Schlußvorschriften

§ 29: Sondervorschriften

Von dieser Verordnung bleiben unberührt:

1. zwischenstaatliche Vereinbarungen, insbesondere über die Leichenbeförderung;
 2. Vorschriften über die Beförderung von Leichen auf Eisenbahnen, auf dem Seewege, auf den Binnenwasserstraßen und auf dem Luftwege;
 3. seuchenrechtliche Vorschriften;
 4. Vorschriften über den Umgang mit radioaktiven Leichen;
 5. Anordnungen, die vom Gericht oder von der Staatsanwaltschaft im einzelnen getroffen werden.
79. Erg.Lfg. (Februar 2005)

Anlage Nr. 2

§ 30: Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 24 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. den ihm vom Arzt ausgehändigten Leichenschauchein nicht unverzüglich

a) entgegen § 3 Abs. 1 einem Bürgeramt der Bezirksverwaltung vorlegt und an den Standesbeamten weiterleitet,

b) entgegen § 4 Abs. 4 an das die Einäscherung vornehmende Krematorium weiterleitet.

2. entgegen § 3 Abs. 2 den ihm vom Standesbeamten ausgehändigten Leichenschauchein nicht an das die Einäscherung vornehmende Krematorium weiterleitet,

3. entgegen § 3 Abs. 3 als Arzt den Leichenschauchein nicht unverzüglich an das Bezirksamt des Sterbeortes übersendet,

4. entgegen § 3 Abs. 5 als Arzt den Leichenschauchein nicht an das pathologische Institut, nicht oder nicht fristgemäß an das Statistische Landesamt Berlin übersendet,

5. entgegen § 11 eine Leiche konserviert,

6. als Bestattungsunternehmer

a) entgegen § 12 Abs. 1 die erforderlichen Schutzmaßnahmen unterläßt,

b) Säрге, Sargbeigaben oder Leichenbekleidung verwendet, die nicht den in §§ 14 bis 16 genannten Anforderungen entsprechen,

c) eine Leiche mit einem Leichenwagen befördert oder befördern läßt, der nicht den in § 17 Abs. 1 genannten Anforderungen entspricht,

d) entgegen § 18 Abs. 1 nicht dafür sorgt, daß der Leichenwagen von einer zuverlässigen Person begleitet wird;

7. als Leichenbesorger den in § 13 oder als Transportbegleiter den in § 18 genannten Pflichten zuwiderhandelt;

8. unbefugt eine amtlich verschlossene Urne öffnet oder das auf dem Deckel der Urne gemäß § 24 Abs. 2 angebrachte Schild entfernt.

(2) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist das jeweils örtlich zuständige Bezirksamt.

§ 31: Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

Anlage Nr. 3: § 159 Strafprozessordnung

Strafprozessordnung

2. Buch - Verfahren im ersten Rechtszug (§§ 151-295)

2. Abschnitt - Vorbereitung der öffentlichen Klage (§§ 158-177)

§ 159

(1) Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet.

(2) Zur Bestattung ist die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft erforderlich.

Vom Arzt auszufüllen
- zuvor Blätter 5-7 abtrennen -
Bitte Hinweise auf der Rückseite des letzten Blattes beachten!

Leichenschauschein

- Nicht vertraulicher Teil -

<p>Vom Standesbeamten zu bearbeiten</p> <p>Standesamt _____</p> <p>Sterbebuch-Nr. _____</p>	<p>Bei Sterbefällen im Krankenhaus</p> <p>Aufnahme-Nr. _____</p> <p>Aufnahme-Tag _____</p>	<p>Hinweise für den Anzeigenden Beim Standesamt sind die Personenstandsunterlagen über die Geburt, ggf. über die Eheschließung und die Auflösung der Ehe des Verstorbenen und der Personalausweis des Anzeigenden vorzulegen. Der Personalausweis und - soweit vorhanden - der Reisepass des Verstorbenen sind beim Bürgeramt der Bezirksverwaltung vorzulegen.</p> <p>Hinweise für den Arzt Bitte Klartext bzw. Daten in die vorgesehenen Felder eintragen, ggf. das links neben der zutreffenden Antwort vorgesehene Kästchen mit einem Kreuz versehen. Zunächst Blatt 1-4 im Durchschreibeverfahren ausfüllen. Danach weitere Eintragungen auf Blatt 5 im Durchschreibeverfahren vornehmen. Dieses Blatt 1 - weiß - ist abzutrennen und dem Angehörigen oder dessen Beauftragten zur Vorlage beim Bürgeramt der Bezirksverwaltung auszuhändigen.</p>
--	---	---

Angaben über den Verstorbenen

Familienname _____ Geburtsname _____ männlich weiblich

Vorname(n) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr in _____ Geburstag _____ Geburtsort _____

Anschrift _____

Sterbeort _____ Bei aufgefundenen Verstorbenen:
 Name des Verstorbenen unbekannt Sind Sterbeort und Fundort identisch?
 Ja Nein Unbekannt

Falls ja, vermutliches Alter in Jahren und weitere Merkmale _____

Zeitpunkt des Todes

Falls Angabe möglich _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit _____ Std. (0-24 Uhr) _____ Min.
 vermutlich _____ Eine Angabe ist nicht möglich

Ort, Tag und Uhrzeit der Todesfeststellung (Ort) _____

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit _____ Std. (0-24 Uhr) _____ Min.

Bei Todesfeststellung in einem Krankenhaus
 Der Tod ist in einem Krankenhaus eingetreten Der Verstorbene ist tot eingeliefert worden Es ist unbekannt, ob der Tod innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses eingetreten ist

Bei Kindern, die weniger als 24 Stunden gelebt haben, Angabe der Lebensdauer in Stunden _____

Hat der Unterzeichner den Verstorbenen behandelt? Ja Nein

Falls nicht, wer hat den Verstorbenen behandelt? _____
 Name und Anschrift _____

Todesart natürlicher Tod nicht natürlicher Tod *) ungewiss

*) Bei **nicht natürlichem Tod** Beschreibung des Ereignisses, das zum Tode geführt hat _____

Welche Verletzungen oder Einwirkungen (z. B. äußere Anzeichen einer gewaltsamen Einwirkung) wurden festgestellt? _____

Liegen Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz vor? Ja Nein

Besteht die Gefahr einer Krankheitsübertragung (Seuchengefahr)? Ja Nein

Ich habe die Leiche untersucht und bin für obige Angaben verantwortlich

Berlin _____, den _____ 20____

Unterschrift
Name und Anschrift des ausstellenden Arztes (ggf. Stempel)

Beim Ausfüllen mit Kugelschreiber bitte stark aufdrücken!

Blatt 1

Zureifendes bitte ankreuzen

Ges 1 - Leichenschauschein - (11.07)
- Sätze à 7 Blatt -

Der ausstellende Arzt leitet diese Ausfertigung – Blatt 2 und 5 – gelb –
unverzüglich in einem Umschlag mit dem Vermerk
„Vertraulich, verschlossen“
an das für den Sterbeort zuständige Gesundheitsamt.

Leichenschauschein
– Vertraulicher Teil –

1. Ausfertigung
Seite a

Das Gesundheitsamt sorgt für unverzügliche Weiterleitung
an das Amt für Statistik, Standort Berlin.

Angaben über den Verstorbenen

Familienname _____ Geburtsname _____ männlich weiblich
Vorname(n) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr in _____
G e b u r t s t a g G e b u r t s o r t

Anschrift _____

Sterbeort Name des Verstorbenen unbekannt

Bei aufgefundenen Verstorbenen:
Sind Sterbeort und Fundort identisch?
 Ja Nein Unbekannt

Falls ja, vermutliches Alter in Jahren und weitere Merkmale _____

Zeitpunkt des Todes

Falls Angabe möglich _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit
Std. (0–24 Uhr) _____ Min.
vermutlich _____ Eine Angabe ist nicht möglich

Ort, Tag und Uhrzeit der Todesfeststellung (Ort) _____

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit
Std. (0–24 Uhr) _____ Min.

Bei Todesfeststellung in einem Krankenhaus
 Der Tod ist in einem Krankenhaus eingetreten
 Der Verstorbene ist tot eingeliefert worden
 Es ist unbekannt, ob der Tod innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses eingetreten ist

Bei Kindern, die weniger als 24 Stunden gelebt haben, Angabe der Lebensdauer in Stunden _____

Hat der Unterzeichner den Verstorbenen behandelt? Ja Nein

Falls nicht, wer hat den Verstorbenen behandelt? _____
Name und Anschrift

Todesart natürlicher Tod nicht natürlicher Tod *) ungewiss

*) Bei **nicht natürlichem Tod** Beschreibung des Ereignisses, das zum Tode geführt hat _____

Welche Verletzungen oder Einwirkungen (z. B. äußere Anzeichen einer gewaltsamen Einwirkung) wurden festgestellt? _____

Liegen Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz vor? Ja Nein

Besteht die Gefahr einer Krankheitsübertragung (Seuchengefahr)? Ja Nein

Ges 1 – Leichenschauschein – (11.07)

Fortsetzung Blatt 5

Blatt 2

Zutreffendes bitte ankreuzen

Anlage Nr. 6: Vorläufige Berliner Todesbescheinigung

Zutreffendes ankreuzen
Nur in Druckschrift ausfüllen

Land Berlin

- Vorläufige Todesbescheinigung -

Nach § 3 Abs. 3 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen kann sich ein in der Notfallrettung tätiger Arzt auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn er durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung seiner Aufgaben in der Notfallrettung gehindert wird.

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname				Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer							
PLZ, Wohnort, Bezirk							
Geburtsdatum	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□	Geburtsort	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>

Identifikation

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass Nr. _____	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Bei unbekanntem Toten das vermutliche Alter _____			

Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---

Reanimation:

ja nein

Ort und Zeitpunkt des Todes

<input type="checkbox"/> Todesort	Straße, Hausnr. (Name des Krankenhauses – Aufnahmnr. und –tag – Heim / zu Hause / Sonstiges)						
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Todesort	PLZ, Ort, Bezirk						
Todeszeitpunkt	Tag □□	Monat □□	Jahr □□	Uhrzeit: Stunden □□	Minuten □□	Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/>	Nach Angaben von Angehörigen / Dritten <input type="checkbox"/>
Falls Todeszeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden	Zeitpunkt der Leichenauffindung		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□	Uhrzeit: Stunden □□	Minuten □□

Hinweis:

Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder ungewisser Todesart (§ 6 Abs. 2 BestG) sowie bei Leichen von Unbekannten (§ 5 BestG) ist über den Notruf die Polizei zu benachrichtigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Benachrichtigt wurde:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> die Polizei gemäß § 5 Bestattungsgesetz |
| <input type="checkbox"/> die Polizei gemäß § 6 Abs. 2 Bestattungsgesetz |
| <input type="checkbox"/> zur Durchführung der vollständigen Leichenschau nach § 3 Abs. 2 Bestattungsgesetz i.V. m. § 6 Abs. 1 Bestattungsgesetz |

Anamnestic bzw. klinisch erhobene Befunde und durchgeführte Maßnahmen:

Hiermit bescheinige ich den Tod und die o.g. Angaben.

Datum, Unterschrift

Name der Ärztin/des Arztes (in Druckschrift), Anschrift, Telefon

Dienststelle / Notarztwagen

Anlage Nr. 7: Berliner Senatsschreiben vom 21.11.2001

Inhaltsverzeichnis Rundschreiben / Sonstige Schreiben

Stand: 3. Dezember 2001

Schreiben vom 21. November 2001

Hier finden Sie weitere Informationen:

Schreiben vom 21.11.2001

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen
III A 22
(928) 2293

Kostenübernahme nach der Gebührenordnung für Ärzte
1 Ausfüllen von Einheitsvordrucken
2. Ausstellen des Leichenschauscheinnes

Vorg.: Schreiben vom 09.11.2000 – V A 22 -

Am 1. Januar 2002 tritt die Sechste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe - Gebührenordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Sechste Gebührenanpassungsverordnung - 6. GebAV) vom 18. Oktober 2001 (BGBl I, Nr. 54, S. 2721) in Kraft. Danach beträgt die Gebühr für die entsprechenden Leistungen der Ärzte, die im Beitrittsgebiet erbracht werden, ab 01.01.2002 90 v.H (bisher 86 v.H.) der nach § 5 GOÄ zu bemessenden Gebühr.

Ich weise an dieser Stelle darauf hin, dass die Vergütung für **Hebammenleistungen** in den östlichen Bezirken **ohne Vergütungsabschlag** zu zahlen ist (vgl. § 3 der Dritten Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe – Gebührenordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet – 3. GebAV- vom 16.12.1994- BGBl. I, S. 3888).

1. Ausfüllen von Einheitsvordrucken

Folgende Gebühren, sind von den Sozialämtern ab 01.01.2002 zu übernehmen:

Einheitsvordruck Soz III D 13

(Gewährung eines Mehrbedarfs wegen krankheitsbedingter kostenaufwendiger Ernährung -
Erstbefürwortung und Weiterbefürwortung)

GOÄ - Nummer 75

(ausführlicher Krankheits- und Befundsbericht)

Betrag: 7,58 EUR

90 v.H. 6,82 EUR

Einheitsvordruck Soz III E 16

(Ärztliches Gutachten)

GOÄ - Nummer 80

(schriftliche gutachterliche Äußerung)

Betrag: 17,49 EUR

90 v.H. 15,74 EUR

2. Ausstellen des Leichenschaucheines

Seit den 1996 in Kraft getretenen Änderungen der GOÄ gab es hinsichtlich der abrechenbaren Positionen im Zusammenhang mit der Untersuchung eines Toten, der Feststellung des Todes und der Ausstellung des Leichenschaucheines umfangreiche Diskussionen. Die bis November 2000 durch die SenArbSozFrau vertretene Auffassung wurde durch die Kommentierung zur Nummer 100 der GOÄ gedeckt, in welcher derzeit die Empfehlungen der Gebührenordnungskommission der Bundesärztekammer ihren Niederschlag fanden. Danach wurde die Zahlung einer Gebühr für den Besuch davon abhängig gemacht, ob zum Zeitpunkt der Auftragerstellung an den Arzt der Tod eingetreten war oder der betreffende Kranke noch lebte. Im zweiten Fall wäre die Abrechnung des Besuches als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (oder bei zu Lebzeiten nichtkrankenversicherten Patienten auf „U“-Schein) möglich.

Diese Position gab ich auf, als ein **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses** der Bundesärztekammer zu Nr. 100 GOÄ vorgelegt wurde (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 97, Heft 23 vom 09.06.2000). Hier wurde ausgeführt, dass die Gebühr nach Nr. 100 GOÄ und das Wegegeld die ärztliche Tätigkeit für die Leichenschau nicht umfassend beschreibt und bewertet. Es wurde deshalb die zusätzliche Berechnung der Besuchsgebühr nach Nr. 50 GOÄ als angemessen angesehen und empfohlen. Nach der Auskunft der Ärztekammer Berlin war dies auch bundesweite Praxis.

Zwischenzeitlich hat der Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer diese **Empfehlung neu** beraten, nachdem zwei rechtskräftige Amtsgerichtsurteile die Abrechenbarkeit der Besuchsgebühr neben der Leichenschau verneint haben. Obwohl die Gebührenposition 100 die ärztliche Tätigkeit im Zusammenhang mit einer Leichenschau nicht umfassend beschreibt, sprechen juristische Gründe gegen die Berechnung einer Besuchsgebühr. Nach der Leistungslegende zu Nummer 50 GOÄ sind Beratung und symptombezogene Untersuchung Leistungsbestandteil dieser Gebührenposition.

„Im Umkehrschluss ist allerdings zu folgern, dass der Besuch nach Nr. 50 GOÄ immer dann berechnungsfähig ist, wenn es sich nicht oder noch nicht um einen Toten handelt, wenn der Arzt sich zum Beispiel zu der Behandlung eines Kranken außerhalb seiner Arbeitsstätte beziehungsweise Wohnung begibt und zum Zeitpunkt der Anforderung des „Besuches“ durch den Arzt (noch) nicht zweifelsfrei festzustellen war, ob der betreffende Patient bereits gestorben war oder nicht. Ob es sich um einen Kranken oder bereits um einen Verstorbenen handelt, bedarf im Regelfall sachverständiger Feststellung durch den Arzt. Dies gilt auch, wenn die Person bis zum Eintreffen des Arztes zwischenzeitlich gestorben ist und ärztliche Hilfe nicht mehr erforderlich war. Hier gilt, dass der Arzt die gegebenenfalls unvollständige Erbringung der Besuchsleistung nicht zu verantworten hat und diese damit abrechenbar ist. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist der Besuch dann zulasten der GKV

entsprechend zu berechnen.“ (vgl. Deutsches Ärzteblatt v. 22.6.01)

Weiter wird an der zitierten Stelle ausgeführt, dass bei der Weiterentwicklung der GOÄ die Schaffung einer angemessenen Bewertung der Leichenschau als notwendig vorgemerkt wird.

Der Empfehlung des Gebührenordnungsausschusses wird an diese Stelle gefolgt, so dass der Träger der Sozialhilfe bis auf weiteres unter den beschriebenen Bedingungen nur die Abrechnung der Nr. 100 und des Wegegeldes berücksichtigen kann.

Für die Untersuchung eines Toten, die Feststellung des Todes und die Ausstellung des Leichenschauscheines werden gemäß

Nummer 100 GOÄ

14,57 EUR (13,11 EUR - in den östlichen Bezirken) übernommen.

Das Wegegeld ist nach § 8 GOÄ wie folgt zu berechnen:

1.	bis zu zwei Kilometern	3,58
	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	7,16
2.	mehr als zwei Kilometer bis zu fünf Kilometern	6,65
	bei Nacht	10,23
3.	mehr als fünf bis zu zehn Kilometer	10,23
	bei Nacht	15,34
4.	mehr als zehn bis zu 25 Kilometer	15,34
	bei Nacht	25,56

Hinweis zur Höhe der Vergütung

Gemäß § 11 Abs. 1 GOÄ sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses zu berechnen wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 SGB I oder ein sonstiger öffentlich – rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet. Diese Vorschrift verweist in diesem Zusammenhang auf § 5 Abs. 1 Satz 2 der GOÄ. Hier heißt es: *“Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert (11,4 Dpf – ab 01.01.2002: 5,82873 Cent) vervielfacht wird.“*

Der Satz 1 des § 5 Abs. 1 GOÄ, der das Ansetzen eines Faktors (bis 3,5) regelt, findet demnach keine Anwendung, so dass der Träger der Sozialhilfe als öffentlich – rechtlicher Kostenträger lediglich den einfachen Gebührensatz übernimmt.

Das Schreiben vom 09.11.2000 - V A 22 – wird hiermit aufgehoben.

IV QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS

Gedruckte Quellen

- Backhaus B, Bongartz T, Fricke A, et al. Bestattung - Was tun im Todesfall. Sonderheft 06002. Stiftung Warentest Spezial, 2005
- Berndt C. Zu viele Tote bewahren ihr Geheimnis. MMW - Fortschr. Med. (149) 2007;38: 6-7
- Birkholz M. Das Leichenschauwesen in Bremen - Bilanz einer Reform. In: Madea B. Die ärztliche Leichenschau. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1999:53-61
- Birkholz M. Problem Todesursache - Die Leichenschau in der hausärztlichen Tätigkeit. Notfallmedizin 2003; 29:208-212.
- Brinkmann B, et al. Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I) und (II). Arch. für Kriminologie (199) 1997;2-22,65-74
- Brinkmann B, Madea B. Handbuch gerichtliche Medizin. Berlin : Springer Verlag, 2003
- Brinkmann B, Raem A M. Leichenschau-Leitlinien zur Qualitätssicherung. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2007
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Todesursachen in der Todesbescheinigung – Eine kurze Anleitung. Statistisches Bundesamt, 2004
- Eisenmenger W, Betz P. Die unendliche Geschichte. MMW - Fortschr. Med. (136) 1994;77-79
- Fieseler S, Zinka B, Peschel O. Häufige Fehler bei der Leichenschau. MMW - Fortschr. Med. (151) 2009;12:27-30
- Groß D. Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht. Würzburg: Verlag Königshausen und Neumann, 2002
- Hefer B, Wenning M. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Folge 1-3. Rheinisches Ärzteblatt 2006:7-9
- Hölzel D, Schubert-Fritschle G, Eckel R, Eisenmenger W. Qualität der Angaben von Todesbescheinigungen - Ist die Todesursachenstatistik zu Krebserkrankungen besser als ihr Ruf? Deutsches Ärzteblatt (99) 2002;1-2:A50–55
- Illich I. Die Nemesis der Medizin - Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Verlag C. H. Beck, 2007

Janssen W. Praxis und Gesetz der Leichenschau in der bisherigen Bundesrepublik Deutschland. In: Oemichen M, Klose W, Wegener R. Rechtsmedizin in Ost und West. Lübeck: Verlag Schmidt und Römhild, 1991:57-61

Klein A, Lach H, Püschel K. Ein weiterer Fall von Scheintod - Diskussion über Richtlinien zur Todesfeststellung im Rettungswesen. Notfall und Hausarztmedizin (33) 2007;6:330-335

Krause D, Schneider V, Blaha R. Leichenschau am Fundort. Paderborn: Volmedia, 2006

Lauterbach K, Stock S, Brunner H. Gesundheitsökonomie - Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG, 2009

Madea B. Die ärztliche Leichenschau. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1999

Madea B, Dettmeyer R. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher Gesetzgebung der Länder. Deutsches Ärzteblatt (100) 2003;48:A3161-3179

Meyer-Goßner L. Kommentar zur StPO. 50. Auflage. München: C. H. Beck, 2007

Modelmog D, Goertchen R. Der Stellenwert von Obduktionsergebnissen in Beziehung zur Sektionsfrequenz und amtlicher Todesursachenstatistik (Görlitzer Studie). Deutsches Ärzteblatt (89) 1992;42:B-2174-2177

Oemichen M, Klose W, Wegener R. Rechtsmedizin in Ost und West. Lübeck: Verlag Schmidt und Römhild, 1991

Peschel O, Graw M. Was der Hausarzt bei der Leichenschau beachten muss. MMW - Fortschr. Med. (147) 2005;19:36-39

Peschel O, Eisenmenger W. Die wichtigsten Regeln für die Leichenschau. MMW - Fortschr. Med. (149) 2007;40:38-43

Peschel O, Priemer F, Eisenmenger W. Letzter Dienst am Menschen. MMW - Fortschr. Med. (139) 1997; Sammelsonderdruck:3-13

Pickert H. Leichenschau in München - Kooperation zwischen ÄKBV und Polizei. Münchner ärztliche Anzeigen 2009;15:3-4

Püschel K. Im Angesicht des Todes - Leichenschau, Obduktion, Brechmitteleinsätze. CME.Springer.de 2006;4:23-30

Riepert T, Rittner C. Tod in der Badewanne - Ein Beitrag zur Relevanz der ärztlichen Leichenschau. Notfall Rettungsmed 1999;8:486-491

Rückert S. Tote haben keine Lobby - Die Dunkelziffer der vertuschten Morde. Hamburg: Hoffmann und Kampe, 2000

Schneider V. Die Leichenschau – Ein Leitfaden für Ärzte. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag, 1987

Schwerd W. Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag: 1979;219

Schwerd W. Definition und Abgrenzung der Begriffe natürlicher und nicht natürlicher Tod. In: Opperbecke W, Weissauer W. Forensische Probleme in der Anästhesiologie. Erlangen: Perimed Verlag, 1981

Gesetze und Verordnungen

Bestattungsgesetzgebung Bayern

Bestattungsgesetz - BestG - (BayRS, 2127-1-UG), zuletzt geändert durch § 12 des Gesetzes vom 20.12.2007 (GVBl S. 958)

Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung - BestV) vom 1.03.2001 (GVBl S. 92, ber. S. 190, BayRS 2127-1-1-G), geändert durch Verordnung vom 21.04.2007 (GVBl S. 338)

Bestattungsgesetzgebung Berlin

Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz) vom 2.11.1973 (GVBl. S. 1830), zuletzt geändert durch Viertes Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes vom 19.05.2004 (GVBl. S. 215)

Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (DVO-Bestattungsgesetz) vom 22.10.1980 (GVBl. S. 2403), zuletzt geändert durch Art IX Gesetz v. 18.12.2004 (GVBl. S. 516)

Bestattungsgesetzgebung Bremen

Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen in der Freien Hansestadt Bremen vom 16.10.1990 (Brem.GBl. S. 303), geändert durch Art.1 ÄndG vom 24.3.2009 (BremGBl. S.87)

Gesetz über das Leichenwesen vom 27.10.1992 (Brem.GBl. S. 627) geändert durch Art.2 ÄndG vom 24.3.2009 (BremGBl. S.87)

Bestattungsgesetzgebung Hamburg

Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (Bestattungsgesetz) vom 14.09.1988, zuletzt geändert durch Art.9 des Gesetzes vom 15.12.2009 (HmbGVBl. S. 444, 445)

Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung) vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Verordnung vom 12.10.2004 (HmbGVBl. S. 379)

Bürgerliches Gesetzbuch, i. d. F. vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42, ber. S. 2909,2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Gesetz vom 28.09.2009 (BGBl. I S. 3161)

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / UV-GOÄ, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2005

Strafprozessordnung (StPO) i. d. F. vom 7. April 1987, BGBl. I S. 1074, 1319 neu gefasst durch Bek. v. 7.4.1987 I 1074, 1319, zuletzt geändert durch Art.3 G vom 30.07.2009 I 2437

Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vom 5.05.2004 (BGBl. I S.718, 776), zuletzt geändert durch Art. 7 Abs. 3 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I S. 2449)

Ungedruckte Quellen

Institut für Rechtsmedizin Berlin:

Fortbildungsveranstaltung für Bereitschaftsärzte des Leichenschauendienstes des KV- Berlin, Fragebogen vom 12.3.2008

Bericht der Projektgruppe Leichenschau der Justizministerkonferenz „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“ vom 28.07.2009

Institut für Rechtsmedizin Ludwig-Maximilians-Universität München:

Statistik der Einsatzzahlen 1995 – 2005 des Münchner Leichenschauendienstes

Schreiben des Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 25.10.2005

Kassenärztliche Vereinigung Berlin:

Statistik der Einsatzzahlen 5/2004 bis 9/2009 des Leichenschauendienstes der KV Berlin

Der Polizeipräsident in Berlin, LKA:

Ergebnisse einer Erhebung in Berlin zu Mängeln der Ärztlichen Leichenschau

Meldebogen und Kurzbeschreibung Mängelliste

Fragenkatalog zur Verfahrenspraxis in den Ländern

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge für Berlin

Besprechungsprotokoll bei der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen v.18.01.2001

Schreiben des Polizeipräsidenten in Berlin an Senatsverwaltung für Inneres v. 24.01.2001

Schreiben des Polizeipräsidenten in Berlin an Senatsverwaltung für Inneres v. 02.03.2001
Geschäftsanweisung LPolDir Nr.12/1991 über kriminalpolizeiliche Todesermittlung, 54.
Nachtrag

Internet

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, 2009 (Online am 20.07.2009, URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/054-002.htm>.)

Merkblatt zum Verhalten bei ungeklärter Todesart und nicht natürlichen Todesfällen der Staatsanwaltschaft Stuttgart. Baden-Württemberg: Ärztekammer Baden-Württemberg, 2009 (Online am 01.07.2009, URL: <https://www.aerztekammer-bw.de/20/leichenschau/ungeklaert.pdf>.)

Pedal I, Mattern R. Die ärztliche Leichenschau - Der letzte Dienst am Patienten. (Online am 01.07.2009, URL: http://www.klinikum.uniheidelberg.de/fileadmin/inst_rechts_verkehrsmed/pdfs/Via52-55Leichenschau.pdf.)

Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2008. Berlin: Der Polizeipräsident in Berlin, 2009 (Online am 20.07.2009, URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/polizei/kriminalitaet/pks/jahresbericht_pks_berlin_2008.pdf.)

Statistisches Jahrbuch 2008. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2009 (Online am 07.07.2009, URL: http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/jahrbuch/jb2008/BE_Jahrbuch_2008.pdf.)

Interviews

EKHK T. Gollnik (Landeskriminalamt Berlin) vom Juli 2007

Dr. O. Peschel (Institut für Rechtsmedizin Ludwig-Maximilians-Universität München) vom Juli 2007 und November 2009

Prof. Dr. K. Püschel (Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf) vom Januar 2008

EKHK Sperling (Landeskriminalamt 41 Hamburg) vom Januar 2008 und November 2009

V. Wiggers (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) vom Oktober 2009

V DANKSAGUNG

Dreh- und Angelpunkt dieser Arbeit ist die allseits bemängelte „Misere der Leichenschau“. Ein „heißes Eisen“ sozusagen, das erstmals aus der „Täterinnenperspektive“ von Ärzten in freier Niederlassung in den Fokus genommen wurde.

Falls diesem Unternehmen trotz berufstypischer Parallaxenfehler Anerkennung beschieden sein sollte, müssen hier die wichtigsten Förderer genannt werden, die mit Geduld und Offenheit wichtige Informationen, Literaturhinweise und Korrekturen beisteuerten.

Sie werden in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Beiträge genannt:

EKHK Gollnik, LKA Berlin

Dr. med. Peschel, Institut für Rechtsmedizin München

Herr Petritsch, Polizeidirektion München

EKHK Sperling, LKA Hamburg

Prof. Dr. med. Püschel, Institut für Rechtsmedizin Hamburg

Herr Treupl, Berlin

Mein besonderer Dank gilt Professor Dr. med. Michael Tsokos, der mir dieses Thema anvertraute und meine Arbeit mit steter wie nachsichtiger Ermutigung begleitete sowie meinem Mann Peter, dessen Ideenreichtum diese Arbeit Einiges verdankt.

VI LEBENSLAUF

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

VII ERKLÄRUNG

„Ich, Manuela Guggenberger, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:
„Die ambulante Leichenschau im Rahmen des Leichenschaudienstes der Kassenärztlichen
Vereinigung Berlin – eine Standortbestimmung“ selbst verfasst und keine anderen als die
angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und
auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

10.10.2010

Manuela Guggenberger