

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 26. August 2005 auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats beschlossen:

Stellungnahme zur „Autopsie“

- Langfassung -

Inhaltsübersicht

Einleitung

1 Begriffsklärung und –bestimmung

- 1.1 Klinische Sektion
- 1.2 Anatomische Sektion
- 1.3 Gerichtliche Sektion

2 Bestandsaufnahme

- 2.1 Darlegung der Gründe, sich in der gegenwärtigen Situation des Themas „Autopsie“ anzunehmen
- 2.2 Mögliche Ursachen für den Rückgang von Obduktionen
- 2.3 Hinweise auf bestehende einzelgesetzliche Regelungen
- 2.4 Übersicht über die Sektionsraten im internationalen Vergleich und die Aussagefähigkeit von Sektionen über Fehldiagnosen
 - 2.4.1 Sektionsraten
 - 2.4.2 Aussagefähigkeit der klinischen Obduktion über Fehldiagnosen

3 Zukünftige Rolle des Sektionswesens im DRG-System

- 3.1. Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung
- 3.2. Ökonomische Relevanz
- 3.3. Rechtliche Konsequenzen für die Abrechnungsrichtigkeit
- 3.4. Fazit

4 Historischer Exkurs

5 Rechtsfragen beim Umgang mit der Leiche

- 5.1 Einführung in den Fragenkreis
- 5.2 Gesetzgebungskompetenz zum Umgang mit der Leiche
- 5.3 Status der Leiche
 - 5.3.1 Postmortale Verfügung
- 5.4 Bestattungszwang
- 5.5 Gesetzliche Regelungen zur Sektion
 - 5.5.1 Strafprozessordnung (StPO)
 - 5.5.2 Infektionsschutzgesetz (IfSchG)
 - 5.5.3 Gesetz über die Feuerbestattung
 - 5.5.4 Sektion nach dem Unfallversicherungsrecht im SGB VII
 - 5.5.5 Rechtslage in den Neuen Bundesländern
- 5.6 Zivilrecht
- 5.7 Fristen

- 5.8 Strafrecht
 - 5.8.1 Straftatbestände zum Schutz der Leiche, von Leichenteilen und der toten Leibesfrucht
 - 5.8.1.1 Störung der Totenruhe (§ 168 StGB)
 - 5.8.1.2 Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener (§ 189 StGB)
- 5.9 Sonderregelungen
 - 5.9.1 Das Transplantationsgesetz
- 5.10 Fazit
- 6 Eckpunkte einer einheitlichen Regelung des Sektionswesens**
- 6.1 Zulässigkeit (Einwilligung und Anordnung)
 - 6.1.1 Zulässigkeit der klinischen Sektion
 - 6.1.2 Zulässigkeit der anatomischen Sektion
 - 6.1.3 Zulässigkeit der gerichtlichen Sektion
- 6.2 Aufbewahrung und Verwendung von Organen und Geweben, die bei Obduktionen gewonnen wurden
 - 6.2.1 Aufbewahrung
 - 6.2.2 Verwendung
- 6.3 Antragsverfahren
 - 6.3.1 Antragsverfahren für die klinische Sektion
 - 6.3.2 Antragsverfahren für die anatomische Sektion
 - 6.3.3 Antragsverfahren für die gerichtliche Sektion
- 6.4 Durchführung (Bevollmächtigung, Dokumentation, Beendigung)
 - 6.4.1 Durchführungsbestimmungen für die klinische Sektion
 - 6.4.2 Durchführungsbestimmungen für die anatomische Sektion
 - 6.4.3 Durchführungsbestimmungen für die gerichtliche Sektion
 - 6.4.3.1 Entnahme und Aufbewahrung von Organen, Geweben und Körperflüssigkeiten
- 7 Forderungskatalog und Maßnahmen zur Anhebung der medizinischen Behandlungsqualität durch Steigerung der Obduktionsraten**
- 8 Anhang**
 - Anlage 1** Argumente pro und contra Sektion
 - Anlage 2** Die klinische Sektion aus der Sicht der verschiedenen Interessengruppen [modifiziert nach Wittekind/Gradistanac (2004)]
 - Anlage 3** Tabellarische Übersicht über Fristen zum Umgang mit der Leiche
 - Anlage 4** Literaturnachweise
- Mitgliederverzeichnis des Arbeitskreises „Autopsie“**

Einleitung

„Nam qui plura inciderunt, aut inspexerunt, hi saltem, cum illi minime dubitant, ipsi dubitare didicerunt.“ (Morgagni, um 1761, Band II, Brief XVI, Art. 25)

„Denn diejenigen, die vieles aufgeschnitten oder häufig [bei Leichenöffnungen] zugesehen haben, diese haben wenigstens gelernt zu zweifeln, wo jene [andere] gar nicht zweifeln.“

Es gehört zu den zentralen Aufgaben des Staates, die Gesundheit, das Leben und die Sicherheit seiner Bürger* zu schützen und die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Obduktion (Sektion, Autopsie, innere Leichenschau) ist eine zentrale Säule der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und stellt somit einen essentiellen Bestandteil der Gesundheitsfürsorge dar. Der Gesetzgeber sollte sich daher verpflichtet fühlen, die zur Durchführung einer ausreichenden Anzahl von Obduktionen notwendigen rechtlichen, ökonomischen und faktischen Voraussetzungen zu schaffen. Dies ist eine langjährige Forderung der Ärzteschaft.

Durch das für deutsche Krankenhäuser neu eingeführte pauschalisierte Entgeltsystem (DRGs) gewinnt die qualitätssichernde Funktion der Autopsie grundsätzlich eine noch höhere Bedeutung, da sie der Gefahr einer aus ökonomischen Gründen reduzierten Medizin mit ggf. fatalen Folgen für die Patienten entgegenwirkt. Dies geschieht durch die systematische Erfassung und Benennung der Todesursachen einschließlich möglicher Fehlbehandlungen.

Ergänzend bedarf es einer öffentlichen Diskussion darüber, ob nicht jeder Bürger zu dieser Aufgabenerfüllung beitragen sollte. Das setzt voraus, dass die Durchführung einer Obduktion primär als selbstverständlich angesehen wird und nicht als etwas Besonderes gelten darf. Auf die zwingende Notwendigkeit einer selbstkritischen Medizin, d. h. eigene Fehler zu erkennen, als Voraussetzung für eine menschenwürdige Medizin, sei hier noch einmal ausdrücklich hingewiesen. In dieser Frage sind auch die Religionsgemeinschaften gefordert.

Im Hinblick auf noch offene ethische Fragen und die nicht abschließend geklärte rechtliche Bewertung der Autopsie möchte diese Stellungnahme Bewusstsein schaffen, informieren und wichtige Argumente darlegen. Es wird dabei das Ziel verfolgt, zwischen dem legitimen Anliegen der hochqualifizierten Medizin nach vermehrter qualitätssichernder Obduktionen und den Persönlichkeitsrechten der von der Autopsie unmittelbar und mittelbar Betroffenen einen Wertungsgleichklang herbeizuführen und einen Vorschlag zur einheitlichen Regelung des Themenkreises aufzuzeigen.

* Mit den in dieser Stellungnahme verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

1 Begriffserklärung und -bestimmung

1.1 Klinische Sektion

Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patienten. Dazu gehört auch die sogenannte „Verwaltungssektion“, die im Rahmen der postmortalen Untersuchung von Todesfällen, die sich plötzlich und unerwartet oder unter unklaren Bedingungen ereignet haben, durchgeführt wird.

Sektionen (innere Leichenschau) sind die ärztliche, fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Teilen sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Sie dienen der Qualitätssicherung und Überprüfung ärztlichen und pflegerischen¹ Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie sowie der medizinischen Forschung.

1.2 Anatomische Sektion

Die anatomische Sektion ist die Zergliederung von Leichen oder Leichenteilen in anatomischen Instituten zum Zwecke der Lehre und Forschung über den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers.

1.3 Gerichtliche Sektion

Die gerichtliche Sektion ist in der Strafprozessordnung geregelt und erfolgt im behördlichen Auftrag. Sie dient zur Klärung der Frage, ob jemand eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, ob ein Verschulden Dritter in Betracht kommt und zur Sicherung von Beweisunterlagen für einen eventuellen Strafprozess (siehe §§ 87 ff. StPO).

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Band II, RN 421

2. Bestandsaufnahme

2.1 Darlegung der Gründe, sich in der gegenwärtigen Situation des Themas „Autopsie“ anzunehmen

Die innere Leichenschau ist eine wesentliche Erkenntnisquelle der Medizin. Sie gehört seit dem 19. Jahrhundert zum festen Bestandteil der *good medical practice*. Gerade jüngere Untersuchungen unterstreichen die Überlegenheit der inneren Leichenschau, insbesondere gegenüber bildgebenden Verfahren, bei der Bestimmung der Todesursache.² Aus dieser Sicht wiegt die Tatsache, dass die Sektionsrate in der Bundesrepublik Deutschland stark rückläufig ist (s. Punkt 2.4. „Übersicht über die Sektionsraten“), besonders schwer. Da der Rückgang weitreichende Folgen für die medizinische Qualität nach sich zieht, ist eine intensive Diskussion des Themas dringend angezeigt.

Die Obduktion dient der definitiven Abklärung der Grund- und Nebenerkrankungen ebenso wie der Feststellung des Krankheitsverlaufs bzw. der Todesursache(n). Eine geringe Sektionsquote führt zu einer falschen Todesursachenstatistik.³ Da letztere auch eine Basis für die Mittelverteilung in unserem Gesundheitswesen bildet, sind überdies direkte Auswirkungen auf die Güte der Gesundheitsfürsorge zu unterstellen. Fehlgeleitete Investitionen im Gesundheitswesen erscheinen jedoch weder im Hinblick auf die angespannte finanzielle Lage noch mit Blick auf die anzustrebende Verteilungsgerechtigkeit akzeptabel.

Sektionen sind unverzichtbar für die Qualitätssicherung⁴ der ärztlichen Behandlung. Die Dokumentation von Sektionsprotokollen, Bildern, histologischen Präparaten und konservierten Organen soll hierfür die Grundlage liefern. Regelmäßige klinische Obduktionen sind eine wesentliche Voraussetzung für den diagnostischen und allgemeinen medizinischen Fortschritt. Sie ermöglichen den Vergleich bewährter und neuer Therapiekonzepte und Medikamenten(neben)wirkungen, den Nachweis von Behandlungsfehlern wie auch die Entlastung von einem derartigen Vorwurf. Die Gewährleistung regelmäßiger Obduktionen ist ein notwendiger Bestandteil der staatlichen Fürsorge. Wäre z. B. in der Bundesrepublik die Einrichtung eines obduktionsgestützten Missbildungsregisters möglich gewesen, hätten - wie

² vgl. Modelmog, 1992 und 1993; Brinkmann et al. 1997; Arch Kriminol, 1997, S. 41-52 u. 65-74

³ vgl. „Görlitzer Studie“: 1987 wurden nahezu alle Verstorbenen im Stadtbezirk Görlitz im Anschluss an die äußere Leichenschau obduziert. Das Ergebnis: In 47 % der Fälle stimmten die Diagnosen der Pathologen *nicht* mit den Angaben auf dem Totenschein überein. In rund 30 % wurden sogar völlig unterschiedliche Krankheitskategorien verzeichnet – vgl. Modelmog (Anm. 1).

⁴ vgl. Eisenmenger, 1996, insb. S. 307 („Die Obduktion ist in der Qualitätskontrolle nicht alles, aber ohne Obduktion beginnt die Qualitätskontrolle erst gar nicht“). vgl. auch Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, 1999, S. 4, sowie neuerdings Anleitung zur Durchführung von Obduktionen in der Pathologie des Berufsverbands Deutscher Pathologen e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Pathologie e. V., Okt. 2005, S. 25

Auch in den aktuellen die Sektion betreffenden Gesetzen der Bundesländer wird der Einfluss der klinischen Sektion auf die Qualitätssicherung betont. Für Details zum Zusammenhang zwischen Autopsie und Qualitätssicherung siehe ferner: H. Moch, W. Wegmann, M.J. Mihatsch, Autopsie und moderne Medizin, Schweiz Rundsch Med Prax 88/29 (1999), S. 861-867; A.R.Schned, R.P. Mogielnicki, M.E. Stauffer, A comprehensive quality assessment program on the autopsy service, Am J Clin Pathol 86 (1986), S.133-138; H.H. Friederici, M. Sebastian, The concordance score. Correlation of clinical and autopsy findings, Arch Pathol Lab Med 108 (1984), S. 515-517; C. Wittekind u. T. Gradistanac, Das älteste Werkzeug der Qualitätssicherung – die Obduktion – stirbt aus ?, Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. 98 (2004), S. 715 – 720,

entsprechende Berechnungen später ergaben - die fatalen Folgen der Anwendung von Contergan um zwei Jahre früher entdeckt und so zahlreichen Kindern eine Behinderung erspart werden können.⁵

Die rückläufige Sektionsfrequenz zeigt überdies negative Auswirkungen auf die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung: Ohne regelmäßige Sektionserfahrung gehen Ärzten grundlegende makroskopisch-pathologische Kenntnisse und damit die Fähigkeit zur Bewertung schwerwiegender bzw. komplexer Krankheiten verloren. Zudem lassen sich mit Hilfe der Obduktion exakte Aussagen zur Epidemiologie verschiedener Erkrankungen treffen. Ferner ist sie zum Nachweis aktueller Umwelt- und Seuchengefahren unverzichtbar (s. Infektionsschutzgesetz).

Auch die Rechtssicherheit ist durch die geringe Sektionsquote bedroht, da neuere Studien beweisen, dass Tötungsdelikte und nicht-natürliche Todesfälle (Tod durch Unfall, Suizid, strafbare Handlungen oder durch sonstige Einwirkungen von außen herbeigeführt) unerkannt bleiben. So wurde in einer multizentrischen Studie nachgewiesen, dass mindestens 1200, max. 2400 Tötungsdelikte in Deutschland jährlich unentdeckt bleiben.⁶ Mit dem weitgehenden Verzicht auf Sektionen fehlt ein wichtiges Instrument zur Überführung bzw. Entlastung Tatverdächtiger.

Erwähnung verdient auch das mögliche nachwirkende Eigeninteresse des Verstorbenen an der Sektion: Die epikritische Abklärung einer tödlichen Krankheit im Rahmen der inneren Leichenschau ist als letzter Dienst des Arztes und der Gesellschaft an der verstorbenen Person anzusehen. Besonders augenfällig ist beispielsweise ein solches Eigeninteresse in Fällen, in denen bei der Sektion ein Tod durch Fremdeinwirkung festgestellt wird. Aber auch in allen anderen Fällen, in denen der Tod unvermutet eintritt bzw. aus medizinischer Sicht Fragen aufwirft, ist post mortem ein nachwirkendes Eigeninteresse an der Aufklärung der Todesumstände anzunehmen.

Zudem kann der Verstorbene durch die Einwilligung zur klinischen Sektion ein gemeinnütziges Handeln ermöglichen, indem sich aus der Obduktion auch wissenschaftliche und praxisrelevante Erkenntnisse zu Gunsten der Lebenden ergeben.

Die Information bzw. Aufklärung der Hinterbliebenen kann darüber hinaus ein Ziel der Sektion sein. Das ist insbesondere gegeben, wenn versicherungsrechtliche bzw. sonstige finanzielle Ansprüche wahrscheinlich sind oder aber Behandlungsfehler vermutet werden.

Ebenso können bis dato unbekanntes, krankmachende familiäre Veranlagungen für die Hinterbliebenen von großem Interesse sein - insbesondere dann, wenn diese therapeutisch

⁵ vgl. Becker et al, 1989, S. 789-792

⁶ vgl. Brinkmann et al. (Anm. 1).

oder durch Präventivmaßnahmen beeinflussbar sind. Zudem kann die Sektion gerade im Falle eines tragischen, unerwarteten Todes, bei dem die Hinterbliebenen besonders zu Selbstvorwürfen neigen, diagnostische Gewissheit und damit häufig Erleichterung und Entlastung bieten.

Doch nicht nur die weitreichenden *Folgen* der niedrigen Sektionsquote, sondern auch deren mögliche *Ursachen* sind Anlass, sich des Themas „Autopsie“ anzunehmen. Geltend gemacht wird in Sachen Ursachenforschung u. a. eine zunehmend geringere Bereitschaft der Bevölkerung, sich mit dem eigenen Tod auseinander zu setzen. Der distanzierte Umgang mit Sterben und Tod erfüllt alle Kriterien einer sozialen Verdrängung. Nur noch jeder Fünfte stirbt zu Hause - das Lebensende findet zumeist in Krankenhäusern und Heimen statt. Um so schwerer muss angesichts dieser Tabuisierung eine reflektierte Zustimmung zur Obduktion fallen. Dazu trägt auch eine qualifizierte ärztliche Gesprächsführung mit den Hinterbliebenen bei.

Eine zusammenfassende Darstellung von Argumenten, die in der Diskussion greifbar sind – unabhängig davon, ob sie zutreffend bzw. objektivierbar sind oder nicht – sowie eine Übersicht zur klinischen Sektion aus der Sicht der verschiedenen Interessengruppen findet sich im Anhang (Anlage 1 und Anlage 2).

2.2 Mögliche Ursachen für den Rückgang von Obduktionen

Der Rückgang an klinischen Obduktionen hat verschiedene Ursachen, die nicht nur gesamtgesellschaftlicher Natur sind, sondern auch im Gesundheitssystem und im Verantwortungsbereich der darin tätigen Personen liegen.

Im Bereich der Klinik und Pathologie sind mögliche Ursachen:

- die Fehleinschätzung seitens des behandelnden Arztes, ein Fall sei „klar“
- Angst vor Aufdeckung eigener Fehler (Diagnostik, Therapie)
- Arbeits- und Zeitaufwand
- zu lange dauernde oder nicht praxisnahe Beantwortung klinischer Fragen durch die Pathologie
- fehlendes Bewusstsein über den Erkenntniswert der Obduktion
- unzureichende Ausbildung in der Pathologie während des Studiums
- mangelnde Erfahrung im Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen und fehlende Anleitung zu Aufklärungsgesprächen
- Kostendenken und Sparzwang
- inadäquate Belastung durch Obduktionen wegen unzureichender Kostenerstattung

- Wandel des Aufgabenfelds der Pathologie (Verschiebung von der Autopsie zur Diagnostik am Operationspräparat oder Biopsat)
- geringe Attraktivität von Publikationen auf der Basis von Obduktionsergebnissen
- unklare Rechtslage

2.3 Hinweise auf bestehende einzelgesetzliche Regelungen

Für ganz Deutschland einheitliche und abschließende Regelungen zum Umgang mit der Leiche gibt es nicht. Demzufolge haben sich unterschiedliche landesrechtliche Regelungen herausgebildet. Den Anfang machte das Land Berlin, das 1997 ein „Gesetz zur Regelung des Sektionswesens“ verabschiedete, das 2001 neugefasst wurde.⁷ Hamburg erließ 2000 ein „Gesetz zur Regelung von klinischen, rechtsmedizinischen und anatomischen Sektionen“.⁸ Für Flächenstaaten liegen entsprechende Gesetze bislang nicht vor. In Bayern bestehen allerdings seit einiger Zeit Überlegungen, das Sektionswesen gesetzlich zu regeln. Etliche Bestattungsgesetze enthalten jedoch mehr oder weniger umfassende Regelungen über die Zulässigkeit der Obduktion.⁹ Zur komplexen Rechtslage vgl. Abschnitt. 5.2.

2.4 Übersicht über die Sektionsraten im internationalen Vergleich und die Aussagefähigkeit von Sektionen über Fehldiagnosen

2.4.1 Sektionsraten

Trotz regionaler Besonderheiten, unterschiedlicher Erhebungsmethoden und sehr verschiedener Zusammensetzung der teilnehmenden Institutionen zeigen fast alle nationalen und internationalen Studien den gleichen Trend auf; die Sektionszahlen (vgl. Tab. 1) gehen während der letzten 50 Jahre weltweit deutlich zurück.¹⁰ Daraus wird übereinstimmend abgeleitet, dass sich die Qualitätssicherung und -kontrolle in den entsprechenden Institutionen verschlechtert und somit zumindest mittelfristig die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung Schaden nimmt.

Die in Tabelle 1 vorgelegten Daten müssen als relativ grobe Anhaltswerte gewertet werden, da in den verschiedenen Regionen der einzelnen Länder sowie in deren Universitätskliniken, den Krankenhäusern der Regelversorgung und den Pflegeeinrichtungen erhebliche Unterschiede bestehen. Die Erfassung von Autopsiedaten außerhalb von Krankenanstalten ist lediglich in der Görlitzer Studie¹¹ erfolgt.

⁷ Sektionsgesetz des Landes Berlin, i.d.F. v. 7. März 1997, Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin vom 15. März 1997, S. 54 neugefasst durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz v. 24. Juli 2001, GVBl. 0302.

⁸ Hamburgisches Sektionsgesetz zur Regelung klinischer, rechtsmedizinischer und anatomischer Sektionen, Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 2000, S. 38 ff.

⁹ z. B. Bestattungsgesetz MV v. 3. Juli 1998, GVBl. M-V S. 617, § 5; Bestattungsgesetz LSA v. 5. Februar 2002, zuletzt geändert am 26.03.2004, § 9; §§ 8 ff. Brandenburgisches Bestattungsgesetz – BbgBestG v. 7. November 2001, GVBl. I/01 S. 226; §§ 8 ff. Thüringer Bestattungsgesetz - Gesetz v. 19. Mai 2004, ThürGVBl. Nr. 11 v. 27. Mai 2004, S. 505.

¹⁰ Shojania et al., 2003,

¹¹ Modelmog D, Görlitzer Studie 1986/87

Tabelle 1. Klinisch-pathologische Sektionsraten im internationalen Vergleich	
Nationale Studien	
Dänemark	13,6 % in 1992 ^{12 13}
BRD	1980: 10,0% ⇒ 1991: 8 % ¹⁴ ⇒ 1994: 4,2% ⇒ 1999: 3,1 % ¹⁵
DDR	1979: 30% ⇒ 1987: 18% ¹⁶ (weitere Einzelheiten s. ¹⁷)
Großbritannien	1999: 17,3% ¹⁴
England	1950-60: 30-40 % ⇒ 1994: 5 % ⇒ 1999: 2,1 % * ¹⁸
Wales	1966: 8,9% ⇒ 1991: 1,7% ¹⁹
Norwegen	1987: 1,2 % ⇒ 1992: 2,1 % (natürlich Verstorbene) ²⁰
Österreich (Universität (gesamt))	1970: 99,5% ⇒ 1993: 33% ²¹ 1999: 30-35 ¹⁷
Schweden	1969: 46% ⇒ 1992: 16 % ¹² ⇒ 1994: 25% ²²
Schweiz	1950: 55% ⇒ 1991: 25% ⇒ 2002: 20% ²³
USA	1964: 41% ⇒ 1974: 18% ⇒ 1988: 12% ²⁴ ⇒ 1999: 5%-0% ²⁵
Regionale Studien	
Birmingham (England)	1954: 74,4 % ⇒ 1972: 46,0 % (im Krhs.) und 27,3 % in der Region ²⁶
Hamburg (Deutschland)	1990: 60 % ⇒ 1999: 21 % (in den 7 größten patholog. Abtl.) ²⁷
Karolinska (Schweden)	1977: 80% ⇒ 1987: 39 % ²⁸
Kiel (Univers., Dtschl.)	1959: 88% ⇒ 1979: 58 % ⇒ 1989: 36 % ²⁹
Malmö (Schweden)	1984: 81 % ⇒ 1993: 34 % ³⁰
Paris (Frankreich)	1988: 15,4% ⇒ 1997: 3,7 % ³¹
Chemnitz (Deutschland)	1990 ⇒ 1992 Reduktion um 40% wegen der Wiedervereinigung ³²

*Unterschiede zwischen Tod im Krankenhaus, im Pflegeheim oder zu Hause

¹² Petri CN, 1993, S. 315-8

¹³ Saukko P, 1995, S. 458-65

¹⁴ Jansen HH, 1991, S. 246-247

¹⁵ Brinkmann B et. al., 2002, S. 791-5

¹⁶ David H, 1989, S. 196-237

¹⁷ Schwarze EW et. al., 2003, S. 2802-2808

¹⁸ Shojania KG et. al., 2003, S. 2849-56

¹⁹ Wittekind C. et. al., 2004, S. 715-20

²⁰ Nordrum I., 1996, S. 465-74

²¹ Bajanowski Th., 1997, S. 63-68

²² Lundberg GD, 1994, S. 271-317

²³ Fluri S. et. al., 2002, S. 79-83

²⁴ McPhee SJ., 1996, S. 41-43

²⁵ Epidemiologisches Bulletin, Robert Koch Institut, 2000 Nr. 5

²⁶ Waldron HA et. al., 1975, S. 326-328

²⁷ Sperhake J., 2003, S. 204-206

²⁸ Veress B. et. al., 1993, S. 281-286

²⁹ Kirch W. et. al., 1994, S. 399-404

³⁰ Lindstrom P. et. al., 1997, S. 157-165

³¹ Chariot P. et. al., 1999, S. 35-38

³² Habeck JO. et. al., 1993, S. 188-192

2.4.2 Aussagefähigkeit der klinischen Obduktion über Fehldiagnosen bzw. Übereinstimmung klinisch und autoptisch festgestellter Todesursachen

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversifizierung der Diagnoseverfahren und Therapieabläufe im Krankenhaus, der immer kürzeren Verweildauer und der verstärkt integrierten Versorgung, d. h. Verflechtung der Niedergelassenen Ärzte mit der Krankenhausmedizin und der damit unvermeidbaren Unschärfe der Zuordnungen und Verantwortungen, kann ein systematisch und möglichst flächendeckendes Sektionswesen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Obduktion ist für die Beurteilung qualifizierter ärztlicher Handlungen sowie für die Ursachenforschung bei Fehlleistungen von ausschlaggebender Bedeutung und kann nicht durch andere Methoden ersetzt werden.

In zahlreichen Publikationen aus verschiedenen Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wird immer wieder auf den nicht unerheblichen Prozentsatz von Fällen aufmerksam gemacht, bei denen relevante Unterschiede zwischen der klinischen und der autoptisch-pathologischen Beurteilung aufgetreten sind. (Bei der Wertung der einzelnen Arbeiten ist es allerdings dringend notwendig, die Begriffe, Kriterien und Parameter, die im einzelnen zu Grunde gelegt worden sind, zu hinterfragen und bei vergleichenden Analysen genau zu definieren.)

Von Madea³³ wird darauf hingewiesen, dass die Rate der Übereinstimmungen bzw. Diskrepanzen abhängig ist von

- der Definition des Begriffes „Fehldiagnose“ (s. u.),
- der ausgewerteten Krankheitsklasse (s. u.),
- dem Lebensalter der Patienten,
- dem untersuchten Patientengut (ambulant, stationär, spezialisiertes Krankenhaus, Universitätsklinikum),
- der Dauer des Klinikaufenthaltes
und
- der Autopsierate.

Dabei spielen die Definition des Begriffes „Fehldiagnose“ und die sich daraus ergebenden Folgerungen eine besonders wichtige Rolle. In eigenen Untersuchungen wurde in Anlehnung an Kirch eine Fehldiagnose angenommen, wenn aufgrund abgeschlossener diagnostischer Entscheidungsprozesse in der Klinik eine Erkrankung bei einem Patienten definitiv angenommen wird, die sich später als unrichtig erweist; bzw. ein Verdacht definitiv ausgeschlossen wird, der sich später als richtig herausstellt.³⁴

³³ Madea, 1999

³⁴ Kirch W, Schafii C (1996)

Ferner hat Gross bei der Beurteilung und Kategorisierung von Fehldiagnosen vier Hauptgruppen der Relativität herausgestellt:³⁵

- Relativität zur Trennschärfe, d. h. eine weiter gefasste Diagnose ist i. d. R. seltener als Fehldiagnose zu bezeichnen, als eine präzise gefasste Diagnose, z. B. Herzinsuffizienz vs. Hinterwandinfarkt bei Verschluss der Arteria coronaria dextra,
- Relativität zum Untersuchungszeitpunkt, d. h. war genügend Zeit vorhanden, um eine Diagnose überhaupt stellen zu können oder lag ein Notfall vor,
- Relativität zum Inhalt, *major mistakes (class I und II) vs. minor mistakes* (Definition s. u.),
- Relativität zu den Konsequenzen, d. h. sind aufgrund der Fehldiagnose Maßnahmen eingeleitet oder unterlassen worden, die dem Patienten geschadet haben bzw. hätten helfen können. Hier ist eine genaue Definition der Vorgänge notwendig, da die Operationalisierung des Begriffes „Fehldiagnose“ unmittelbare juristische Konsequenzen haben kann.

Für die Beurteilung einer medizinischen Behandlung ist in diesem Zusammenhang von besonderer fachlicher und juristischer Bedeutung, ob die aufgrund der Fehldiagnose eingeleitete Behandlung dem später erkannten Krankheitsbild nicht gerecht wird, und sich durch das Nichterkennen der tatsächlich vorliegenden Erkrankung die Prognose des betreffenden Patienten verschlechtert.

Von der Fehldiagnose sind abzugrenzen die Differentialdiagnose, also die Abwägung der verschiedenen Symptome eines Patienten, im Hinblick auf die möglichen Krankheiten, die dem zugrunde liegen können, und die Arbeitsdiagnose, die aufgrund des klinischen Untersuchungsbefundes gestellt wird und erste therapeutische Maßnahmen ermöglicht. Kirch weist bereits darauf hin, dass bei der hohen Diskrepanz zwischen klinisch und autoptisch festgestellten Todesursachen nicht alle Fälle als Fehldiagnose etikettiert werden können, da z. B. bei der für eine klinische Diagnostik zur Verfügung stehenden Zeit manche Diagnose eher als Arbeits- oder vorläufige Diagnose bezeichnet werden sollte.³⁶

Zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik liegen zahlreiche Statistiken vor. In der Regel handelt es sich dabei um eine autoptische Kontrolle der klinischen Diagnosen zu Grundleiden und Todesursache. In den Statistiken werden Fehlerquoten zwischen 33 % und 100 % angegeben.³⁷ Schon diese große Spanne zeigt, dass offenbar unterschiedliche

³⁵ Gross, 1983 und 1989,

³⁶ Kirch, 1996,

³⁷ Eine Zusammenstellung findet sich in Madea, 1999, Tabelle 4-18, S. 160

Parameter bei der jeweiligen Auswertung herangezogen wurden. Aus gesundheitspolitischer und fachlicher Sicht sind die Fehldiagnosen mit Folgen für den Patienten die wirklich relevanten Tatbestände. Daher ist es wichtig, eine Klassifikation der bei der Obduktion erkannten Fehler vorzunehmen. In Anlehnung an Shojania et al. wird folgende Systematik vorgeschlagen:³⁸

1. **Hauptfehler I** (major mistake, class I): Klinisch nicht erkannte Diagnose, die sich während der Obduktion als Grundleiden und/oder einen Hauptgrund für den Tod des Patienten erweist. Wäre also die Diagnose rechtzeitig erkannt worden, so hätte das Leben des Patienten zumindest zeitweilig verlängert werden können.
2. **Hauptfehler II** (major mistake, class II): Klinisch nicht erkannte Diagnose, die, wäre sie ante-mortem gestellt worden, keine Auswirkungen auf die Behandlung und den Verlauf gehabt hätte.
3. **Nebenfehler** (minor mistake): Während der Obduktion erkannte Krankheiten bzw. medizinische Sachverhalte, die mit dem Verlauf der Grunderkrankung bzw. der Todesursache keine direkte kausale Verbindung haben.

Untersuchungen in dem seit Anfang des 20. Jahrhunderts systematisch geführten Sektionsregister der Charité ergaben bei Auswertung von über 6700 Sektionsprotokollen für die Zeiträume 1981 - 1995 folgende Ergebnisse:³⁹

³⁸ Shojania et al., 2003,

³⁹ Giermann, 2001,

Tabelle 2 Klinische Hauptdiagnose vs. Sektionsbefund 1981 - 1995

(Inst. f. Pathologie Charité)

in 58 % vollständige oder weitgehende Übereinstimmung

in 42 % Unterschiede in Grundleiden und Todesursache

davon 18 % ohne Konsequenzen für Therapie und Überleben (Hauptfehler II)

davon 13 % mit Folgen für die Therapie, aber ohne Folgen für das Überleben
(Hauptfehler II)

davon 11 % mit Folgen für Therapie und Überleben (Hauptfehler I)

Diese Ergebnisse entsprechen mit den systembedingten Abweichungen den Daten anderer Institute:

Tabelle 3 Klinische Hauptdiagnose vs. Sektionsbefund 1978 - 1987

(Inst. f. Pathologie Münster, Grundmann und Menke 1991)

65 % vollständige oder weitgehende Übereinstimmung

17 % mussten ergänzt werden, keine Relevanz für Therapie und Überleben
(entspr. Hauptfehler II)

18 % nicht korrekt (entspr. Hauptfehler I)

Tabelle 4 Klinische Hauptdiagnose vs. Sektionsbefund 1978 - 1987

(Modelmog et al. 1993, Görlitz-Studie, Inst. f. Pathol., Bakteriologie und Serologie, Görlitz Krhs.)

55 % vollständige oder weitgehende Übereinstimmung

45 % mit Abweichungen⁴⁰

davon 20 % ohne klinische Konsequenzen* (entspr. Hauptfehler II)

25 % mit klinischen Konsequenzen * (entspr. Hauptfehler I)

Tabelle 5 Klinische Hauptdiagnose vs. Sektionsbefund in den 1980er Jahren

(United Kingdom, Mercer and Talbot, 1985)

47 % precisely confirmed

40 % not, but no consequences (entspr. Hauptfehler II)

13 % potentially treatable diseases (entspr. Hauptfehler I)

⁴⁰ In diesen Zahlen sind die Fehldiagnosen aus Krankenhaus, Heimen und städtischen Institutionen enthalten. Dies erklärt den hohen Anteil der Fehldiagnosen mit klinischen Konsequenzen.

Bereits 1980 veröffentlichten Sandritter et al. die Fälle mit einem Gesamtanteil von 16 %, in denen „*the diagnosis proved to be inadequate*“.⁴¹ Analog wurden von Goldman et al. für die Harvard Medical School für den Zeitraum 1960 - 1980 10 % Fehldiagnosen mit therapeutischen Konsequenzen und ca. 12 % ohne prognostische Auswirkungen publiziert.⁴² Auch Kirch berichtete für die Christian-Albrechts Universität etwa 10 % Fehldiagnosen mit Konsequenzen für die Prognose und ca. 10 % nicht gestellter Diagnosen ohne klinische Folgen.⁴³

Zusammenfassung

In ca. 15 % aller Todesfälle in Krankenhäusern besteht eine Diskrepanz zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, die mit Folgen für Therapie und Überleben der Patienten einhergeht. Diese Fehlerquote kann nur durch eine systematische klinische Autopsie erkannt und benannt sowie durch einen intensivierten klinisch-pathologischen Diskurs zukünftig verringert werden.

In weiteren ca. 20 % der Sektionen ergeben sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, allerdings ohne Konsequenzen für die Therapie und das Überleben der Patienten.

In Studien nicht erfasst sind bisher die durch fehlerhafte Diagnosestellungen verursachten ökonomischen Folgen, die zweifellos erheblich sind.

Aus den genannten Fakten und Daten ergibt sich zwingend, dass eine Erhöhung der Sektionsfrequenz notwendig ist, da anderenfalls die ethisch und ökonomisch gebotene Selbstkontrolle der Medizin nur unzureichend erfüllt wird.

⁴¹ Sandritter et al. ,1980,

⁴² Goldman et al.,1983,

⁴³ Kirch, 1996,

3 Zukünftige Rolle des Sektionswesens im DRG-System

Mit dem Fallpauschalengesetz und den DRGs (Diagnosis Related Groups.) hat der Gesetzgeber eine neue Vergütungsstruktur für deutsche Krankenhäuser eingeführt. Die grundlegenden Änderungen sind im Wesentlichen die pauschalierte Vergütung der stationären Behandlungsfälle unabhängig von Umfang und Dauer der Diagnostik und Therapie sowie die Vereinheitlichung der Preise für gleiche Leistungen auf Bundeslandebene. Daraus ergeben sich für das Sektionswesen vor allem drei Konsequenzen, die die Qualität, die Ökonomie und die Rechtssicherheit betreffen:

1. **Qualitätskontrolle:** Die im Fallpauschalengesetz geforderte kontinuierliche Prüfung der medizinisch-fachlichen Qualität kann effektiv nur mit Hilfe der klinischen Obduktion als hartem und verlässlichem Qualitätsparameter dauerhaft gesichert und unabhängig dokumentiert werden. Nur so kann der systembedingten Gefahr, notwendige diagnostische Leistungen auf Grund des ökonomischen Drucks nicht mehr zu veranlassen und somit fehlerhafte Diagnosen zu riskieren, entgegengewirkt werden.
2. **Ökonomie:** Die durch eine Obduktion neu aufgedeckten, nach den Deutschen Kodierrichtlinien dokumentationsrelevanten Neben- und Hauptdiagnosen werden nicht selten zu einer Erhöhung der Entgeltberechnung der Krankenhäuser führen. Dies kann aus Sicht der Krankenhausträger von erheblicher finanzieller Bedeutung sein. Aber auch für die Kassen könnte es von großer Relevanz sein, wenn die Obduktion einen geringeren Schweregrad oder weniger Nebendiagnosen zum Vorschein bringt, als bei der Verschlüsselung angegeben worden sind.
3. **Rechtssicherheit:** Klinische Obduktionen führen zur Präzisierung und Objektivierung der Diagnosen. Daher geben Obduktionen dem behandelnden Arzt Sicherheit vor unbedachten, aber dennoch rechtsrelevanten Verdächtigungen, ebenso wie vor ungerechtfertigten Vorwürfen. Dies gilt insbesondere, wenn die Todesursache nicht absolut eindeutig geklärt ist.

Die einzelnen Punkte werden im Folgenden näher ausgeführt.

3.1 Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung

Das Fallpauschalengesetz fordert nachdrücklich Qualität, Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitswesen. Dennoch könnte die Systematik der DRGs aufgrund pauschaler Leistungsvergütung zum Absinken der medizinischen Qualität führen, da das Krankenhaus

am profitabelsten arbeitet, das mit möglichst geringem diagnostischen und therapeutischen Aufwand eine bestimmte Leistung (resp. DRG) bei möglichst kurzen Liegezeiten erbringt. Es besteht systembedingt die Gefahr, dass notwendige diagnostische Leistungen auf Grund des ökonomischen Drucks nicht mehr veranlasst, somit fehlerhafte Diagnosen gestellt und inadäquate Behandlungen ausgelöst werden. Im Zusammenhang mit dem Druck auf Liegezeitverkürzung wird als etwas pointiertes, aber nicht ganz falsches Schlagwort immer wieder die „*blutige Entlassung*“ genannt.

Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass die Richtigkeit der klinischen Diagnose schon jetzt nur in 50 – 75 % der Fälle durch Obduktionen bestätigt wird⁴⁴ (Bauer, Höpker und Püschel) und demzufolge 25 – 30 % der klinischen Diagnosen (davon ca. 10 - 15 % mit Folgen für Therapie und Überleben) nicht korrekt sind, ist eine stringente Qualitätskontrolle zu fordern. Das geeignetste Verfahren ist zweifelsfrei die klinische Obduktion, die eine umfassende und objektive medizinische Selbst- und Qualitätskontrolle darstellt⁴⁵ und durch kein anderes Verfahren ersetzt werden kann. Wenn also Qualität nachdrücklich gefordert wird, muss eine möglichst hohe Obduktionsfrequenz als wichtigstes Qualitätsmessinstrument angestrebt werden, um durch die Obduktionsergebnisse die Genauigkeit von Diagnostik und Behandlung zu verifizieren. Nur so wird das endgültige Kriterium der Qualität, nämlich die richtige und vollständige Diagnose und Behandlung, gewährleistet. Die obduktionsbasierte Qualitätskontrolle ist ein harter und objektiver Qualitätsparameter im Interesse der Ärzte, der Patienten und letztlich der Gesellschaft, da nur so das DRG-System eine angemessene und fachlich hoch stehende Medizin sichert.

3.2 Ökonomische Relevanz

Für das Krankenhaus ist es von großem Interesse, die richtigen Haupt- und Nebendiagnosen aufzudecken, um gegenüber der Krankenkasse die richtige Fallpauschale (DRG) in Rechnung zu stellen. Unter bestimmten Umständen können sich dabei nach den Deutschen Kodierrichtlinien dokumentationsrelevante Nebendiagnosen, die erst bei einer klinischen Obduktion gefunden werden, schweregraderhöhend auf die abzurechnende DRG auswirken. Konkurrent erhöht sich in einem solchen Fall auch die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse. Es kommt z. B. ein Patient mit der Hauptdiagnose bösartige Neubildung der Harnblase ins Krankenhaus. Während des 10-tägigen stationären Aufenthaltes wird eine transurethrale Resektion von erkranktem Gewebe der Harnblase durchgeführt. Als Nebendiagnose wird eine Harnwegsinfektion diagnostiziert. Der Patient verstirbt während des stationären Aufenthaltes. Aus der zunächst festgestellten Haupt- und Nebendiagnose in

⁴⁴ Bauer et al, 1991

Verbindung mit der durchgeführten Operation ergibt sich die DRG L 07 B = transurethrale Eingriffe ohne äußerst schwere Komplikation mit einer Bewertungsrelation in einer Hauptabteilung von 0,757. Die Verweildauer von 10 Tagen liegt innerhalb der Grenzverweildauer, so dass keine Zu- oder Abschläge zur DRG berücksichtigt werden müssen. Unterstellt man bei diesem Beispiel einen Basisfallwert von 2.800,00 €, so ergibt sich ein Abrechnungsbetrag von $2.800,00 \text{ €} \times 0,757$, also insgesamt 2.119,60 € gegenüber der Krankenkasse.

Aufgrund der unklaren Todesursache wird eine Obduktion durchgeführt. Dabei wird ein akutes Lungenödem festgestellt. Es erfolgt eine Neukodierung mit der Nebendiagnose Lungenödem. Daraus ergibt sich nunmehr die DRG L 07 A = transurethrale Eingriffe mit äußerst schweren Komplikationen mit einer Bewertungsrelation in einer Hauptabteilung von 1,189. Die Verweildauer von 10 Tagen liegt innerhalb der Grenzverweildauer. Unterstellt man nun wiederum einen Basisfallwert von 2.800,00 €, so ergibt sich ein Abrechnungsbetrag von 3.329,20 €. Der Zahlbetrag erhöht sich also nach Obduktion für diesen Fall um 1.209,60 €.

Voraussetzung für die Erhöhung des Schweregrads ist jedoch, dass die Nebendiagnose Lungenödem auch DRG-relevant ist. Die Kodierrichtlinien besagen, dass eine kodierte Nebendiagnose einen Bezug zum Klinikaufenthalt haben muss. Dies bedeutet, dass diese Nebendiagnose den Behandlungsverlauf (z. B. verlängerter Aufenthalt) des Patienten beeinflusst hat und aufwandssteigernd war. Das Krankenhaus muss darlegen, inwieweit diese Nebendiagnose die Therapie des Patienten beeinflusst hat und welche Maßnahmen und welcher Aufwand daraus resultieren. Dies geschieht vorzugsweise durch eine Sektion, auf deren Basis dann eine Veränderung der DRG-Einstufung bzw. des Schweregrads erfolgt.

Zu beachten ist dabei, dass durch vermehrte Sektionen keine Erhöhung der Kosten für die einzelnen Krankenhäuser entsteht. Dies erklärt sich folgendermaßen: Die Kosten für klinische Obduktionen (ca. 750,00 €) wurden bisher im Rahmen des Gesamtbudgets der Krankenhäuser vergütet. Durch die Einführung der DRGs ändert sich dieser Abrechnungsmodus, da zukünftig die Kalkulation der einzelnen DRG auch die Kosten für klinische Obduktionen beinhaltet. Durch die jährlich neu kalkulierten Relativgewichte der DRGs werden die Erlöse fortlaufend überprüft und eine steigende Obduktionszahl würde somit deren Gewichtung bei der Kalkulation der DRGs erhöhen (allerdings mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren, da immer die Daten des Vorjahres kalkuliert werden und Basis für die DRG des Folgejahres sind). Wenn die Obduktionen weiter reduziert werden, führt dies zu einer Absenkung der jeweiligen Relativgewichte. Es besteht also die

⁴⁵ Dohm, 1980

Möglichkeit für die Pathologen in Deutschland, die für die Obduktionen kalkulierten Anteile innerhalb der DRGs zu nutzen, um eine angemessene Vergütung für die Krankenhäuser zu erwirken.

3.3. Rechtliche Konsequenzen für die Abrechnungsrichtigkeit

Früher lagen die Gründe, eine Obduktion zu veranlassen, vornehmlich im Interesse des Arztes (und sekundär der Allgemeinheit sowie der Wissenschaft), da er sich objektive Klarheit über den Krankheitsverlauf eines speziellen Patienten und dessen Todesursache verschaffen wollte, um daraus für spätere Patienten Rückschlüsse zu ziehen. Auch die durch eine Obduktion gegebene Rechtssicherheit gegenüber Schadensersatzansprüchen (s. u.) sowie versicherungsrechtliche Aspekte konnten Gründe für eine Obduktion darstellen. Eine Interaktion mit den Krankenkassen war praktisch nicht gegeben. Heute hat sich durch die Einführung der DRGs die Situation gewandelt, da der Arzt sich, insbesondere bei unklaren oder unerwarteten Krankheitsverläufen, schnell in der Grauzone der Falschkodierung wieder findet. Dabei ist festzuhalten, dass immer der behandelnde Arzt die Obduktion veranlassen sollte und nicht Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Hat z. B. ein Patient eine Lungenembolie und der behandelnde Arzt verschlüsselt Herzinfarkt, kodiert der Arzt falsch und ist bei späterem Erkennen der Fehldiagnose den Krankenkassen gegenüber wegen Falschabrechnung verantwortlich. Eine weitere Möglichkeit liegt darin, dass durch spätere anamnestische oder diagnostische Erkenntnisse oder nach einer aus anderen Gründen angeordneten Obduktion eine andere Diagnose aufgedeckt wird. In solchen Fällen kann eine Falschkodierung mit rechtlichen Konsequenzen gegeben sein. Der Arzt schützt sich nur davor, wenn er die Obduktion selber veranlasst hat. Daher geben Obduktionen dem behandelnden und kodierenden Arzt Sicherheit vor Falschabrechnungen gegenüber den Krankenkassen.

3.4. Fazit

Die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Pathologie und der Berufsverband Deutscher Pathologen weisen auf die neue Bedeutung der klinischen Obduktionen hin.

Die Systematik der DRGs verlangt geradezu unausweichlich die Erhöhung der Frequenz klinischer Obduktionen, da durch sie

- der Gefahr einer im Wesentlichen ökonomisch ausgerichteten Minimalmedizin mit möglichst eingeschränkter Diagnostik und einfacher Therapie entgegengewirkt,
- eine adäquate Vergütung durch neu aufgedeckte Nebendiagnosen ermöglicht sowie

- Rechtssicherheit vor dem Vorwurf einer Falschkodierung und vor unberechtigten Schadensersatzansprüchen erlangt werden kann.

Aus diesen Gründen ist eine Neubewertung der klinischen Sektion als letzte ärztliche Handlung im Interesse der Ärzte, der Pflegekräfte, der Patienten und letztlich der Allgemeinheit geboten, da nur so eine qualitativ hoch stehende Medizin im DRG-System gesichert werden kann.

4 Historischer Exkurs

Sektionen fanden bereits in den antiken Hochkulturen statt. Die erste Sektion einer menschlichen Leiche im christlichen Abendland wurde nicht in Italien, sondern in Norwegen durchgeführt. In der Chronik des englischen Mönches William von Malmesbury wird erwähnt, dass der norwegische König Sigurd Jorsalfar (1090 - 1130) bereits im Jahre 1111 einen seiner verstorbenen Gefolgsleute sezieren ließ, um eine mögliche Schädigung der Leber nachweisen zu können.⁴⁶

Die früheste als gesichert geltende Nachricht über die wissenschaftliche Sektion einer Leiche in Italien, einer der späteren Hochburgen der Anatomie, enthält die Chronik des Salimbene von Parma (1221 - 1287/88). Darin ist die Rede von einer Sektion, die 1286 in Parma durchgeführt wurde, um die Ursache einer dort grassierenden Seuche festzustellen. Die erste dokumentierte gerichtsärztliche Leichenöffnung fand 1302 in Bologna durch Wilhelm von Varignana († 1339) statt.⁴⁷

Auch in Venedig (1308), Padua (1341) und Perugia (1348) wurden bereits im 14. Jahrhundert vereinzelt Sektionen durchgeführt, neben anatomischen auch gerichtsmedizinische Sektionen.⁴⁸ Im deutschen Sprachraum sind Autopsien beispielsweise für Wien (1404), Prag (1460) und Köln (1478/79) belegt.⁴⁹ 1482 erklärt Sixtus IV. in einer päpstlichen Bulle Sektionen für zulässig – eine Entscheidung, die von Papst Clemens VII. 1523/24 bestätigt wurde.⁵⁰

Schon früh ließen sich weltliche und kirchliche Würdenträger nach dem Tode sezieren, darunter auch Päpste. In Würzburg sind Sektionen der Fürstbischöfe bereits seit dem Jahre 1455 belegt. Damals fand man bei der Autopsie des Bischofs Gottfried IV, dass ihm „eine gefährliche Blase an der Leber zersprungen, in dessen Folge er bettlägerig geworden und

⁴⁶ Wolff-Heidegger / Cetto, 1967, S. 7 f.

⁴⁷ Rabl 1952, S. 150

⁴⁸ Ruggiero, 1978, S. 156 ff.

⁴⁹ Gross, 2002, S. 19

nach einigen Tagen gestorben sei.“⁵¹

Doch auch einfache Bürger zeigten sich damals der inneren Leichenschau gegenüber oft als aufgeschlossen. Dass solche in Privathäusern vorgenommenen Leichenöffnungen bereits gegen Ende des 16. Jahrhunderts keine Seltenheit waren, belegt unter anderem die Fallsammlung des berühmten Wundarzes Fabry von Hilden (1560 - 1634). Noch bevor Fabry als Wundarzt nach Köln kam, scheinen solche „private“ Obduktionen in der Domstadt nicht ungewöhnlich gewesen zu sein.

Der Kölner Chronist Herman Weinsberg (1518 - 1597) berichtet beispielsweise in seinem kurzen Nachruf auf den berühmten Arzt Dr. Theodor Birckmann († 1586), dass dieser zu Lebzeiten „*vil leut doit uffgesneiden*“ habe.⁵² Offensichtlich hielten im 16. Jahrhundert längst nicht alle Bürger Leichenöffnungen für ein „*unchristliches Thun*“. Als beispielsweise die Tochter eines Kölner Schuhmachermeisters 1591 im Alter von acht oder neun Jahren nach langer, schwerer Krankheit starb, baten die Verwandten um eine Obduktion, um herauszufinden, woran das Mädchen gestorben war.

Anders als bei öffentlichen Sektionen mit ihrem unbestreitbaren Unterhaltungswert in der Frühen Neuzeit⁵³ waren in diesem Fall die anwesenden Zuschauer entweder Betroffene (Familienangehörige, Freunde) oder (seltener) anatomisch interessierte Laien, die mit den obduzierenden Ärzten und Chirurgen in einem freundschaftlichen Verhältnis standen. Der Wunsch, Näheres über die Todesursache eines Menschen, den man sehr geliebt hatte, zu erfahren, war unter bestimmten Umständen offensichtlich größer als religiöse oder sonstige Bedenken. Die Privatsektionen haben also auch in Deutschland bereits eine lange Tradition.

Demgegenüber ist die gesellschaftliche Akzeptanz der Sektion in der jüngeren Vergangenheit deutlich gesunken. Erklärbar wird diese Entwicklung u. a. durch eine zunehmende gesellschaftliche Tabuisierung des Todes: Sterben, Tod und Trauer werden seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verstärkt aus dem Alltag ausgeklammert. In dieser Situation muss es Betroffenen schwer fallen, sich offen und vorbehaltlos mit den soziaethischen Aspekten der Sektion auseinander zu setzen. Zudem haben gerade die politischen Ereignisse der jüngeren Vergangenheit – insbesondere die unheilvollen Erfahrungen im Dritten Reich - dazu beigetragen, dass das Persönlichkeitsrecht des Einzelnen vielfach deutlich höher eingestuft wird als der potentielle Nutzen für die Gemeinschaft. Allerdings ist der Vorrang individualethischer Motive gegenüber

⁵⁰ Walter, 1971, S. 40, 48

⁵¹ Mettenleiter, 2001, S. 439

⁵² Jütte, 1991, S. 117

⁵³ Ferrari, 1987, S. 102

sozialethischen Aspekten nicht ausschließlich durch historische Erfahrungen bedingt, sondern entspricht zugleich dem ‚Zeitgeist‘: Die moderne Gesellschaft ist weitaus stärker individualisiert als früher. Mussten frühere Generationen angesichts wirtschaftlicher Not und unsicherer Zukunft die persönliche Existenz gemeinschaftlichen Zielen unterordnen, scheint heute eine individuelle Lebensform ohne besondere Risiken für Leib und Leben möglich. Mit dem Primat der persönlichen Freiheit droht jedoch zugleich ein Verlust gemeinschaftlich erlebbarer Sinnerfüllung.⁵⁴

Die gerichtliche Sektion wurde in einzelnen deutschen Staaten bereits gegen Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts gesetzlich geregelt, z. B. in der „Preußischen Criminal-Ordnung“ von 1805. Die dort getroffene Regelung der inneren Leichenschau bei Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod wurde nach der Reichsgründung von 1871 in die deutsche Strafprozessordnung von 1873 (§ 87 Reichs-StPO) weitgehend übernommen, die in einer neueren Fassung bis heute Gültigkeit besitzt.⁵⁵

5 Rechtsfragen beim Umgang mit der Leiche

5.1 Einführung in den Fragenkreis

Die Suche nach Rechtssicherheit und Rechtsklarheit im Umgang mit der Leiche und ihren Organen, Geweben und Zellen, also nach eindeutigen gesetzlichen Handlungsanweisungen und entsprechenden sanktionsbewehrten Ge- und Verboten, ergibt derzeit ein karges Bild fragmentarischer Regelungen. Insbesondere die Zulässigkeit der Sektion für die Forschung und den wissenschaftlichen Fortschritt sowie für epidemiologische und gesundheitspolitische Fragestellungen ist nur rudimentär geregelt.⁵⁶ Dies, obgleich sie von herausragender Bedeutung ist, um die Todesursachen, Krankheitsursachen und -zusammenhänge festzustellen, Diagnosen und angewandte Therapien zu überprüfen, die Weiterentwicklung der ärztlichen Wissenschaft zu fördern und damit anderen Patienten zu helfen.

Die bisherige legislative Zurückhaltung hat vielfältige Gründe.⁵⁷ In einer pluralistischen Gesellschaft bestehen unterschiedliche Werte und Vorstellungen über den Umgang mit Organen, Organteilen und Gewebe menschlichen Ursprungs oder auch der Leiche insgesamt. Dem freiheitlich-demokratisch verfassten Rechtsstaat obliegt es, diese Positionen – soweit sie mit den Grundwerten der Gemeinschaft im Einklang stehen – zu achten und zu

⁵⁴ vgl. N. Elias, Über die Einsamkeit des Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt/M. 1982; P. Ariès, Geschichte des Todes, München 1989

⁵⁵ Gross, 2002, Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Hinsicht, 2002, S. 25 f.

⁵⁶ Zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (ABl. 2002/C 227 E/28) *KOM(2002) 319 endg. — 2002/0128(COD)*.

⁵⁷ Näher Laufs, NJW 1995, S. 2398.

schützen. Seine Aufgabe ist nicht, eine der Positionen für allgemeinverbindlich zu erklären und andere damit auszuschließen.

Zudem war der tote Körper – zumindest bis vor wenigen Jahren – primär für die Klinik, die Pathologie, Anatomie, Rechtsmedizin und in begrenztem Umfang für die Kunst von fachlichem Interesse. Außerhalb dieses eng umgrenzten Bereiches konzentrierte sich der Umgang mit der Leiche auf ethische Fragen sowie auf Vorkehrungen zum Schutz der Hinterbliebenen vor gesundheitlichen Gefahren infolge von Verwesung. Erst durch den medizinischen Fortschritt geriet die Leiche in das Zentrum vielfältiger Interessen, die es nun auszugleichen gilt. Die Frage, wie ein Wertungsgleichklang der sich zum Teil widersprechenden, zum Teil überschneidenden Interessen zu schaffen ist, wird kontrovers diskutiert.

5.2 Gesetzgebungskompetenz zum Umgang mit der Leiche

Die Regelungskompetenz hinsichtlich der Sektion, dem Leichenschauwesen, dem Bestattungs- und Friedhofswesen liegt bei den Bundesländern.⁵⁸ Für ganz Deutschland einheitliche und abschließende Regelungen zum Umgang mit der Leiche gibt es nicht⁵⁹. Demzufolge haben sich unterschiedliche landesrechtliche Regelungen herausgebildet. Bislang verabschiedeten lediglich die Bundesländer Berlin und Hamburg⁶⁰ eigene Sektionsgesetze. Etliche Bestattungsgesetze enthalten jedoch mehr oder weniger umfassende Regelungen über die Zulässigkeit von Obduktion und Sektion.⁶¹

Zudem kann der Bundesgesetzgeber auf das Leichenrecht im Rahmen seiner Kompetenz Einfluss nehmen, so z. B. im Bereich des bürgerlichen Rechts, des Strafrechts und des gerichtlichen Verfahrens, Art. 74 Abs. 1 Nr. 1, des Personenstandswesens, Art. 74 Abs. 1 Nr. 2, dem Infektionsschutz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 oder auch der künstlichen Befruchtung beim Menschen und der Transplantation von Organen und Geweben, Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG. Um die verbleibenden Regelungslücken in dem erforderlichen Rahmen sinnvoll zu schließen, ist ergänzend auf allgemeine Regelungen und Grundsätze zurückzugreifen. Insoweit kommt untergesetzlichen Regelungen, wie Berufsordnungen, Empfehlungen und Richtlinien⁶² die

⁵⁸ BT-Drs. 13/4355, S. 16.

⁵⁹ Vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK zur (Weiter-)Verwendung von menschlichen Körpermaterialien für Zwecke medizinischer Forschung (2003) sowie die erste Ergänzung vom 19.05.2003.

⁶⁰ Sektionsgesetz des Landes Berlin, i.d.F. v. 7. März 1997, Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin v. 15. März 1997, S. 54 neugefasst durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz v. 24. Juli 2001, GVBl 302; Hamburgisches Sektionsgesetz zur Regelung klinischer, rechtsmedizinischer und anatomischer Sektionen, Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 2000, S. 38 ff.

⁶¹ z. B. Bestattungsgesetz MV, v. 3. Juli 1998, GVOBl. M-V S. 617, § 5; Bestattungsgesetz LSA v. 5. Februar 2002, § 9; §§ 8 ff. Brandenburgisches Bestattungsgesetz – BbgBestG v. 7. November 2001, GVBl.I/01 S. 226; §§ 8 ff. Thüringisches Bestattungsgesetz - Gesetz v. 19. Mai 2004, ThürGVBl. Nr. 11 v. 27. Mai 2004, S. 505.

⁶² vgl. z. B. Bundesärztekammer, Entwurf einer Gesetzgebung zur ärztlichen Leichenschau- und Todesbescheinigung v. 13. Dezember 2002; Bundesärztekammer, Stellungnahme zur (Weiter-)Verwendung von menschlichen Körpermaterialien von Verstorbenen für Zwecke medizinischer Forschung, DÄBl 100 (2003), S. A 2251; Einbecker Empfehlungen zu Rechtsfragen der Obduktion, MedR 1991, S. 76; Sektionsrichtlinie Baden-Württemberg als Teil der Berufsordnung der baden-württembergischen Ärzteschaft, Bekanntmachung ÄBW 4/2003, S. 22 ff.

wichtige Rolle zu, bei der Herausarbeitung einheitlicher Maßstäbe wegbereitend zu wirken. Zudem wird ihr derzeit durch die berufliche Selbstbindung der Ärzte ein relativ stabiles Fundament verliehen.

Rechtlicher Ausgangspunkt der Thematik „Autopsie“ ist der zulässige Umgang mit der Leiche und damit auch der Status der Leiche im System unserer Normen.

Welche Pflichten obliegen der Gesellschaft und dem Einzelnen, welchen Schutz kann sie beanspruchen? Erst wenn das beantwortet ist, können Anschlussfragen sinnvoll werden.

5.3 Status der Leiche

Der Tod zerbricht den konstitutiven Kern des „Mensch-Seins“. Der leblose Körper ist zur verweslichen Materie und damit zur grundsätzlich nicht verkehrsfähigen Sache geworden.⁶³ Diese rechtliche Einordnung ist aber nicht unbestritten.⁶⁴ Einige Stimmen in der Literatur interpretieren die Rechtsstellung der Leiche zumindest bis zum Erlöschen der Pietätbindung rein persönlichkeitsrechtlich.⁶⁵ Andere sprechen sich für eine Sache („*res extra commercium*“) aus.⁶⁶ Schließlich besteht die Position, wonach die Leiche eine beliebige Sache sei.

Gegen die persönlichkeitsrechtliche Lösung spricht, dass mit dem Tod das Rechtssubjekt sein Ende gefunden hat. Will man nicht auf fernliegende altgermanische mystizistische Auffassungen⁶⁷ zurückgreifen, müsse ein subjektloses Recht oder eine Teilrechtsfähigkeit des Toten anerkannt werden. Dem steht der Umstand entgegen, dass im Bereich der Persönlichkeitsrechte aufgrund der Verbindung von Person und Recht ein subjektloses Recht ausscheidet.⁶⁸ § 1922 BGB, wonach mit dem Tod des Erblassers das Vermögen auf die Erben übergeht, impliziert, dass der Tod die Eigenschaft beendet, Träger von Rechten und Pflichten zu sein.

Die rein sachenrechtliche Lösung qualifiziert die Leiche als bloße gegenständliche Materie im Sinne von § 90 BGB. Diese Ansicht hätte jedoch die unbeschränkte Eigentums- und Verkehrsfähigkeit⁶⁹ der Leiche zur Folge, was unter dem Aspekt des ehemaligen

⁶³ Mitsch, Strafrecht – Besonderer Teil 2, 2. Aufl. 2002, § 1 Rn. 13; SK-Hoyer, StGB, § 242 Rn. 4; Tag, MedR 1998, S. 387 f.

⁶⁴ Schünemann, 1985, S. 57 ff.

⁶⁵ Hübner, Allg. Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches, 2. Aufl. 1996, S. 165; Larenz, Allg. Teil des Deutschen Bürgerlichen, 7. Aufl. 1989, § 16 II, dortige Fn. 4; Maurach/Schroeder/Maiwald, Strafrecht Besonderer Teil, Teilband 1 Jahr 2002, § 32/19 Rn. 19; Müller, Postmortaler Rechtsschutz, 1995, S. 113 ff.

⁶⁶ Madea, Die ärztliche Leichenschau, 1999, S. 21.

⁶⁷ Englert, Todesbegriff und Leichnam als Element des Totenrechts, 1979, S. 118 ff. m.w.N.

⁶⁸ Gitter, in: MüKo/BGB Bd. 1, 3. Aufl. 1993, § 1, Rn. 59; Schünemann, 1985, Fn. 38, S. 237 ff.

⁶⁹ so z. B. Brunner, NJW 1953, S. 1173 f.; Oerthmann, JZ 1925, S. 511, 513 ff.

Menschseins zweifelhaft und nicht angemessen erscheint.⁷⁰ Zudem sprechen etliche Regelungen, welche auf die – über den Tod hinaus Geltung beanspruchende – Menschenwürde zurückzuführen sind, gegen eine uneingeschränkte Anwendung des Sachenrechts. So sind Bestimmungen des Verstorbenen über die Art und den Ort seiner Bestattung zu beachten.⁷¹

Der Gesetzgeber hat sich im Transplantationsgesetz für die Anerkennung der Fortgeltung der durch Art. 1 Abs. 1 GG garantierten Menschenwürde auch über den Tod hinaus⁷² entschieden, ähnlich lautet auch ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichts⁷³.

Aufgrund der besonderen Rechtsstellung der sterblichen Hülle – das Reichsgericht hat für den Leichnam des Menschen wegen seiner „Besonderheit eine eigenartige rechtliche Lösung“ verlangt⁷⁴ – ist die Leiche demnach zwar eine Sache, Anwendung finden auf sie aber primär persönlichkeitsrechtliche Regelungen.⁷⁵ Die noch weitergehende Ansicht, die Leiche sei „*res extra commercium*“⁷⁶ im Sinne der Rechts- und Verkehrsunfähigkeit, findet im Gesetz keine hinreichende Stütze. Zwar gehört der menschliche Körper mit Eintritt des Todes nicht zum Nachlass⁷⁷, sondern er wird vielmehr herrenlos. Dies bedeutet, dass an der Leiche kein Eigentum besteht, nicht aber, dass die Sache dem Rechtsverkehr insgesamt und auf Dauer entzogen ist. Vielmehr erkennt das Recht grundsätzlich die Aneignung herrenloser Sachen,⁷⁸ und insbesondere auch die von Leichen bzw. Leichenteilen an. Rechtstatsächlich zeigt sich dies an den so genannten Anatomieleichen.⁷⁹ Die früher häufiger geübte Praxis, Leichen an die Anatomie abzugeben und damit zu übereignen, wurde grundsätzlich für zulässig erachtet.⁸⁰

Aber auch die ständig wachsende Bandbreite kommerzieller und nichtkommerzieller Nutzung von Körperteilen und Leichen ist rechtstatsächliches Indiz deren grundsätzlicher Eigentums- und Verkehrsfähigkeit.⁸¹ Das Spektrum postmortal verwendeter Körperteile und -substanzen ist naturgemäß größer als das beim Lebenden.⁸² Die gegebenenfalls multiple

⁷⁰ Holch, in: MüKo/BGB Bd. 1, 4. Aufl. 2001, § 90 Rn. 30.

⁷¹ § 2 Feuerbestattungsg v. 15. Mai 1934, RGBl. I 380. Das Gesetz gilt nur noch in einigen Bundesländern.

⁷² z.B. BT-Drs. 13/4355, S. 19.

⁷³ Beschluss vom 18. Januar 1994 – 2 BvR 1912/93, vgl. auch früherer Beschluss vom 27. Juli 1993 – 2 BvR 1553/93

⁷⁴ RGSt 64, 313 ff.

⁷⁵ vgl. z. B. Dilcher, in: Staudingers Kommentar zum BGB, 1995, § 90, Rn. 20 ff.; Schönemann, 1985, (Fn. 38), S. 248 ff.

⁷⁶ Bergdolt, in: Wetz/Tag (Hrsg.), Schöne neue Körperwelten, 2001, S. 210.

⁷⁷ Kindhäuser, in: NK-StGB, Band 4, 5. Lfg. (31.10.1998), § 242 Rn. 27; Uhlenbruck, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002, § 142 Rn. 6.

⁷⁸ § 958 Abs. 1 BGB lautet: „Wer eine herrenlose bewegliche Sache in Eigenbesitz nimmt, erwirbt das Eigentum an der Sache.“

⁷⁹ Uhlenbruck, 2002, Fn. 50, § 142 Rn. 6.

⁸⁰ RGSt 64, S. 313; Schönke/Schröder-Eser, 26. Aufl. 2001, StGB, § 242 Rn. 21.

⁸¹ Ausführlich König, Strafbare Organhandel, 1999, S. 27 ff.

⁸² Bekanntester Gegenstand des Handels mit regenerierbaren Substanzen Lebender ist Blut, wie der Verkauf von unentgeltlich erlangtem Blut seitens der Blutspendezentralen an die Krankenhäuser beispielhaft aufzeigt. vgl. Schröder/Taupitz, Menschliches Blut: verwendbar nach Belieben des Arztes?, 1991, S. 10 f.

Organentnahme, das Herstellen von Fertigarzneimitteln aus Körpersubstanzen,⁸³ das Verwenden von Substanzen menschlicher Herkunft zu kosmetischen Zwecken oder ihr Einsatz in der wissenschaftlichen und industriellen Forschung⁸⁴ ergeben ein vielfältiges Bild.⁸⁵ Es wird ergänzt durch den Verkauf menschlicher Skelette, das Ausstellen von Mumien und (Feucht-) Präparaten in anatomischen und pathologischen Sammlungen sowie sonstigen naturkundlichen Museen. Dieser seit langer Zeit übliche Umgang mit Leichen, Leichenteilen und toten Leibesfrüchten spricht gegen die Qualifizierung der Leiche als *res extra commercium*.⁸⁶

Diese Schlussfolgerung steht im Einklang mit dem Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin⁸⁷ und dem entsprechenden Zusatzprotokoll bezüglich der Transplantation.⁸⁸ Beide Regelwerke sprechen Körperteilen nicht grundsätzlich die Verkehrsfähigkeit ab, sondern verbieten lediglich die Verwendung zur Erzielung von Gewinn oder vergleichbaren Vorteilen.⁸⁹

5.3.1 Postmortale Verfügung

Die Befugnis, den eigenen Körper postmortal der Anatomie zu spenden und damit auch zu verfügen, dass eine anatomische Sektion durchgeführt wird, folgt aus der Verfassung. Zwar hat die Rechtsprechung den Inhalt des allgemeinen Persönlichkeitsrechts⁹⁰ nicht vollständig entfaltet, sondern seinen Schutzbereich jeweils anhand des zu entscheidenden Falles bestimmt.⁹¹ So ist die Organspende als Schutzgut des allgemeinen Persönlichkeitsrechts anerkannt. In gleicher Intensität wird aber das Recht auf individuelle Selbstbestimmung berührt, wenn der Einzelne über die postmortale Verwendung seines Körpers insgesamt entscheidet.

Das personale „Seins- und Bestimmungsfeld“⁹² des Menschen findet mit dem Tod sein Ende. Damit wird der leblose Körper aber nicht zur beliebigen Sache. Er zeugt von der durchlebten Geschichte einer konkreten Persönlichkeit, ist für die Hinterbliebenen Gegenstand von Trauer, Respekt und Pietät. Zu Recht hat das Bundesverfassungsgericht in der „Mephisto-

⁸³ zur Herstellung von Präparaten aus harter Hirnhaut, Augenhornhaut, Oberflächenhaut, Faszien- und Knochenpräparaten, vgl. BT-Drs. 13/4355, S. 40.

⁸⁴ Pulisch/Heifer, NJW 1994, S. 2377 sowie Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 11/2978 v. 24. November 1993.

⁸⁵ Taupitz, AcP 191 (1991), S. 201 f.: „Kaum ein Körperteil, der nicht schon heute zu einer begehrten Grundlage der Entwicklung und Herstellung von Impfstoffen, Therapeutika, Diagnostika [...] geworden ist.“

⁸⁶ Holch, in: MüKo/BGB Bd. 1, 4. Aufl. 2001, § 90 Rn. 31.

⁸⁷ Europarat angenommen am 19. November 1996 CDBI (96) S. 26.

⁸⁸ Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin, 2002.

⁸⁹ Art. 21 Bioethikkonvention und Art. 21 Zusatzprotokoll. Konvention und Protokoll wurden von Deutschland noch nicht ratifiziert.

⁹⁰ Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG. Näher Taupitz, Ethik in der Medizin, 1994, S. 38 f.

⁹¹ BVerfGE 54, S. 148, 153 f.

⁹² BGHZ 124, S. 52.

Entscheidung⁹³ festgestellt, dass selbst Rechte mit höchstpersönlichem Charakter nach dem Tode des Rechtsgutsträgers gerichtlich geltend gemacht werden können. Daher bleibt der Wille des Verstorbenen bindend – unabhängig davon, ob er seinen Körper der Anatomie vermacht bzw. einer klinischen Sektion zugestimmt hat.

Die Frage, wie zu verfahren ist, wenn eine postmortale Verfügung nicht vorliegt, ist bundesweit nicht abschließend geklärt.

Das hamburgische Sektionsgesetz⁹⁴ differenziert nach den Sektionsarten: Bei der anatomischen Sektion wird die Zustimmung des Verstorbenen vorausgesetzt, bei der klinischen und „rechtsmedizinischen“ Sektion kommt die Kombination von erweiterter Zustimmung- und Widerspruchslösung zum Tragen. Letzteres normiert das Berliner Sektionsgesetz für alle Sektionsarten.⁹⁵ Die Sektionsrichtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg⁹⁶ unterstellen die anatomische Sektion der erweiterten Zustimmungslösung, die klinische Sektion einer kombinierten Zustimmung- und Widerspruchslösung. Demgegenüber sieht der Entwurf des Bestattungsgesetzes Schleswig-Holstein für die klinische Sektion die erweiterte Zustimmungslösung und für die anatomische Sektion die enge Zustimmungslösung vor.⁹⁷

5.4 Bestattungszwang

Eine weitere Einschränkung des „Umgangs mit der Leiche“ ist der landesrechtlich geregelte Bestattungszwang. Die mannigfaltige Verwendung von Leichen außerhalb der engen Vorgabe der Bestattungsgesetze und die zum Teil Jahrhunderte alte Tradition der Aufbewahrung von Präparaten und Asservaten in der Anatomie und Pathologie zeigen, dass der Bestattungszwang nie absolut galt. Überdies stehen die landesrechtlichen Vorgaben zum Umgang mit der Leiche unter dem Primat der Verhältnismäßigkeit.

Als Einschränkung des verfassungsrechtlich garantierten Rechts, den eigenen Körper der Anatomie zu spenden oder auch eine Sektion zu ermöglichen, muss der Bestattungszwang im Lichte des höherrangigen Grundgesetzes betrachtet werden, das seinerseits einfache Gesetze begrenzen kann. Ist gewährleistet, dass die Sektion „*lege artis*“ durchgeführt wird und hochrangigen Zielen dient, wie z. B. der Qualitätssicherung in der Medizin, der

⁹³ BVerfG NJW 1971, S. 1645.

⁹⁴ §§ 4, 9, 13 hamburgisches Sektionsgesetz.

⁹⁵ §§ 3, 8 Sektionsgesetz Berlin.

⁹⁶ ÄWB 4/2003, S. 22 ff.

⁹⁷ § 9 des Entwurfs des BestattG Schleswig-Holstein.

Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses, der Erforschung von Krankheiten etc., kann der Bestattungszwang auf Dauer oder temporär außer Kraft gesetzt werden.

Dem Bestattungszwang als Schutzschild vor gesundheitlichen Gefahren verwesender Leichen kommt bei *lege artis* durchgeführter klinischer, anatomischer und gerichtlichen Sektion bzw. ordnungsgemäßer Konservierung von Präparaten keine Bedeutung zu.

5.5 Gesetzliche Regelungen zur Sektion

5.5.1 Strafprozessordnung (StPO)

Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet. Die Leichenschau wird von der Staatsanwaltschaft, auf Antrag der Staatsanwaltschaft auch vom Richter, und grundsätzlich unter Zuziehung eines Arztes vorgenommen, § 87 Abs. 1 StPO. Die Leichenöffnung wird von zwei Ärzten vorgenommen. Einer der Ärzte muss Gerichtsarzt oder Leiter eines öffentlichen gerichtsmedizinischen oder pathologischen Instituts oder ein von diesem beauftragter Arzt mit gerichtsmedizinischen Fachkenntnissen sein. Dem Arzt, welcher den Verstorbenen in der dem Tod unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Er kann aber aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben, § 87 Abs. 2 StPO. Zur Besichtigung oder Öffnung einer schon beerdigten Leiche ist ihre Ausgrabung statthaft, vgl. §§ 159, 87 StPO. Die Einzelheiten sind in den §§ 88 ff. StPO geregelt.

Nach zwei Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichtes (2 BvR 1553/93 vom 27.07.1993 und 2 BvR 1912/93 vom 18.01.94) dient die Leichenöffnung nach § 87 StPO der Feststellung der Todesursache oder der Todeszeit, wenn ein strafbares fremdes Verschulden am Tode eines Menschen in Betracht kommt. Das Gericht führt dann wörtlich aus: „Eine solche Untersuchung würdigt den Toten in seinem Achtungsanspruch, der ihm Kraft seiner Menschenwürde zukommt und auch noch nach dem Tode Schutz genießt, nicht herab und erniedrigt ihn auch nicht.“ Damit ist klargestellt, dass jedenfalls die gerichtliche Sektion als solche keine Verletzung der Menschenwürde darstellt.

Das Recht der Angehörigen auf Totenfürsorge, so das Bundesverfassungsgericht weiter, finde eine Grenze in den zur verfassungsmäßigen Ordnung gehörenden strafprozeßrechtlichen Vorschriften über die Leichenöffnung. Die Leichenöffnung dürfe nur

angeordnet werden, wenn sie zur Erfüllung der den Strafverfolgungsorganen obliegenden Aufgaben erforderlich und geeignet sei und, so das Urteil, „ein geringerer Eingriff – etwa eine Leichenschau nach § 87 I StPO – im konkreten Fall nicht möglich oder weniger geeignet ist. ... Zumal bei der Prüfung der Frage, ob zureichende Gründe für eine Obduktion vorliegen, dürfen insoweit nach allgemeiner – verfassungsrechtlich unbedenklicher – Auffassung die Anforderungen nicht zu hoch angesetzt werden.“

Den Totensorgeberechtigten steht allerdings nach § 33 III StPO das Anrecht auf rechtliches Gehör zu. Bei einer eilbedürftigen Entscheidung kann ein Totensorgeberechtigter auch telefonisch über einen Antrag der Staatsanwaltschaft auf gerichtliche Leichenöffnung informiert werden. Die Anordnung der Leichenöffnung kann dann von den totensorgeberechtigten Angehörigen mit der Beschwerde gem. § 304 StPO angefochten werden. Eine vorherige Anhörung kann allerdings nach § 33 IV StPO dann unterbleiben, wenn sie den Untersuchungszweck gefährdet.

5.5.2 Infektionsschutzgesetz (IfSchG)⁹⁸

Ergibt sich, dass ein Verstorbener an einer übertragbaren Krankheit erkrankt war oder Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen, oder Ausscheider war, so ist den Ärzten des Gesundheitsamtes und dessen ärztlichen Beauftragten vom Gewahrsamsinhaber die Untersuchung des Verstorbenen zu gestatten. Die zuständige Behörde kann gegenüber dem Gewahrsamsinhaber die innere Leichenschau anordnen, wenn dies vom Gesundheitsamt für erforderlich gehalten wird, §§ 1, 25 und 26 IfSchG.

5.5.3 Gesetz über die Feuerbestattung⁹⁹

Das zum Teil noch in den Bundesländern geltende¹⁰⁰ Gesetz regelt, dass eine Feuerbestattung nur genehmigt werden darf, wenn u. a. eine nach einer äußeren Leichenschau ausgestellte, mit Angabe der Todesursache versehene amtsärztliche Bescheinigung beigebracht wird, dass sich ein Verdacht, der Verstorbene sei eines nicht natürlichen Todes gestorben, nicht ergeben hat. Kann der Amtsarzt die Todesursache bei der Leichenschau nicht einwandfrei feststellen, so hat er den Arzt, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorangegangenen Erkrankung behandelt hat, zuzuziehen oder die Vorlage einer Bescheinigung dieses Arztes über die Art der Krankheit,

⁹⁸ Gesetz v. 20. Juli 2000, BGBl. I 2000, S. 1045.

⁹⁹ Gesetz v. 15. Mai 1934, RGBl. 1, S. 380.

Dauer der Behandlung und Todesursache zu verlangen. Lassen sich die bestehenden Zweifel auch hierdurch nicht beseitigen, so ist die Leichenöffnung vorzunehmen.

5.5.4 Sektion nach dem Unfallversicherungsrecht im SGB VII

Schließlich ist in § 63 SGB VII darauf hingewiesen, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Sektion zulässig ist,¹⁰¹ um den Unfalltod eines Versicherten zu untersuchen. Hierunter fällt auch eine innere Leichenschau. Obduktionen dürfen jedoch nach § 63 Abs. 2 S. 2 2. HS SGB VII nur dann vom Unfallversicherungsträger durchgeführt werden, wenn die Hinterbliebenen einer Bitte des Unfallversicherungsträgers freiwillig entsprechen.¹⁰² Die Verweigerung hat freilich Einfluss auf die Beweislast, wenn nicht geklärt werden kann, ob die Folgen eines Arbeitsunfalls wesentliche Todesursache gewesen sind. Der § 63 Abs. 3 SGB VII enthält die ausdrückliche Ermächtigung, im Falle eines Unfalldodes die Entnahme einer Blutprobe anzuordnen.

5.5.5 Rechtslage in den neuen Bundesländern

Die ehemalige DDR verfügte – im Gegensatz zur Bundesrepublik – über eine rechtliche Regelung des Sektionswesens. Die „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“¹⁰³ enthält detaillierte Regelungen über die Sektion und Autopsie. Zwar trat nach der Wiedervereinigung am 03.10.1990 bundesdeutsches Recht in Kraft. Der Einigungsvertrag (EV)¹⁰⁴ macht hiervon allerdings einige Ausnahmen. Nach Art. 9 Abs. 1 EV gilt ehemaliges DDR-Recht als Landesrecht in den neuen Bundesländern fort, wenn es „nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes Landesrecht“ ist oder „nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes Bundesrecht ist und [...] nicht bundeseinheitlich geregelte Gegenstände betrifft“. Die Sektionsverordnung der DDR gilt danach als Landesrecht in den neuen Ländern fort,¹⁰⁵ soweit sie nicht aufgehoben wurde¹⁰⁶ oder höherrangigem Bundesrecht widerspricht.¹⁰⁷ Sachsen hat in § 15 Abs. 1 Nr. 4 SächsBestG¹⁰⁸ hinsichtlich der inneren Leichenschau (Sektion) die erweiterte Zustimmungslösung geregelt. Danach ist eine Obduktion neben den anderen im Gesetz genannten Fällen zulässig, wenn ihr entweder der Verstorbene zu Lebzeiten zugestimmt hat, oder, sofern von ihm eine Erklärung hierzu nicht vorliegt, der nach

¹⁰⁰ Das Gesetz gilt nicht mehr in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen.

¹⁰¹ § 1559 RVO wurde durch Art. 35 Abs. 1 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (UVEG) v. 7. August 1996 (BArbBl. 10/1996 S.73) aufgehoben.

¹⁰² Schmitt, SGB VII, 1998.

¹⁰³ v. 4. Dezember 1978, GBl. der DDR 1978 I, S. 4.

¹⁰⁴ Art. 9 Abs. 1 EV, BGBl. 1990 II, S. 892.

¹⁰⁵ so explizit Gesetz zur Bereinigung des zu Landesrecht gewordenen Rechts der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (Erstes Brandenburgisches Rechtsbereinigungsgesetz – 1. BbgRBG) v. 3. September 1997 (GVBl.II/97 S. 104), geändert durch Gesetz v. 21. Dezember 1998 (GVBl. I/98 S.254), Anlage zu § 1.

¹⁰⁶ so z. B. durch § 22 BestattG M-V v. 3. Juli 1998, GVBl. M-V S. 617. §§ 8 ff. Brandenburgisches Bestattungsgesetz – BbgBestG v. 7. November 2001, GVBl.I/01 S. 226.

¹⁰⁷ Laufs, NJW 1992, S. 1537 f.

§ 10 Abs. 1 SächsBestG verantwortliche Angehörige zustimmt. Das Thüringer Bestattungsgesetz¹⁰⁹ unterscheidet zwischen klinischer und anatomischer Sektion: Bei Ersterer findet in § 8 Abs. 3 ThürBestG die erweiterte Zustimmungslösung Anwendung, bei Letzterer wird von § 13 Abs. 2 ThürBestG die schriftliche Zustimmung des Verstorbenen vorausgesetzt.

5.6 Zivilrecht

Das Zivilrecht gibt nur wenig Anhaltspunkte im Hinblick auf die Sektion, die Entnahme von Geweben und Aufbewahrung von Asservaten. Es ist jedoch erneut daran zu erinnern, dass die Leiche eine – aber keineswegs beliebige – Sache ist.

Wird der Tod durch einen Unfall verursacht, ist bei privatversicherungsrechtlichen Verträgen gemäß den allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen¹¹⁰ dem Versicherer das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Verweigern die Angehörigen die Obduktion, so führt diese Obliegenheitsverletzung im Regelfall zu nachteiligen Konsequenzen bei der Beweislastverteilung.¹¹¹ Es steht aber nicht im Belieben des Lebens- oder Unfallversicherers, aus der Verweigerung seine Leistungsfreiheit herzuleiten. Er ist nämlich nur dann auf eine Obduktion oder die Entnahme von Leichenblut angewiesen, wenn die begehrte Maßnahme zu einem entscheidungserheblichen Beweisergebnis führen kann und wenn mit ihr das letzte noch fehlende Glied eines vom Versicherer zu führenden Beweises geliefert werden soll.¹¹²

Tritt der Tod im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung ein, ist diskussionsbedürftig, ob der Behandlungsvertrag die Sektion der Leiche sowie Gewebeentnahme legitimiert. Insoweit ergibt sich in der Rechtsprechung ein differenziertes Bild.

Ein Problem liegt in den so genannten vorformulierten „Sektionsklauseln“ in allgemeinen Krankenhausaufnahmebedingungen, weil einerseits der Patient in der Regel damit rechnet, gesund entlassen zu werden, und die Patienten bei Einlieferung ins Krankenhaus nicht unnötig mit Gedanken an den möglichen Tod konfrontiert werden, und andererseits die Information der Angehörigen gescheut wird. Um sich nicht dem Verdacht von Kunstfehlern oder ähnlichem auszusetzen, wird versucht, die Problematik durch Vertragsklauseln in den allgemeinen Geschäftsbedingungen zu entschärfen. Diese besagen in der Regel, dass einer

¹⁰⁸ Gesetz v. 8. Juli 1994, SachsGVBl. S. 1321; rechtsbereinigt mit Stand v. 1. Januar 2005.

¹⁰⁹ Gesetz v. 19. Mai 2004, ThürGVBl. Nr. 11 v. 27. Mai 2004, S. 505.

¹¹⁰ § 9 Abs. 7 AUG 88 Stand 1. Juli 1993; vgl. auch § 9 Abs. 7 AUB 94 sowie § 8 AUB 2003.

¹¹¹ BGH, VersR. 1991, S. 1365; LG Köln, NJW 1991, S. 2974.

¹¹² BGH, VersR 1992, S. 790.

Sektion grundsätzlich zugestimmt wird, sofern nicht der Patient unmittelbar vor seinem Ableben oder die Angehörigen binnen kurzer Zeit nach dem Eintritt des Todes oder der Mitteilung des Todes widersprechen.

Der BGH hat grundsätzlich die Zulässigkeit derartiger Sektionsklauseln bejaht,¹¹³ aber keine Stellung dazu bezogen, wann eine solche Klausel im Einzelfall ungewöhnlich und überraschend für den Patienten ist und damit nicht Bestandteil des Vertrages wird.¹¹⁴ Das Schrifttum ist dieser Entscheidung vehement entgegengetreten.¹¹⁵

Nach § 305c BGB werden Bestimmungen, die nach den Umständen, insbesondere nach dem äußeren Erscheinungsbild des Vertrags so ungewöhnlich sind, dass der Vertragspartner des Verwenders mit ihnen nicht zu rechnen braucht, nicht Bestandteil des Vertrages. Dies ist nach überwiegender Auffassung in der Rechtswissenschaft der Fall, weil der durchschnittliche Patient nicht erwartet, dass ihm mit dem Behandlungsvertrag die Zustimmung zu einer Sektion abgefordert werde. Deshalb ist jedenfalls eine deutliche Kennzeichnung oder Hervorhebung der Sektionsklausel angezeigt. Zudem darf eine Klausel den Vertragspartner nicht unangemessen benachteiligen, § 307 BGB. Ob es ausreicht, dass die Güter- und Interessenabwägung vergleichbar derjenigen im Rahmen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts zugunsten der wissenschaftlichen Zwecke ausfällt *und* der Betroffene in zumutbarer Weise widersprechen kann, ist nicht abschließend geklärt.

5.7 Fristen

Eine generalisierende und abschließende Regelung zur Dauer der Aufbewahrung der bei Obduktionen entnommenen Körpergewebe ergibt sich nicht aus den vorhandenen Regelungen. Dies gilt insbesondere für eine bestimmte Höchstdauer. Zwar wird die Beziehung zwischen Leiche und der früheren Person durch Zeitablauf gelockert. Wann diese Entfremdung eintritt, ist aber äußerst unsicher. Im Zivilrecht verliert der postmortale Persönlichkeitsschutz erst an Bedeutung, wenn das Bild des Verstorbenen verblasst und die Erinnerung an ihn erlischt.¹¹⁶ Obgleich er im Laufe der Zeit Einschränkungen erfährt, ist er nicht auf einen konkreten Zeitraum nach dem Tode beschränkt. Eine zeitliche Begrenzung besteht aber darin, dass die Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen nur die engsten überlebenden Angehörigen geltend machen können.¹¹⁷

Eine entsprechende Anwendung der 10-Jahresfrist des § 22 S. 3 KunstUrhG oder des § 64 UrhG, der ein Erlöschen des Urheberrechts 70 Jahre nach dem Tode des Urhebers vorsieht,

¹¹³ A.A. LG Mainz, VersR 1988, S. 725.

¹¹⁴ BGH, NJW 1990, S. 2313.

¹¹⁵ vgl. Ackermann, Anm. JZ 1990, S. 932, 927: „Fehlentscheidung“; Giesen, JZ 1991, S. 203; Solbach, MedR 1991, S. 97.

¹¹⁶ BGH, NJW 1968, S. 1773 ff.; BVerfG, NJW 1971, S. 1645.

¹¹⁷ OLG München, NJW-RR 1994, S. 925.

könnte diese Rechtsunsicherheit zwar lösen. Dieser Weg scheint aber nicht vertretbar, weil diese Gesetze dem Schutz anderer Rechtsgüter dienen, die nur Ausschnitte des Persönlichkeitsrechts betreffen.

Der gleiche Einwand gilt im Hinblick auf die Mindestruhezeiten der Bestattungsgesetze. Eine allgemeingültige Befristung des postmortalen Persönlichkeitsrechts hieraus abzuleiten, scheitert zudem daran, dass die Mindestruhezeiten – je nach Bundesland und Alter des Verstorbenen – stark differieren. Noch uneinheitlicher ist die Rechtslage bezüglich der Bestattung totgeborener bzw. frühgeborener verstorbener Kinder.

Eine tabellarische Übersicht über Fristen zum Umgang mit der Leiche findet sich im Anhang (siehe Anlage 3).

5.8 Strafrecht

Diese Rechtsunsicherheit im Hinblick auf den Umgang mit der Leiche wird auch durch das bestehende Strafrecht nicht beseitigt.

5.8.1 Straftatbestände zum Schutz der Leiche, von Leichenteilen und der toten Leibesfrucht

5.8.1.1 Störung der Totenruhe (§ 168 StGB)

Der Straftatbestand „Störung der Totenruhe“, § 168 StGB, schützt die Leiche, ihre Teile und die tote Leibesfrucht vor einer Wegnahme, d. h. Entziehung aus dem Obhutverhältnis des Berechtigten (Abs. 1 1. Alt.). Letzteres setzt nach überwiegender,¹¹⁸ wenngleich nicht unbestrittener¹¹⁹ Meinung eine faktische Beziehung zur Leiche bzw. toten Leibesfrucht voraus. Verstirbt der Patient im Krankenhaus, kommt die tatsächliche Obhut über die Leiche grundsätzlich der Anstaltsleitung zu. Gewahrsam der Angehörigen entsteht mit Herausgabe der Leiche¹²⁰ oder frühestens mit der Mitteilung, dass die Leiche abgeholt werden kann.¹²¹ § 168 StGB kommt nicht zur Anwendung, wenn im Einvernehmen mit der Klinikleitung, aber ohne Zustimmung der Angehörigen oder gar entgegen dem Willen des Verstorbenen eine Sektion durchgeführt und Gewebe entnommen wird.¹²² Wird die Leiche von den Angehörigen der Pathologie, der Rechtsmedizin oder der Anatomie übergeben oder liegt eine wirksame Körperspendeverfügung vor, so findet § 168 StGB keine Anwendung.

¹¹⁸ Tröndle/Fischer, § 168 Rn. 8; Schönke/Schröder-Lenckner, § 168 Rn. 6; Ulsenheimer, in: Laufs/Uhlenbruck 2002, § 142 Rn. 11; OLG München, NJW 1976, S. 1805; AG Tiergarten NJW 1996, S. 3092.

¹¹⁹ LK-Dippel, § 168 Rn. 24; Sternberg-Lieben, NJW 1987, S. 2062.

¹²⁰ OLG Stuttgart, Justiz 1977, S. 313; OLG München, NJW 1976, S. 1805.

¹²¹ KG, NJW 1990, S. 782.

¹²² Schönke/Schröder-Lenckner, § 168 Rn. 6 m.w.N.

Die nachträglich als Schutzobjekt in § 168 StGB mitaufgenommene tote Leibesfrucht soll nach der Gesetzesbegründung die menschliche Frucht vom Zeitpunkt der Einnistung an erfassen. Der extrakorporal erzeugte und (noch) nicht auf die Frau übertragene Embryo fällt nicht unter die Vorschrift.¹²³ Der Gesetzgeber sah sich zur Ergänzung des § 168 StGB veranlasst, um die tote Leibesfrucht und Teile derselben vor unbefugter Wegnahme aus dem Gewahrsam des Berechtigten zu schützen. Ob diesem Anliegen durch die Neuregelung ausreichend Rechnung getragen wurde, ist fraglich. Denn aus einem Schwangerschaftsabbruch stammende Feten unterliegen nur im Ausnahmefall den Bestattungsgesetzen.¹²⁴ § 29 Abs. 1 und 2 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) definiert eine Leibesfrucht als Totgeburt, wenn sich nach der Scheidung vom Mutterleib keine Lebenszeichen — Herzschlag, Pulsieren der Nabelschnur, natürliche Lungenatmung — gezeigt haben, das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm beträgt. Nach § 29 Abs. 3 PStV ist die Frucht eine Fehlgeburt, wenn sich keines der Lebensmerkmale gezeigt hat und das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm beträgt. Sofern die landesrechtlichen Friedhofs- und Bestattungsgesetze die Thematik regeln, ist diese Unterscheidung übernommen worden. Totgeborene werden danach stets als menschliche Leiche behandelt und unterliegen – im Unterschied zu Fehlgeborenen, die nicht als Leiche gelten – der Bestattungspflicht.¹²⁵ Fehlgeborene Leibesfrüchte werden daher von den Eltern häufig im Krankenhaus zurückgelassen. Die tatsächliche Obhut liegt dann beim Leiter des Krankenhauses, bei dem die tote Leibesfrucht angefallen ist.¹²⁶ Nur wenn dieser Gewahrsam unbefugt verletzt wird, droht Strafe. Die im Einverständnis mit der Anstaltsleitung vorgenommene Gewebeentnahme vor Ort oder die Weggabe toter Feten¹²⁷ an Forschungszentren wird nicht von § 168 StGB erfasst,¹²⁸ einerlei, ob die Eltern hiermit einverstanden sind. Die Tathandlung der 2. Alternative des § 168 StGB, das Verüben beschimpfenden Unfugs an der Leibesfrucht bzw. der Leiche, scheidet im Regelfall ebenfalls aus. Denn sie ist durch eine grobe Gesinnung und ein besonderes Maß an Missachtung gegenüber dem nie geborenen Kind bzw. dem Verstorbenen gekennzeichnet. Weder die Verwendung der Leibesfrucht zu Forschungszwecken noch die Sektion einer Leiche¹²⁹ sind im Regelfall Ausdruck der Verachtung, die Voraussetzungen von § 168 Abs. 1 2. Alt. StGB liegen in diesem Kontext mithin nicht zwingend vor.

¹²³ BT-Drs. 10/3785, S. 4.

¹²⁴ Spranger, MedR 1999, 210 ff.; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, 2001, § 1 Rn 7.

¹²⁵ So etwa §§ 9 I 3 Nr. 2, 18 I 1 des sächsischen Bestattungsgesetzes; Spranger, MedR 1999, S. 210 ff.

¹²⁶ BT-Drs. 10/3785, S. 4.

¹²⁷ BT-Drs. 10/3758, S. 4; 10/6568, S. 3.

¹²⁸ SK-Rudolphi, § 168 Rn. 3; Schönke/Schröder-Lenckner, § 168 Rn. 6; a.A. LK-Dippel, § 168 Rn. 24.

5.8.1.2 Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener (§ 189 StGB)

Das StGB schützt weiterhin das Andenken des Verstorbenen gegen eine Verunglimpfung seines Andenkens, § 189 StGB. Dies erfordert nach Form, Inhalt oder Motiv eine besonders schwere Kränkung.¹³⁰ Dieser Angriff kann zwar auch tätlich gegenüber der Leiche begangen werden.¹³¹ Die klinische und anatomische Sektion sind aber ebenso wie die gerichtliche Obduktion mögliche und übliche Umgangsformen mit der Leiche. Solange sie nicht in herabwürdigender Weise vollzogen werden, wird das Andenken des Verstorbenen durch den bloßen Eingriff in den leblosen Körper nicht verunglimpft. Sollte der Tatbestand dennoch im Ausnahmefall vorliegen, ergibt sich eine zeitliche Begrenzung daraus, dass das Gesetz das Antragsrecht auf bestimmte Angehörige beschränkt.¹³² Eine Strafverfolgung von Amts wegen kommt nur im Ausnahmefall in Betracht.

5.9 Sonderregelungen

5.9.1 Das Transplantationsgesetz¹³³

Der Geltungsbereich setzt die Organentnahme zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen voraus. Beschränkt sich die Gewebeentnahme beim toten Körper auf die Zwecke der anatomischen, pathologischen oder gerichtlichen Sektion, findet das TPG keine Anwendung.¹³⁴

Während die Autopsie als Eingriff in den toten Körper insbesondere die Grenzen des zulässigen Umgangs mit der Leiche in den Blick nehmen muss, sind im Transplantationswesen weitere Themenkreise von rechtlicher und ethischer Relevanz. So soll durch einen klaren rechtlichen Handlungsrahmen die Zurückhaltung bei der Organspende einerseits überwunden und andererseits sichergestellt werden, dass die Autonomie der potentiellen Spender gewahrt bleibt.

5.10 Fazit

Damit ist festzuhalten: Die vorhandenen Straftatbestände des Kern- und Nebenstrafrechts sind nicht auf die (un-)befugte Sektion zugeschnitten. Eine Lückenfüllung durch entsprechende Anwendung vorhandener Straftatbestände ist nicht möglich. Denn im Strafrecht gilt das Analogieverbot, Art. 103 Abs. 2 GG.

¹²⁹ Eisenmenger, Vortrag v. 27. Januar 2003.

¹³⁰ Tröndle/Fischer, StGB, Fn. 98, § 189 Rn. 2 m.w.N.

¹³¹ Lackner/Kühl, § 189 Rn. 3; einschränkend NK-Zaczyk, § 189 Rn. 5

¹³² OLG München, Beschluss v. 6. April 2000, Az 21 W 1286/00.

¹³³ Ausführlich Tag, Kommentierung des TPG im Münchner Kommentar zum Strafrecht, Band 5.

¹³⁴ Anders z.B. Art. 5 des Entwurfs eines schweizerischen Transplantationsgesetzes v. 12. September 2001.

6. Eckpunkte einer einheitlichen Regelung des Sektionswesens

6.1 Zulässigkeit (Einwilligung und Anordnung)

6.1.1 Zulässigkeit der klinischen Sektion

Zur Regelung der Frage, wann eine klinische Sektion erlaubt ist, bieten sich zwei Lösungsmodelle an, die zum Teil schon Anwendung in gesetzlichen Regelungen des Sektionswesens auf Länderebene gefunden haben: Die Widerspruchs- sowie die erweiterte Zustimmungslösung. Für beide gibt es Argumente pro und contra. Da keines dieser beiden Modelle eine eindeutige Mehrheit im Arbeitskreis gefunden hat, werden hier die beiden Möglichkeiten nebeneinander gestellt.

Erweiterte Zustimmungslösung

Die klinische Sektion ist außer in den bundesrechtlich geregelten Fällen zulässig, wenn

1. der Verstorbene vor seinem Tode schriftlich eingewilligt hat oder
2. der Verstorbene keine schriftliche Entscheidung hierüber getroffen hat und der in der Rangfolge des § 4 Abs. 1 S. 1 TPG nächste Angehörige des Verstorbenen einwilligt. Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt die Einwilligung eines Angehörigen, sofern keiner der anderen widerspricht. Hat der Verstorbene die Entscheidung über die klinische Sektion einer bestimmten Person übertragen, so ist ihre Entscheidung maßgebend. Die nächsten Angehörigen und die bevollmächtigte Person haben bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu beachten. Sind die nächsten Angehörigen bzw. die bevollmächtigte Person nicht binnen 24 Stunden zu erreichen, kann die klinische Sektion im Einzelfall auch ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie zur Fürsorge der Hinterbliebenen oder zur Qualitätssicherung als so dringend angesehen wird, dass bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das Interesse an der Sektion die sonstigen Interessen wesentlich überwiegt. Der Versuch der rechtzeitigen Information ist zu dokumentieren.

Die klinische Sektion ist unzulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten dieser widersprochen hat.

Widerspruchslösung

Die klinische Sektion ist außer in den bundesrechtlich geregelten Fällen zulässig, wenn

1. der Verstorbene vor seinem Tode schriftlich eingewilligt hat oder
2. der Verstorbene keine schriftliche Entscheidung über die klinische Sektion getroffen hat und der in der Rangfolge des § 4 Abs. 1 S. 1 TPG¹³⁵ nächste Angehörige des Verstorbenen oder die vom Verstorbenen bevollmächtigte Person binnen 24 Stunden über die Möglichkeit informiert wurde, innerhalb von weiteren 8 Stunden ab Kenntnis der Obduktion ohne Angabe von Gründen zu widersprechen, und innerhalb dieser Frist kein Widerspruch erfolgt ist oder
3. der Verstorbene keine schriftliche Entscheidung über die klinische Sektion getroffen hat und der in der Rangfolge des § 4 Abs. 1 S. 1 TPG¹³⁵ nächste Angehörige des Verstorbenen oder die vom Verstorbenen bevollmächtigte Person nicht binnen 24 Stunden zu erreichen ist, wenn die klinische Sektion zur Fürsorge der Hinterbliebenen oder zur Qualitätssicherung als so dringend angesehen wird, dass bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das Interesse an der Sektion die sonstigen Interessen überwiegt.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügen die Information bzw. der Widerspruch eines dieser Angehörigen. Hat der Verstorbene die Entscheidung über die klinische Sektion einer bestimmten Person übertragen, so ist diese maßgebend.

Die klinische Sektion ist in keinem Fall zulässig, wenn sie erkennbar dem letzten Willen des Verstorbenen widerspricht.

Die rechtzeitige Information des nächsten Angehörigen des Verstorbenen oder der vom Verstorbenen bevollmächtigten Person oder der Versuch einer solchen Information sowie eine mögliche Widerspruchsentscheidung sind zu dokumentieren.

Forderung

Da in bestimmten Situationen aus ärztlicher Sicht eine klinische Sektion dringend notwendig erscheint, sollten hierfür die geeigneten und erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Solche Situationen / Indikationen können gegeben sein, wenn die klinische Sektion

1. zur Klärung der Todesursache oder zur Überprüfung der Diagnose- und Therapieverfahren dient oder

¹³⁵ s. a. § 3 Abs. 4 Berliner Sektionsgesetz

¹³⁵ s. a. § 3 Abs. 4 Berliner Sektionsgesetz

2. die Fürsorge für die Hinterbliebenen, insbesondere im Gutachterwesen, im Versicherungsrecht, bei Erb- und Infektionskrankheiten sie erfordert oder
3. wenn ein besonderes, dem Fortschritt der Medizin dienendes wissenschaftliches Interesse in Lehre, Forschung und Epidemiologie besteht.

6.1.2 Zulässigkeit der anatomischen Sektion

Die anatomische Sektion darf nur mit schriftlicher Zustimmung des Verstorbenen zu Lebzeiten oder mit schriftlicher Zustimmung der Eltern bei Fehlgeborenen, Totgeborenen und bei minderjährig verstorbenen Kindern zum Zwecke der Lehre und Forschung über den Aufbau des menschlichen Körpers durchgeführt werden. Die anatomische Sektion eines Unbekannten ist unzulässig.

6.1.3 Zulässigkeit der gerichtlichen Sektion

Die Zulässigkeit der gerichtlichen Sektion richtet sich nach der Strafprozessordnung sowie den entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

6.2 Aufbewahrung und Verwendung von Organen und Geweben, die bei Obduktionen gewonnen wurden

Substanzen menschlicher Herkunft und die daraus zu gewinnenden Informationen können für die biomedizinische Forschung und insbesondere die Epidemiologie in besonderem Maße wertvoll sein, wenn sie gesammelt und aufbewahrt werden. Große Sammlungen von menschlichen Körpersubstanzen können zu einer gemeinsamen Nutzung der Forschungsergebnisse und damit zum Fortschritt im Sinne des Gemeinwohls führen. Zugleich aber werden Fragen der Selbstbestimmung, Solidarität, des Altruismus und der Gerechtigkeit aufgeworfen.¹³⁶ Nachfolgend empfohlene Rahmenbedingungen sollen dazu beitragen, die zu berücksichtigenden Interessen in Einklang zu bringen.

6.2.1 Aufbewahrung

(1) Substanzen menschlicher Herkunft oder die hieraus gewonnenen Daten dürfen, abgesehen von den Fällen des Absatzes 3, in pseudonymisierter oder unverschlüsselter Form in einer Biobank nur aufbewahrt werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten

¹³⁶ Weiterführend Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (2002/C 227 E/28) KOM(2002) 319 endg. — 2002/0128(COD) (Von der Kommission vorgelegt am 19. Juni 2002); Gutachtliche Stellungnahme der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages v. 3. November 2003 (8. Sitzung) zum Erlass einer Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (Interinstitutionelles Dossier 2002/0128); Nationaler Ethikrat, Stellungnahme, Biobanken für die Forschung; Zentraler Ethikrat bei der Bundesärztekammer v. 17. März 2004; Erste Ergänzung v. 19. Mai 2003 zur Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission: Die (Weiter-)Verwendung von menschlichen Körpermaterialien für Zwecke medizinischer Forschung (20. Februar 2003).

oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person nach hinreichender Aufklärung frei und schriftlich eingewilligt hat.

(2) Die Aufklärung umfasst insbesondere

- a. Art und Zweck der Biobank
- b. Art und Zweck der Verwendung und Dauer der Aufbewahrung der Materialien oder Daten
- c. eine Weitergabe der Materialien oder Daten, sofern eine solche vorgesehen ist
- d. die Rechte an den Materialien und Daten
- e. die Maßnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes.

(3) Kann die Einwilligung der entscheidungsbefugten Person für die Weiterverwendung von pseudonymisierten oder identifizierten Materialien oder Daten nicht eingeholt werden, kann die zuständige Ethikkommission die Verwendung, Aufbewahrung oder Weitergabe der Materialien oder Daten genehmigen, wenn:

- a. es unmöglich oder unzumutbar ist, die Einwilligung einzuholen
- b. die Forschungsinteressen die Geheimhaltungsinteressen wesentlich überwiegen.

Eine generalisierende und abschließende Regelung zur **Dauer** der Aufbewahrung der bei Obduktionen entnommenen Körpergewebe ergibt sich nicht aus den vorhandenen Regelungen. Die Aufbewahrungsfrist sollte jedoch, um nachfolgende Untersuchungen (z. B. genetische Diagnostik) zu ermöglichen, mindestens 10 Jahre betragen.

6.2.2 Verwendung

Die Entnahme von Organen, Geweben, Gewebsteilen und Körperflüssigkeiten ist zulässig, soweit sie für weitere Untersuchungen oder Begutachtungsfragen von Bedeutung sein können. Hierbei sind Auswahl und Umfang der Proben fallabhängig. Das fortwirkende Persönlichkeitsrecht des/der Verstorbenen und die Pietätsgefühle der Angehörigen sowie eventuelle religiöse Vorstellungen mit einschränkendem Charakter sind zu beachten.

(1) Materialien oder Daten, die im Rahmen einer rechtmässigen Sektion entnommen bzw. erhoben wurden, dürfen zu Forschungszwecken

- a. in anonymisierter Form verwendet, aufbewahrt und weitergegeben werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person eingewilligt oder einer solchen Verwendung zumindest nicht widersprochen hat

- b. in pseudonymisierter Form verwendet, aufbewahrt und weitergegeben werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person nach hinreichender Aufklärung frei und schriftlich eingewilligt hat
- c. in unverschlüsselter Form nur verwendet, aufbewahrt und weitergegeben werden, wenn ein konkretes Forschungsprojekt vorliegt und die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person nach hinreichender Aufklärung frei und schriftlich eingewilligt hat.

(2) Die zur Entscheidung befugten Personen sind über die ihnen zustehenden Rechte schriftlich zu informieren.

(3) Sind von einem Forschungsprojekt mit pseudonymisierten oder identifizierten Materialien oder Daten Ergebnisse mit direkten Folgen für die Angehörigen der verstorbenen Person zu erwarten, sind diese darüber aufzuklären. Die Angehörigen haben das Recht, auf die Information über die Forschungsergebnisse zu verzichten. Sie sind auf ihr Recht auf Nichtwissen hinzuweisen.

(4) Die zur Entscheidung befugte Person hat grundsätzlich das Recht, die Weiterverwendung der Materialien oder Daten zu untersagen und diese zurückzuziehen oder vernichten zu lassen. Die Forschungsergebnisse aus den Materialien oder Daten dürfen in anonymisierter Form weiterverwendet werden

6.3 Antragsverfahren

6.3.1 Antragsverfahren für die klinische Sektion

Die klinische Sektion wird von dem behandelnden Arzt, seinem Vertreter oder dem Leiter der klinischen Einrichtung, in der der Verstorbene zuletzt behandelt wurde, bei einer dafür ermächtigten Einrichtung für Pathologie unter Angabe des Grundes angemeldet. Der Anmeldende hat die Voraussetzungen für die Zulässigkeit zu prüfen, gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen einzuholen und zu dokumentieren.

Die klinische Sektion kann auch auf Antrag des jeweils nächsten Angehörigen oder einer hierzu bevollmächtigten Person durchgeführt werden, sofern Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen dabei nicht verletzt werden. Dem Antrag ist eine Begründung beizufügen.

Die Entscheidung, ob die Voraussetzungen zur Durchführung der klinischen Sektion vorliegen, trifft der leitende Arzt der ermächtigten Einrichtung oder ein von ihm beauftragter Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung im Fach Pathologie oder im Fach Neuropathologie oder in der Rechtsmedizin.

6.3.2 Antragsverfahren für die anatomische Sektion

Eine anatomische Sektion bedarf keines formalen Antrags, da der Verstorbene durch sein Vermächtnis seinen mutmaßlichen Willen hierzu zu erkennen gegeben hat. Eine zu Lebzeiten erklärte Zustimmung zur Körperspende, z. B. durch eine Vereinbarung mit einem Anatomischen Institut, stellt daher die rechtmäßige Erlaubnis zur Nutzung des toten Körpers für die Aus- und Weiterbildung in Medizin sowie für die spätere ordnungsgemäße Beisetzung dar. Für eine Dauerspende ist eine Sondervereinbarung zu treffen.

6.3.3 Antragsverfahren für die gerichtliche Sektion

Das Antragsverfahren der gerichtlichen Sektion richtet sich nach den Vorgaben der Strafprozessordnung.

6.4 Durchführung (Bevollmächtigung, Dokumentation, Beendigung)

6.4.1 Durchführungsbestimmungen für die klinische Sektion

Bevollmächtigung

Klinische Sektionen dürfen nur unter Anleitung von durch das Berufsrecht dazu berechtigten Ärzten in dafür geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden.

Nichtöffentlichkeit

Die Durchführung der Sektion ist nicht öffentlich. Vorbehaltlich bundes- und ländergesetzlicher Regelungen kann der Zutritt einzelner Personen bei der Sektion vom verantwortlichen Arzt gestattet werden. Einer Anhörung der Beteiligten bedarf es nicht.

Der Ausschluss der Öffentlichkeit steht der Anwesenheit der im Rahmen der Sektion beteiligten Personen sowie von Aus- bzw. Weiterzubildenden und Studierenden nicht entgegen. Der Zutritt zur Sektion kann unerwachsenen und solchen Personen versagt werden, die in einer der Würde der Situation nicht entsprechenden Weise erscheinen. Die Aufrechterhaltung der Ordnung während der Sektion obliegt dem verantwortlichen Arzt. Anwesende, die den zur Aufrechterhaltung der Ordnung getroffenen Anordnungen nicht Folge leisten, können aus den Sektionsräumen verwiesen werden.

Beendigung

Ergeben sich bei der Durchführung der klinischen Sektion erstmals Anhaltspunkte dafür, dass die verstorbene Person eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, muss die Sektion sofort unterbrochen und die Polizei oder die Staatsanwaltschaft unverzüglich benachrichtigt werden.

Nach der klinischen Sektion ist das äußere Erscheinungsbild des Leichnams in Achtung vor der verstorbenen Person in entsprechender Weise wiederherzustellen.

Soweit keine weiteren Untersuchungen an den entnommenen Organen durchgeführt werden, sind diese dem Körper wieder beizugeben oder schicklich zu beseitigen.

Dokumentation

Über die klinische Sektion ist eine Niederschrift (sog. Sektionsprotokoll) anzufertigen. Diese enthält Angaben zur Identität, über das Untersuchungsergebnis und darüber, ob und welche Organe und/oder Gewebe entnommen wurden.

Ein Bericht über das Sektionsergebnis wird dem behandelnden Arzt unverzüglich übersandt und ist von diesem der Patientendokumentation beizufügen.

Die datenschutzrechtlichen Vorgaben sind zu beachten.

Gesetzliche Meldepflichten bleiben unberührt.

6.4.2 Durchführungsbestimmungen für die anatomische Sektion

Der für die anatomische Sektion verantwortliche Arzt oder Hochschullehrer prüft, ob eine rechtmäßig zustande gekommene Körperspendevereinbarung vorliegt und fertigt darüber eine Niederschrift an.

Ergeben sich bei der anatomischen Sektion erstmals Anhaltspunkte dafür, dass die verstorbene Person eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, so unterbricht der verantwortliche Arzt oder Hochschullehrer die Sektion sofort und benachrichtigt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft.

Für die Einwilligung in eine anatomische Sektion darf keine Gegenleistung verlangt oder gewährt werden. Eine teilweise oder vollständige Übernahme der Beerdigungskosten ist in das Ermessen des jeweiligen Instituts gestellt, soweit keine anderslautenden Bestimmungen getroffen wurden.

Ist es im Hinblick auf den Zweck der anatomischen Sektion erforderlich, dürfen Leichenteile zurückbehalten werden, wenn eine entsprechende Sondervereinbarung vorliegt.

Nach Beendigung der anatomischen Sektion hat die verantwortliche Person für die ordentliche Bestattung Sorge zu tragen. Das Einverständnis des Körperspenders zur Feuerbestattung ist entsprechend der gesetzlichen Vorschriften unabdingbar und muss bereits zu Lebzeiten in der Regel schriftlich erklärt werden.

6.4.3 Durchführungsbestimmungen für die gerichtliche Sektion

1. Die Durchführung der gerichtlichen Sektion bestimmt sich entsprechend den Vorschriften der Strafprozessordnung (§ 87 ff StPO). So erstreckt sie sich insbesondere auf die Eröffnung aller drei Körperhöhlen und muss von zwei Ärzten vorgenommen werden, wovon einer der Ärzte Gerichtsarzt oder Leiter eines öffentlichen gerichtsmedizinischen oder pathologischen Institutes oder ein von diesem beauftragter Arzt mit gerichtsmedizinischen Fachkenntnissen sein muss.

Der Arzt, der den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangen Krankheit behandelt hat, kann aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben.

Eine Ausgrabung bereits Bestatteter zum Zwecke der gerichtlichen Sektion ist dann möglich, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei der gerichtlichen Sektion eines Neugeborenen sind die besonderen Anforderungen des § 90 StPO zu beachten.

2. Nach der gerichtlichen Sektion ist das äußere Erscheinungsbild des Leichnams in einen dem fortwirkenden Persönlichkeitsrecht und der Würde des Verstorbenen entsprechenden Zustand zu versetzen.
3. Das Ergebnis der gerichtlichen Sektion ist auf dem Obduktionsschein (nach vorgegebenem Muster) zu dokumentieren und der zuständigen Behörde zu übersenden.

6.4.3.1 Entnahme und Aufbewahrung von Organen, Geweben und Körperflüssigkeiten

1. Zur Zulässigkeit der Entnahme von Organen, Geweben, Gewebsteilen und Körperflüssigkeiten vergleiche die Ausführungen zur Aufbewahrung und Verwendung von Organen und Geweben, die bei Obduktionen gewonnen wurden (s. Kap. 6.2).
Das Interesse des Auftraggebers einer gerichtlichen Sektion an einer umfassenderen Asservierung zum Zwecke der Beweismittelsicherung bleibt davon unberührt.

2. Werden keine weiteren Untersuchungen an den Asservaten vorgenommen bzw. werden die Asservate vom Auftraggeber einer gerichtlichen Sektion freigegeben, hat der Gewahrsamsinhaber dafür zu sorgen, dass sie schicklich beseitigt werden.

Liegen Wünsche des Verstorbenen selbst oder seiner Angehörigen über den weiteren Verbleib oder den Umgang mit den Asservaten vor, sind diese zu beachten.

Die Aufbewahrungsfristen für Asservate richten sich nach den Erfordernissen der strafrechtlichen Beweissicherung. In der Regel ist mit der Rechtskraft eines Urteils das Ziel der Beweissicherung erfüllt.

7 Forderungskatalog und Maßnahmen zur Anhebung der medizinischen Behandlungsqualität durch Steigerung der Obduktionsraten

Es ist unstrittig, dass die klinische Sektion eine Grundvoraussetzung für eine Qualitätssicherung ärztlicher Diagnostik und Therapie, aber auch der Krankenpflege ist. Außerdem kann kein Zweifel daran bestehen, dass eine rückläufige Sektionsfrequenz gravierende Folgen für das Gesundheitswesen (Stichwort: epidemiologische Erkenntnisse) und die Gesundheitsökonomie (Stichwort: Fallpauschalen) sowie für die Zuverlässigkeit von Krankheits- und Todesursachenstatistik hat. Es muss daher alles getan werden, um wieder Sektionsraten zu erreichen, die an früher bereits übliche Standards (etwa 30 Prozent aller Todesfälle in Krankenhäusern) herankommen. Dazu ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig. Sie erstrecken sich auf mehrere Bereiche und haben zum Teil unterschiedliche Adressaten.

Gerade die neuen Herausforderungen an das Gesundheitssystem bieten Möglichkeiten, einige der hier geforderten Maßnahmen in die Praxis umzusetzen. Man denke in diesem Zusammenhang etwa an den gesetzgeberischen Auftrag zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements (§ 135a Abs. 2 SGB V) sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich. Auch die strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft aufgrund der Einführung des pauschalisierten Entgeltsystems (s. Kapitel 3) eröffnet hier durchaus Chancen. Und schließlich sei auch auf eine Entwicklung hingewiesen, die darauf hinausläuft, dem Patienten mehr Transparenz, Information und Mitspracherechte zu garantieren.

Der folgende Forderungskatalog macht deutlich, dass neben der Ärzteschaft, einzelnen medizinischen Berufsgruppen, aber auch den Patienten und ihren Angehörigen sowie nicht

zuletzt den Kostenträgern (Krankenkassen) der Gesetzgeber auf Bundes- und Länderebene gefragt ist.

Da, wie oben angeführt, in Deutschland mindestens 1200 bis max. 2400 Morde unerkannt bleiben, muß auch auf eine Steigerung der Sektionsraten in der Gerichtsmedizin hingewirkt werden. Ein solcher Forderungskatalog könnte beispielsweise umfassen, dass die bisher fakultative Vorlesung Rechtsmedizin für Juristen zur Pflichtvorlesung im Jurastudium erhoben und dass in den „Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren“ dezidiert festgelegt wird, in welchen Fällen eine gerichtliche Sektion angeordnet werden soll. Außerdem sollte vermehrt Fortbildung auf der Basis der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine zum Thema Leichenschau und zur Einschaltung der Polizei erfolgen.

Für die Hebung der klinischen Sektionsraten sind dagegen Maßnahmen in den folgenden Bereichen erforderlich:

Medizinstudium

- Die Bedeutung und der Nutzen der klinischen Sektion für den ärztlichen Alltag müssen in der ärztlichen Ausbildung stärker betont und konkret verankert werden. So sollen Studierende an 2 - 4 Obduktionen teilnehmen, dies soll als „Sektionspflicht“ ins Studium eingeführt werden.

Fort- und Weiterbildung

- Als Qualitätssicherungsmaßnahme ist die Weiterbildungsbefugnis einer Klinik mit einer Mindestzahl von Obduktionen in den entsprechenden Einrichtungen und der regelmäßigen Abhaltung von klinisch-pathologischen bzw. interdisziplinären Fallkonferenzen zu verbinden. Beispielsweise erhält eine chirurgische Abteilung die vollständige Weiterbildungszulassung nur, wenn 30 % der Todesfälle obduziert und vor Ort demonstriert werden. Im DRG-System mit der systembedingten Problematik der (zu) frühen Entlassung ist dies von besonderer Bedeutung. In den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sollten klare fachbezogene Mussvorgaben über die Zahl von Obduktionen entsprechend der Vorschriften des SGB V (§ 137 usw.) oder in QS-Programmen der Selbstverwaltung festgelegt werden.
- Ferner ist obligatorisch eine abteilungsbezogene Angabe der Obduktionsfrequenz zu fordern und in den Leistungsbericht aufzunehmen.
- Die Weiterbildung in bestimmten Fächern, z. B. allen chirurgischen und internistischen Fächer, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Gynäkologie, Neurologie etc., ist mit der Pflicht zu

verbinden, z. B. 5 - 10 eigene Sektionen durchgeführt oder daran teilgenommen zu haben. Wünschenswert sind weiterhin eine Ausweitung der klinisch-pathologischen bzw. interdisziplinären Fallkonferenzen und deren Einbeziehung in die Weiterbildungsordnung. Zugespitzt formuliert: Man kann heute, ohne jemals einen Fuß in den Obduktionssaal gesetzt oder eine Leberzirrhose, eine Pneumonie, einen cerebralen Insult, einen Herzinfarkt, einen Hirntumor in natura gesehen zu haben, Facharzt werden. Das sind „vor-morgagnische Zustände“. In zwei sorgfältig durchgeführten Studien zeigen Bayer-Garner et al. und Rosenbaum et al., dass substantielle Defizite in der Heranführung junger Ärzte an die Obduktion und damit auch an die eigenen Grenzen im Sinne einer kritischen Medizin bestehen¹³⁷.

Qualitätssicherung

- Eine Erhöhung der Obduktionsfrequenz ist eine notwendige Voraussetzung für die Schaffung eines aus epidemiologischen und aus „public health“-Gründen wünschenswerten Obduktionsregisters.
- Die verschiedenen, in sozialgesetzlichem Auftrag oder auf Basis der Heilberufs- und Kammergesetze für die Qualitätssicherung stationärer Leistungen zuständigen Gremien auf Bundes- und Landesebene werden aufgefordert, Qualitätsindikatoren zur Steigerung der Sektionsraten zu entwickeln und einzuführen, z. B. durch Einführung eines von allen Krankenhäusern zu erfassenden Generalindikators der einrichtungsinternen Obduktionsrate oder eines Zusatzindikators „Obduktion“ in die bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SBG V.
- Die Ärztliche Selbstverwaltung wird gebeten, die Erarbeitung eines Positionspapiers für die Bedeutung der Obduktion als Bestandteil der Fehleranalyse und Qualitätsanalyse bei dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Auftrag zu geben.

Finanzierung

- Die Kosten einer inneren Leichenschau sollten transparent sein. Bisher liegen nur Kostenschätzungen seitens des Berufsverbandes der Pathologen vor. Die Abrechnung nach GOÄ (einfach) muss mindestens die tatsächlich anfallenden Kosten decken.
- Die Kosten für eine klinische Obduktion (ca. 750,00 €) wurde bisher im Rahmen des Gesamtbudgets der Krankenhäuser vergütet. Durch die Einführung der Fallkostenpauschalen für Krankenhausbehandlungen (DRGs) ändert sich dieser Abrechnungsmodus, da zukünftig die Kalkulation der einzelnen DRGs auch die

¹³⁷ Bayer-Garner et al., 2001, Rosenbaum et al., 2000

Kosten für klinische Obduktionen beinhaltet. Durch die jährlich neu kalkulierten Relativgewichte der DRGs werden die Erlöse fortlaufend überprüft. Eine steigende Obduktionszahl würde somit voraussichtlich deren Gewichtung bei der Kalkulation der DRGs erhöhen (allerdings mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren, da immer die Daten des Vorjahres kalkuliert werden und dann die Basis für die DRGs des Folgejahres bilden). Die Pathologen sollten daher fortan die für die Obduktionen kalkulierten Anteile innerhalb der DRGs nutzen, um eine angemessene Vergütung für die Krankenhäuser zu erwirken.

Gesetzgebung

- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die sich an den in dieser Stellungnahme aufgeführten Eckpunkten orientieren.
- Ein erster Schritt wäre die Umsetzung der vom Vorstand der Bundesärztekammer im Januar 2002 verabschiedeten Musterregelung zur Durchführung der Leichenschau. Der wohlwollenden Aufnahme des Vorschlags seitens der Arbeitsgemeinschaft der obersten leitenden Medizinalbeamten der Länder sollten jetzt Taten folgen.

Informations- und Aufklärungskampagnen

- Die AWMF und einzelne Fachverbände sollen weiterhin und verstärkt durch Pressemitteilungen und Pressekonferenzen sowie durch andere PR-Maßnahmen (Internet-Seiten etc.) die breite Öffentlichkeit über die Notwendigkeit und Vorteile einer hohen Sektionsrate aufklären.
- Weiterhin soll auch die Fachöffentlichkeit durch Fortbildungsveranstaltungen (z. B. interdisziplinäres Forum) auf die Notwendigkeit und Vorteile von Obduktionen hingewiesen werden.
- Der Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen, die obduziert werden sollen, setzt eine kompetente und erfahrene ärztliche Aufklärung voraus, die Berufsanfängern z. B. durch einen erfahrenen Oberarzt, Seminare zur Gesprächsführung und entsprechende schriftliche Anleitungen vermittelt werden kann. Ein solches Kommunikationsverhalten trägt nicht zuletzt zu einer verbesserten Akzeptanz der Obduktion durch die Angehörigen bei.

8 Anhang

Anlage 1: Argumente pro und contra Sektion

Aufgeführt sind im folgenden alle Argumente, die in der Diskussion greifbar sind – unabhängig davon, ob sie zutreffend bzw. objektivierbar sind oder nicht. *Gegensätzliche* Argumentationen sind auf gleicher Augenhöhe verzeichnet.

Pro-Argumente	Contra-Argumente
→ Um eine zuverlässige Todesursachenstatistik zu erhalten, ist eine erhebliche Steigerung der klinischen Sektionsquote (derzeit ca. 3 %) erforderlich. Nur eine exakte Todesursachenstatistik ermöglicht wiederum eine gezielte Gesundheitsfürsorge.	→ keine
→ Der Erkenntnisgewinn aus Sektionen ermöglicht über den Weg zielgerichteter Gesundheitsmaßnahmen langfristig ein Kostenersparnis im Gesundheitswesen (sachgerechte Allokation, Investitionen in Präventionsprogramme).	→ Sektionen binden Arbeitskräfte und verursachen Kosten, die angesichts der finanziell angespannten Lage besser für (Vorsorge-) Maßnahmen an den Lebenden aufgewendet würden.
→ Sektionen sind unverzichtbar für die Qualitätssicherung der Behandlung und damit für eine hochwertige Patientenversorgung (Vergleich unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, Nachweis von Behandlungsfehlern sowie Entlastung vom Vorwurf eines Behandlungsfehlers).	→ keine
→ Sektionen sind unverzichtbar für eine fundierte medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung (Entwicklung und Erhalt makroskopischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten).	→ Eine fundierte medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung kann auch mit Hilfe moderner (Lehr-)Medien – unter Verzicht auf die Sektion – erfolgen.
→ Eine abschließende Validierung moderner diagnostischer Methoden (als potentielle Alternativen zur Sektion) steht noch aus. Trotz moderner (bildgebender) diagnostischer Methoden beläuft sich die Rate klinisch relevanter Fehldiagnosen weiterhin auf mindestens 10 % (Kirch/Schafii, 1996).	→ Moderne, verfeinerte diagnostische Methoden machen Sektionen zunehmend entbehrlich.
→ Sektionen können den Hinterbliebenen wichtige Informationen liefern (Beispiele: Diagnose einer bis dato nicht bekannten genetisch bedingten Erkrankung, Hinweise auf klinisch inapparente Infektionskrankheiten mit Ansteckungsgefahr, ggf. Entlastung von Selbstvorwürfen oder von übler Nachrede, Nachweis eines Rentenanspruchs).	→ Die Angehörigen als primär Betroffene werden nicht in allen Fällen ausreichend über das Ergebnis der Sektion informiert.

- Sektionen vermitteln frühzeitig Erkenntnisse über das Auftreten von Syndromen (Beispiel: Contergan-Syndrom) und neuen Krankheiten (Beispiel: AIDS) und neuen Krankheitsvarianten (Beispiel: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit).
- Sektionen dienen der Evaluation neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren (Beispiele: CT, Bypass-OP)
- Sektionen erlauben Aussagen zum Gefahrenpotential technischer Neuentwicklungen bzw. zur Standardisierung von Schutzmaßnahmen (Beispiel Verkehrssicherheit: Autogurt, Helm)
- Sektionen sind unverzichtbar zur Erlangung epidemiologischer Erkenntnisse und zum Nachweis von Umwelt- und Seuchengefahren.
- Die katholische und die evangelische Kirche zählen Sektionen zu den guten Werken und sehen in der postmortalen Bereitstellung des eigenen Körpers zu Sektionszwecken einen Akt der Nächstenliebe.
- Sektionen sind unverzichtbar für die Rechtssicherheit. Tatverdächtige können ggf. via Sektion überführt, aber auch entlastet werden.
- Die klinische Sektion ist der letzte ärztliche Dienst am Verstorbenen.
- Mit der Zustimmung zur Obduktion leistet jeder Einzelne einen gesellschaftlichen Beitrag (die klinische Sektion als letzter uneigennütziger Dienst des Verstorbenen für die Lebenden, die vom Erkenntnisgewinn der Sektion profitieren = sozialetischer Aspekt).
- Sektionen werden heutzutage so organisiert, dass sie die Trauerrituale nicht verletzen.
- Sektionen befriedigen vornehmlich das wissenschaftliche Interesse und den Forscherdrang der Ärzte (ärztliche „Eigenmacht“ bzw. ärztliche „Selbstversorgung“).
- Die Sektion steht im Widerspruch zu einigen Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften.
- keine
- Die Sektion verletzt das so genannte „Pietätsempfinden“ (*Das Argument wird in der Regel nicht näher präzisiert*).
- Sektionen sind entwürdigend (Verletzung der Menschenwürde, Verletzung des postmortal fortwirkenden Persönlichkeitsrechts).
- Sektionen kommen *grundsätzlich* zu spät („Tote werden durch Sektionen nicht mehr lebendig“).
- Die Sektion beeinträchtigt die Totenruhe sowie übliche Trauerrituale (negativer Einfluss auf den zeitlichen Ablauf von Aufbahrung und Trauerfeier, „Verstümmelung“ des Leichnams).

Anlage 2: Die klinische Sektion aus der Sicht der verschiedenen Interessengruppen [modifiziert nach Wittekind/Gradistanac (2004)]

Patienten und deren Angehörige

- Feststellung der Grundkrankheit und der Todesursache(n) in zweifelhaften Fällen als letzter Dienst am Patienten
- Gewissheit über die konkreten Todesumstände und damit über die Unabwendbarkeit dieses Todesfalles
- ggf. Entlastung von Selbstvorwürfen oder Schuldzuweisungen/Unterstützung bei der Trauerarbeit
- ggf. Informationen über familiäre Erkrankungsdispositionen/mögliche genetische Erkrankungen
- Sicherung relevanter Rechts(Haftpflicht)- und Versorgungsansprüche

Gesellschaft

- Qualitätsmanagement (Qualitätskontrolle und –sicherung der klinischen Diagnostik und Therapie)
- Validierung und Reliabilitätskontrolle der Todesursachen- und Krankheitsstatistiken sowie Krebsregister
- Feststellung und Überwachung umweltbedingter Erkrankungen
- Feststellung (un)bekannter Infektionskrankheiten bzw. Epidemien

Studierende

- Erwerb und Vertiefung anatomischer und pathologischer Kenntnisse
- Korrelation klinischer oder funktioneller mit morphologischen Befunden
- Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Diagnostik

Kliniker

- Qualitätskontrolle und –sicherung (Konkordanzscore prä- und postmortalen Diagnosen, Identifikation neuer Trends bei Diagnosediskrepanzen, Vergleich von Krankenhäusern)
- Information über die Qualität der medizinischen Betreuung und des perioperativen Managements (Vergleich von Krankenhäusern)
- ggf. Entlastung von dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers
- Evaluation neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren
- Entdeckung neuer Erkrankungen/ungewöhnlicher Krankheitsverläufe
- Erkennung unerwarteter Therapiekomplikationen
- Unabdingbarer Bestandteil der Weiterbildung

Pathologen

- Selbstkontrolle der Pathologen (Vorbefunde) (Qualitätsmanagement in der Pathologie)

Anlage 3: Tabellarische Übersicht über Fristen zum Umgang mit der Leiche

1. Ruhezeiten nach den Bestattungsgesetzen			
Land	Gesetz	Mindestfrist	Höchstfrist
Baden-Württemberg	Gesetz über das Friedhofs- und Leichenwesen (Bestattungsgesetz)	Ruhezeiten: Kinder vor Vollendung des 2. Lebensjahres: mind. 6 Jahre; Kinder vor Vollendung des 10. Lebensjahres mind. 10 Jahre; i. Ü. mind. 15 Jahre (§ 6 BestG)	
Bayern	Bestattungsgesetz (BestG)	Der Friedhofsträger bestimmt die Ruhezeiten für Leichen und Aschenreste Verstorbener (Art. 10 I BestG).	
Berlin	Gesetz über die landeseigenen und nichtlandeseigenen Friedhöfe Berlins (Friedhofsgesetz)	Erd- und Urnenbestattungen: mind. 20 Jahre (§ 11 I Friedhofsgesetz)	
Brandenburg	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Bestattungsgesetz – BbgBestG)	Erdbestattungen: mind. 20 Jahre; Urnenbestattungen: mind. 15 Jahre (§ 32 I BbgBestG)	
Bremen	Friedhofsordnung für die stadteigenen Friedhöfe in Bremen	Ruhefrist für Aschen: 20 Jahre; Ruhefrist für Leichen: 25 Jahre; Verstorbene unter 10 Jahren: 15 Jahre; Verstorbene unter 3 Jahren: 10 Jahre (§ 4 I, II Friedhofsordnung)	
Hamburg	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (Bestattungsgesetz)	Leichen und Urnen: 25 Jahre (§ 26 I BestG)	Verlängerung des Nutzungsrechts an einer Wahlgrabstätte auf Antrag um mind. 5 , höchstens um 25 Jahre (§ 27 II BestG)
Hessen	Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen	Die Fristen, in denen eine belegte Grabstätte nicht erneut belegt werden darf (Ruhefristen), sind unter Berücksichtigung der Verweisdauer festzusetzen (§ 7 II Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen).	

Mecklenburg-Vorpommern	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz – BestattG M-V)	nicht unter 20 Jahre (§ 15 BestattG M-V)	
Niedersachsen	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG) ¹³⁸	nach jeder Bestattung mind. 20 Jahre (§ 12 BestattG), Ausnahmeregelungen im Einzelfall möglich	
Nordrhein-Westfalen	Entwurf eines Gesetzes über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz BestG NRW)	Trifft keine genaue zeitliche Regelung. Aus der Begründung geht hervor, dass das Ruherecht zumindest solange einzuräumen ist, bis die Verwesung der Leiche im Wesentlichen beendet ist. Für Aschen soll als Anhaltspunkt die Ruhezeit für Erdbestattungen am gleichen Ort gelten.	
Rheinland-Pfalz	Bestattungsgesetz (BestG)	Für einen Bestattungsplatz oder Teile eines Bestattungsplatzes wird mit der Genehmigung nach § 1 III BestG festgelegt, wie lange Grabstätten nicht erneut belegt werden dürfen (§ 5 I BestG).	
Saarland	Gesetz Nr. 1535 über das Friedhofs-, Bestattungs- und Leichenwesen (Bestattungsgesetz – BestattG)	Ruhefrist für Leichen: mind. 15 Jahre; Verstorbene vor Vollendung des 10. Lebensjahres: mind. 10 Jahre; Verstorbene vor Vollendung des 2. Lebensjahres: mind. 6 Jahre (§ 5 BestattG)	
Sachsen	Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen und Bestattungswesen (Sächsisches Bestattungsgesetz - SächsBestG)	Leichen von Kindern, die tot geboren oder vor Vollendung des 2. Lebensjahres gestorben sind: 10 Jahre; Leichen von Kindern bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres: 15 Jahre; bei älteren Verstorbenen: 20 Jahre; bei Aschen: 20 Jahre (§ 6 II SächsBestG)	

¹³⁸ Beschlussempfehlung vom 23.11.2005, tritt am 01.01.2006 in Kraft

Sachsen-Anhalt	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Sachsen-Anhalt (Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt – BestattG LSA)	Leichen von Kindern, die vor Vollendung des 10. Lebensjahres gestorben sind: mind. 10 Jahre; i. Ü. mind. 15 Jahre; bei Aschen: mind. 15 Jahre (§ 22 II 2 BestattG LSA)	
Schleswig-Holstein	Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG)	§ 23 BestattG (Ruhezeit) enthält selbst keine Fristen.	
Thüringen	Thüringer Bestattungsgesetz (ThürBestG)	Erdbestattungen: mind. 20 Jahre; Urnenbeisetzungen: mind. 15 Jahre (§ 31 I ThürBestG)	

2. Sonstige Fristen beim Umgang mit der Leiche/Daten der verstorbenen Person

Baden-Württemberg	Richtlinien zur Regelung von klinischen und anatomischen Sektionen (Sektionsrichtlinien) der Berufsordnung der Ärztekammer Baden-Württemberg	Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist besteht (§ 10 III).	
Berlin	Gesetz zur Regelung des Sektionswesens (Sektionsgesetz)	Enthält keine Aufbewahrungsfristen.	
Hamburg	Gesetz zur Regelung von klinischen, rechtsmedizinischen und anatomischen Sektionen (Sektionsgesetz)	Enthält keine Aufbewahrungsfristen.	
BRepD	Transplantationsgesetz (TPG)	Aufbewahrungs- und Lösungsfristen: mind. 10 Jahre (§ 15 S. 1 TPG)	Personenbezogene Daten sind spätestens bis zum Ablauf eines weiteren Jahres zu vernichten (§ 15 S. 2 TPG).
BRepD	Bundesdatenschutzgesetz (BDSchG)	Enthält selbst keine genauen Fristen zur Aufbewahrung von Daten; verweist nur auf die Existenz solcher.	
BRepD	Strafprozessordnung (StPO)	Die Beschlagnahme ist aufzuheben, wenn nicht binnen zwei Monaten die öffentliche Klage erhoben oder die selbständige Einziehung beantragt	

		ist (§ 111 n II 1 StPO [Anordnung und Aufhebung der Beschlagnahme von periodischen Druckwerken]).	
BRepD	Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV)	Die Beschlagnahme soll in der Regel von vornherein auf eine bestimmte Zeit (etwa einen Monat) beschränkt werden (80 I 1 RL).	

Anlage 4: Literaturnachweise

zu Kapitel 1.1 „Klinische Sektion“

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, RN 421, S. 321-322, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2002

zu Kapitel 2.1 „Darlegung der Gründe ...“

Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (AQS)-Rundbrief 4, S. 4 (1999).

Arch Kriminol 199: 41-52 u. 65-74 (1997)

Becker V, Pollak S: Obduktion. In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik, Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S. 789-792 (1989). hier S. 789.

Berufsverband Deutscher Pathologen e. V. und Deutsche Gesellschaft für Pathologie e. V.: Anleitung zur Durchführung von Obduktionen in der Pathologie, S. 25 (2005)

Brinkmann B, Du Chesne A, Vennemann B.: Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr. 127(15):791-5 (2002).

Brinkmann B, Banaschak S, Bratzke H, Cremer U, Drese G, Erfurt C, Giebe W, Lang C, Lange E, Peschel O, Philipp K-P, Püschel K, Riße M, Tusch-Bauer E, Vock R, Du Chesne A: Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I u. II).

Brinkmann B, Kleiber M, Janssen W: Der unklare Tod. Negative Trends in Rechtspflege und Gesundheitswesen? Pathologie 2: 61-65 (1981)

Eisenmenger W: Probleme der retrospektiven Aufarbeitung letaler Krankheitsverläufe. In: Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D (Hrsg) Innere Medizin und Recht. Konfrontation – Kommunikation – Kooperation, Blackwell, Berlin, S. 306-310 (1996)

Modelmog D: Todesursachen sowie Häufigkeit pathologisch-anatomischer Befund-Komplexe und Diagnosen einer mittelgroßen Stadt bei fast 100-prozentiger Obduktionsquote: eine Obduktionsanalyse unter Einbeziehung histologischer Untersuchungen zum gegenwärtigen Stellenwert der Pathologie (Görlitzer Studie 1986/87) (= Deutsche Hochschulschriften, 491). Hänzel-Hohenhausen, Egelsbach 1993 (zugleich Med Habilitationsschrift, Med Akademie Dresden 1992)

Schleyer F: Aktuelle Fragen der Leichenschau und Leichenöffnung. Teil I. Dtsch Z ges gerichtl Med 62: 55-65 (1968)

Schwarze, E.-W., Pawlitschko, J.: Autopsie in Deutschland. Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen.. Dt. Ärzteblatt 100: A2002-8 (2003).

zu Kapitel 2.3.1 „Sektionsraten ...“

Bajanowski, Th, Ortmann, C, Hernandez, M, Freislederer, A, Brinkmann, B: Reaction patterns in selected lymphatic tissues associated with sudden infant death (SID). Int.J.Legal Med (1997) 110: 63-68

Brinkmann, B, Du Chesne, A., Vennemann, B, Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr. 2002; 127: 791-5.

Chariot, P, Rey, C, Werson, P, Pitfalls in the diagnosis of child sexual abuse. J Clin Forensic Med. 1999; 6: 35-8.

David, H, Internationale Entwicklungstendenzen und Probleme der Pathologie und die Situation in der DDR . DDR-Med.-Rep. 1989; 18: 196-237

Epidemiologisches Bulletin, Robert Koch Institut, 2000/Nr. 5.

Fluri S, Gebbers, JO, Glanz, Sinn (und Elend?) der Autopsie. Forum Med Suisse 2002; 4: 79–83.

Habeck, JO, Waller, H, Die Anzahl der Obduktionen im Institut für Pathologie Chemnitz vor und nach der Wiedervereinigung (1987–1992). Pathologie 1993; 14: 188–192.

Jansen, HH, Nutzen der klinischen Sektion für den medizinischen Fortschritt – relativ zur Zahl – aus Sicht des Pathologen. MedR 1991; 5: 246-247

Kirch, W, Schafii, C, Reflections on misdiagnosis. J Intern Med. 1994; 235: 399-404.

Lindstrom, P, Janzon, L, Sternby, NH, Declining autopsy rate in Sweden: a study of causes and consequences in Malmo, Sweden. J Intern Med. 1997; 242: 157-65.

Lundberg, GD, Attitudes toward autopsy and organ donation in Sweden and the United States. JAMA. 1994; 26: 271:317.

McPhee, SJ, The autopsy: an antidote to misdiagnosis. Medicine 1996; 76 41-43
Epidemiologisches Bulletin, Robert Koch Institut, 2000 /Nr. 5 .

Nordrum, I, Eide, FJ., Jorgensen, L, Forensic pathology in northern Norway. Requested medico-legal autopsies in the counties of Finnmark and Troms 1973-1992. APMIS. 1996;104: 465-74.

Petri, CN, Decrease in the frequency of autopsies in Denmark after the introduction of a new autopsy act. Qual Assur Health Care. 1993; 5: 315-8.

Saukko, P, Medicolegal investigative system and sudden death in Scandinavia. Nippon Hoigaku Zasshi. 1995; 49: 458-65.

Schwarze, EW, Pawlitschko, J, Autopsie in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 2003; 43: 2802-2808

Shojania, KG, Burton, EC, McDonald, KM, Goldmann, L, Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. JAMA. 2003; 289: 2849-56.

Sperhake, J, Püschel, K, Das Hamburger Sektionsgesetz vom 9. Februar 2000 – Entwicklung der Sektionszahlen in Hamburgs Prosekturen. Pathologe. 2003; 24: 204-6.

Veress, B, Alafuzoff, J, Clinical diagnostic accuracy audited by autopsy in a university hospital in two eras. Qual Assur Health Care. 1993; 5: 281-6.

Wittekind, C, Gradistanca, T, Das älteste Werkzeug der Qualitätssicherung - die Obduktion - stirbt aus? Z Ärztl Fortbild Qualitätssich. 2004; 98: 715-20.

Waldron, HA, Vickerstaff, L, Necropsy rates in the United Birmingham Hospitals. Br Med J. 1975; 2: 326-8.

zu Kapitel 2.3.2 „Aussagefähigkeit ...“

Giermann 2001 Dissertation Charité

Goldmann et al. (1983) in Madea S. 272

Gross R (1983) in Madea S. 272

Gross R (1989) in Madea S. 272

Kirch W, Schafii C (1996) Misdiagnosis at an university hospital in four medical areas. Report on 400 cases. *Medicine*, Baltimore, S. 274

Madea B (1999) *Die ärztliche Leichenschau*, Springer Verlag

Sandritter W, Staudinger M, Drexler H, Autopsy and clinical diagnosis. *Pathol Res Pract*. 1980; 168: 107-14

Shojania et al. 2003 *JAMA* 289 : 2849-2856

zu Kapitel 3 „Zukünftige Rolle des Sektionswesens im DRG-System“

Bauer T M, Potratz D, Göller T, Wagner A, Schäfer R. Qualitätskontrolle durch Autopsie. *DMW* 1991; 116: 801-807

Dohm G. Aufgaben und Bedeutung in der Autopsie in der modernen Medizin. *Dtsch. Ärztebl.* 1980; 11: 669-672

zu Kapitel 4 „Historischer Exkurs“

Ferrari,G.: Public Anatomy Lessons and the Carnival. The Anatomy Theatre of Bologna. In: *Past & Present* 117: 50-106 (1987).

Gross, D.: Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht. Königshausen & Neumann: Würzburg 2002.

Jütte, R.: *Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der Frühen Neuzeit*. Artemis & Winkler: München, Zürich 1991.

Mettenleiter, A.: *Medizingeschichte des Juliusspitals Würzburg (= Das Juliusspital in Würzburg, Bd. 3: Medizingeschichte)*, herausgegeben vom Oberpflegamt der Stiftung Juliusspital Würzburg. Würzburg 2003.

Rabl, R.: Wertung der Sektionen im Wandel der Zeiten. Eine kulturgeschichtliche Betrachtung. In: *Virchows Arch path Anat* 321: 142-162 (1952).

Ruggiero, G.: The cooperation of physicians and the state in the control of violence in Renaissance Venice. In: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 33: 156-166 (1978).

Walter, R.: *Die Leichenschau und das Sektionswesen. Grundzüge der Entwicklung von ihren Anfängen bis zu den Bemühungen um eine einheitliche Gesetzgebung*. Med. Diss. Düsseldorf 1971.

Wolff-Heideger, G./Cetto, A.M.: Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung. Karger: Basel 1967.

zu Kapitel 5 „Rechtsfragen beim Umgang mit der Leiche“

Ackermann, Anm. JZ 1990, S. 927 ff.

Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin, Strasbourg, 24.01.2002.

Bender, VersR 1999, S. 419 ff.

Brunner, NJW 1953, S. 1173 f.

Einbecker Empfehlungen zu Rechtsfragen der Obduktion, MedR 1991, S. 76

Eisenmenger, Vortrag vom 27.01.2003

Englert, Todesbegriff und Leichnam als Element des Totenrechts, 1979

Entwurfs eines schweizerischen Transplantationsgesetzes vom 12.09.2001

Giesen, JZ 1991, S. 203 ff.

Hübner, Allg. Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches, 2. Aufl. 1996

Kindhäuser, Lehr- und Praxiskommentar Strafgesetzbuch, 2002, 2. Aufl. 2004

König, Strafbarer Organhandel, 1999

Krietsch/Dietel, Pathologisch-Anatomisches Cabinet, 1996

Küper, GA 2001, S. 515 ff.

Lackner/Kühl, StGB, 25. Aufl. 2004

Larenz, Allg. Teil des Deutschen Bürgerlichen Rechts, 7. Aufl. 1989

Laufs, NJW 1995, S. 2398 ff.

Laufs, NJW 1992, S. 1529 ff.

Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002

Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch, 11. Aufl. 2003, 46. Lieferung (§§ 166-173)

Madea, Die ärztliche Leichenschau, 1999

Maurach/Schroeder/Maiwald, Strafrecht Besonderer Teil, Teilband 1, 2002

Mitsch, Strafrecht – Besonderer Teil 2, 2. Aufl. 2002

Müller, Postmortaler Rechtsschutz – Überlegungen zur Rechtssubjektivität Verstorbener, 1995

Münchener Kommentar zum BGB, Band 1 (§§ 1 -240, AGB-Gesetz), 3. Aufl. 1993

Münchener Kommentar zum BGB, Band 1 (§§ 1-240, AGB-Gesetz), 4. Aufl. 2001

Münchener Kommentar zum StGB, Band 5 (im Druck)

Neidert, ZRP 2002, S. 467 ff.

Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, 2001

Nomos Kommentar zum Strafgesetzbuch, 1995

Oerthmann, JZ 1925, S. 511 ff.

Pulisch/Heifer, NJW 1994, S. 2377 ff.

Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK für die allogene Knochenmarktransplantation mit nichtverwandten Spendern, DÄBl 1994 (91), B 578 ff.

Roche, Lexikon Medizin, 2003

Schmitt, SGB VII 1998

Schönke/Schröder, Strafgesetzbuch Kommentar, 26. Aufl. 2001

Schröder/Taupitz, Menschliches Blut: verwendbar nach Belieben des Arztes?, 1991

Schünemann, Die Rechte am menschlichen Körper, 1985

Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 2, 1996

Solbach, MedR 1991, S. 97 ff.

Spranger, MedR 1999, S. 210 ff.

Stammzellgesetz vom 28.6.2002, BGBl I, S. 2277

Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, 1995

Sternberg-Lieben, NJW 1987, S. 2062 ff.

Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch (SK-StGB), Band 2: Besonderer Teil (§§ 80-358), 6. Aufl. 1999

Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, 2000

Tag, MedR 1998, S. 387 ff.

Taupitz, in: „Die Zeit“ vom 3. Juli 2001

Taupitz, Archiv für die civilistische Praxis (AcP) 191 (1991), S. 201 ff.

Taupitz, Ethik in der Medizin, 6, 1994, S. 38 ff.

Tröndle/Fischer, StGB, 52. Aufl. 2004

Wetz/Tag (Hrsg.), Schöne neue Körperwelten, 2001

Zu Kapitel 7 „Forderungskatalog und Maßnahmen ...“

Bayer-Garner et al., 2001, Rosenbaum et al., 2000

Mitgliederverzeichnis des Arbeitskreises „Autopsie“

Dr. med. Andreas Crusius
Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Manfred Dietel
Direktor des Instituts für Pathologie
Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte

Prof. Dr. med. Wolfgang Eisenmenger
Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin,
Universitätsklinikum Aachen

Prof. Dr. phil. Robert Jütte (**federführend**)
Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann
Ehrenpräsident der
Landesärztekammer Baden-Württemberg

Prof. Dr. med. Hans A. Kretzschmar
Vorstand des Instituts für Neuropathologie, Zentrum für
Neuropathologie und Prionforschung (ZNP)
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
em. Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt
der Ludwig-Maximilians-Universität München
und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats

Frau Prof. Dr. jur. utr. Brigitte Tag
Rechtswissenschaftliches Institut
Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht der
Universität Zürich

Geschäftsführung: Dez. VI - Wissenschaft und Forschung -

Dr. med. Gert Schomburg
Dezernent

Frau Dr. med. Petra Zschieschang
Referentin

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 / 4004 56 – 460
Fax: 030 / 4004 56 – 486
E-Mail: dezernat6@baek.de