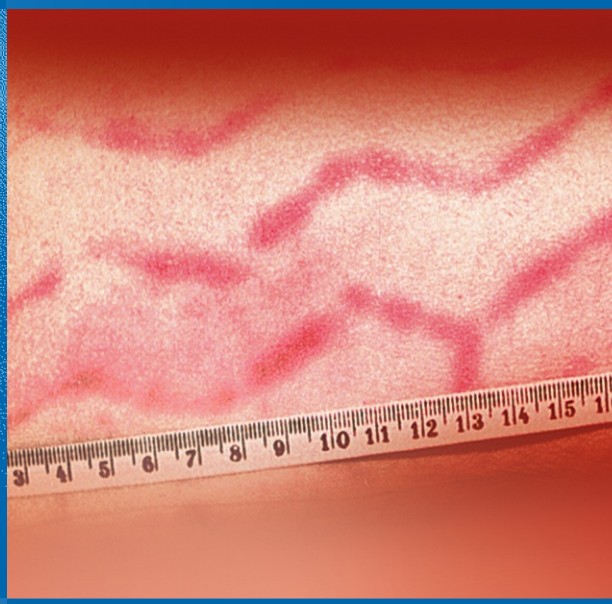

Madea

Rechtsmedizin

3. Auflage

Befunderhebung
Rekonstruktion
Begutachtung

EBOOK INSIDE

Springer

Rechtsmedizin

Burkhard Madea
(Hrsg.)

Rechtsmedizin

Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung

3. Auflage

Mit 545 Abbildungen

Springer

Herausgeber
Prof. Dr. med. Burkhard Madea
Universitätsklinikum Bonn
Institut für Rechtsmedizin
Bonn, Deutschland

ISBN 978-3-662-43499-4 ISBN 978-3-662-43500-7 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-43500-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer Medizin
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003, 2007, 2015
Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Hinrich Küster, Heidelberg
Projektmanagement: Lisa Geider, Heidelberg
Lektorat: Ursula Illig, Gauting
Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Madea: Praxis Rechtsmedizin, 2. Aufl. Seite 485
Herstellung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort zur dritten Auflage

Der langjährige Schwurgerichtsvorsitzende am Landgericht Berlin Friedrich-Karl Föhrig schreibt in seinem „Kleinen Strafrichter-Brevier“: „Der zu bestellende Sachverständige muss „gut“ sein!

Was macht einen Sachverständigen gut?

a. Beherrschung der theoretischen Grundlagen seines Faches – bei nahezu jedem bedenkenlos zu unterstellen –;
b. Fähigkeit, diese auf den konkreten Fall zu übertragen – der Kreis der „Guten“ verkleinert sich –;
c. Fähigkeit, seine Erkenntnisse in einem selbst Juristen fassbaren Deutsch zu formulieren – die Auswahl wird zunehmend schwieriger –;
d. Persönliches Format, das jedes Einknicken gegenüber unzufriedenen Beteiligten zuverlässig verhindert – nur wenige sind auserwählt …“

Gut sei es darüber hinaus, wenn der Sachverständige von seinen Ergebnissen überzeugt sei. Nur sei dies nachrangig, denn er entscheide nichts. Der, welcher entscheide, müsse überzeugt sein, nämlich der Richter.

Auf diese Anforderungen an den rechtsmedizinischen Sachverständigen versucht auch die Neuauflage der Praxis Rechtsmedizin vorzubereiten, wobei die Qualifikationsanforderungen c) und d) für den rechtsmedizinischen Sachverständigen nur in der täglichen Routine – insbesondere der Gutachtenerstattung in foro – erworben werden können.

Aber zumindest Faktenwissen und die Anwendung des Faktenwissens auf Fälle der täglichen Routine sollen in der Neuauflage in einer zeitgemäßen Form präsentiert werden.

Die Monographie versteht sich als Facharztbuch, das den Arzt auf dem Weg zum Facharzt für Rechtsmedizin begleiten soll. Im interdisziplinären Fach Rechtsmedizin soll es darüber hinaus natürlich auch dem Toxikologen und Molekularbiologen als Informationsquelle dienen.

Vertiefend können hierzu auch die in unserer Facharztzeitschrift RECHTSMEDIZIN (Organ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin) veröffentlichten CME-Beiträge studiert werden (► Anhang).

Für die Neuauflage waren zahlreiche methodische Neuentwicklungen, Änderungen rechtlicher Vorgaben sowie neue Rechtsvorschriften zu berücksichtigen.

Wieder hat sich in den vergangenen Jahren auf zahlreichen Feldern – genannt seien nur stichpunktartig Fahreignungsdiagnostik, synthetische Cannabinoide und Badesalzdrogen, Stellenwert der postmortalen Bildgebung, rechtsmedizinische Untersuchung Lebender etc. – die wissenschaftliche Kreativität des Faches Rechtsmedizin erwiesen, das gerade als akademische Disziplin für das effiziente Funktionieren des Rechtsstaates unerlässlich ist. Die Voraussetzungen, diese wissenschaftliche Kreativität zu erhalten und nach Möglichkeit zu entfalten, werden für die Rechtsmedizin allerdings immer schwieriger, da die Universitäten in Zeiten knapper öffentlicher Kassen als Stätten von Lehre und Forschung längst zum „Börsensaal“ mutiert sind:

Im Konkurrenzkampf um Mittel, teilweise auch um eine adäquate Grundausstattung, wird der Rechtsmedizin vor dem Hintergrund fragwürdiger Indikatoren wie Drittmittelaufkommen und Impact-Faktoren mancherorts die akademische Existenzberechtigung versagt.

Ob die dabei herangezogenen Evaluationskriterien überhaupt fassungskonform sind, ist allerdings mehr als fraglich. Die fehlende Eignung einer LOMV als Steuerungsinstrument zur Steigerung des Qualitätsniveaus der Forschung ist dagegen empirisch erwiesen.

Die 1. Auflage dieses Buches erschien 2003. Bereits 10 Jahre später wurden die Vorbereitungen für eine 3. Auflage notwendig, was – auch gemessen an den Klassikern der Rechtsmedizin von Albert Ponsold und Otto Prokop, die jeweils in 17 bzw. 16 Jahren drei Auflagen erlebten – als Erfolg gewertet werden darf. Das von uns beschrittene Konzept fand inzwischen Nachahmer, die in Gliederung, Untergliederung der Kapitel, Strukturierung, Texten, Tabellen, Formulierungen bis in die Abbildungen

hinein unsere Vorlage ausbeuteten, ohne allerdings das von uns und unseren Co-Autoren vorgegebene Niveau zu erreichen. Wir sind zuversichtlich, dass sich auch in der Zukunft das Original als besser als die Kopie erweist.

Im Hinblick auf Vorlagenausbeutung schreibt bereits Ludwig Wittgenstein: „Sie (die Ausbeuter) zeigen dir einen Bund gestohlener Schlüssel, aber sie können keine Türen damit öffnen." (Ludwig Wittgenstein, 9. Februar 1949). Türen öffnen können natürlich nur die, die Konzept und Texte eigenständig erarbeitet haben, aber nicht die, die sie „mehr oder weniger verwässert oder verstümmelt in Umlauf" bringen (Wittgenstein).

An dieser Stelle soll nicht verhehlt werden, dass das national wie auch international wohl am meisten ausgebeutete Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin von Albert Ponsold auch heute noch hemmungslos ohne jedwede Zitation plagiiert[1] wird.

Dem Buch wünsche ich wiederum eine gute Aufnahme bei den Lesern. Möge es den in der Rechtsmedizin tätigen Ärzten und Naturwissenschaftlern bei der Qualifikation zum Sachverständigen nützlich sein und dem Juristen helfen, die richtigen Fragen zu stellen, um von einem Gutachten überzeugt zu sein.

Über Anregungen und Wünsche aus dem Kreis der Leserinnen und Leser würde ich mich sehr freuen.

Zu danken habe ich wiederum meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn, die mich bei der Neuauflage in bewährter Weise unterstützt haben, insbesondere Frau Elke Weinland. Meinen ärztlichen Mitarbeiterinnen, Frau Dr. Elke Doberentz, Frau Kirsten Wöllner, Frau Sarah Stockhausen, Frau Friederike Möhle und Herrn Jan Ortmann danke ich nicht nur für das Lesen der Korrekturen und die Erstellung des Sachverzeichnisses, sondern für ihre in jeder Hinsicht engagierte Zusammenarbeit, die mir die Konzentration auf die Neuauflage erst möglich machte.

Schließlich freue ich mich über die Bereitschaft vieler renommierter Kolleginnen und Kollegen zur Mitarbeit.

Burkhard Madea
Bonn, im Frühjahr 2014

1 Bereits in den Regeln für medizinische Wissenschaftler von Otto Prokop und Gerhard Uhlenbruck heißt es: „Schreibe ab und zu – aber nicht ab und zuviel." Allerdings gilt bis heute frei nach Wilhelm Busch: „Gedanken sind nicht stets parat, man schreibt auch wenn man keine hat" – nämlich ab.

Vorwort zur ersten Auflage

Die Rechtsmedizin hat in den letzten Jahren erhebliche Differenzierungen und Erweiterungen ihres Aufgabenspektrums erfahren, die teilweise deutlich über den tradierten Lehrkanon des Faches hinausgehen. Diese Fortschritte waren möglich durch die konsequente Implementierung moderner Analysenmethoden sowie systematische Untersuchungen zum Beweiswert medizinisch-naturwissenschaftlicher Untersuchungsbefunde für verschiedene rechtliche Fragestellungen. Verbesserte medizinisch-naturwissenschaftliche Aussagemöglichkeiten bedingen andererseits immer neue Anfragen und Anforderungen aus verschiedenen Rechtsgebieten an die Rechtsmedizin, die sich längst von einer „Hilfswissenschaft" von Ermittlungsbehörden und Justiz zu einem **autochthonen Forschungsgebiet** gewandelt hat, das in der kurativen Medizin kaum beachtete Fragestellungen *systematisch* bearbeitet. Der gesellschaftlicher Änderungen reflektierende Panoramawandel rechtsmedizinischer Aufgaben führte auch dazu, dass in älteren Lehrbüchern relativ breit dargestellte Sachverhalte wie etwa Kindstötung, illegaler Abort usw. heute von untergeordneter Bedeutung sind und hier nur gestreift werden konnten.

Ziel dieses Lehr- und Praxisbuches ist es, den derzeitigen Wissenskanon der Rechtsmedizin in einer zeitgemäßen und auf die Bedürfnisse des Arztes in Klinik und Praxis zugeschnittenen Weise dazustellen. Mit dem Untertitel **Befunderhebung – Rekonstruktion – Begutachtung**, der in den einzelnen Kapiteln aufgegriffen wird, soll der Duktus ärztlich-naturwissenschaftlicher Begutachtung verdeutlicht werden. Ziel von Herausgeber und Autoren war es, durch ihre Darstellung unter Begrenzung auf das Wesentliche **Verstehen** zu fördern, das den Arzt instand setzt, relevante Befunde zu erheben und zu deuten.

Für eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit von herausragender Bedeutung ist darüber hinaus die Kenntnis der Rolle des Arztes in unserer Rechtsordnung, die in den abschließenden Kapiteln dargestellt wird.

Um das Buch auch für Studenten und Ärzte in Österreich und der Schweiz nutzbar zu machen, wurden die einschlägigen Rechtsvorschriften unserer Nachbarländer aufgenommen.

Es wäre zu wünschen, wenn dieses Buch auch interessierten Juristen und Kriminalisten das Verständnis rechtsmedizinischer Fragestellungen und Aussagemöglichkeiten erleichtert, die oftmals verfahrensentscheidend sind; ein abschließendes Glossar soll hierbei helfen.

Zu danken habe ich dem Springer-Verlag für die Herausgabe des Buches und die effiziente Zusammenarbeit. Danken möchte ich darüber hinaus den Autoren, die neben ihrer Beanspruchung in Forschung, Lehre und Versorgungsaufgaben bereitwillig diese Zusatzarbeit, mit nicht immer ganz leicht zu erfüllenden Anforderungen an die didaktische Gestaltung der Kapitel, übernommen haben. Ganz herzlich danken möchte ich insbesondere den Mitarbeitern meines Institutes, allen voran meiner Sekretärin Frau Elke Weinland für die Schreibarbeiten, die redaktionelle Bearbeitung der Manuskripte und die Kommunikation mit Autoren und Verlag.

Mein Doktorand Marc Schlamann schließlich erstellte das Glossar und unterstützte mich mit konstruktiven Verbesserungsvorschlägen.

Burkhard Madea
Bonn, im Mai 2003

Kurzvita

Prof. Dr. med. Burkhard Madea

Geburtsdatum	8.6.1957
Geburtsort	Melle
Staatsangehörigkeit	Deutsch
1982	Approbation als Arzt
1984	Promotion zum Dr. med. an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen
1984–1985	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
1985–1991	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln
1989	Habilitation für das Fach Rechtsmedizin
1991	Arzt für Rechtsmedizin (ÄK Nordrhein)
1991	Ernennung zum Universitätsprofessor (C3) am Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln
1996	Ernennung zum Universitätsprofessor (C4) und Direktor des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Bonn, seitdem in dieser Funktion tätig

Inhaltsverzeichnis

1 Aufgaben und Struktur des Faches ... 1
B. Madea, P. Wiegand, F. Mußhoff
1.1 **Einleitung** ... 2
1.1.1 Geschichte der Lungenprobe ... 2
1.1.2 Geschichte der Gerichtsmedizin ... 2
1.1.3 Notwendigkeit rechtsmedizinischer Universitätsinstitute ... 2
1.2 **Geschichtliches** ... 3
1.3 **Aufgabenkomplexe** ... 4
1.3.1 Ärztlicher Bereich ... 4
1.3.2 Öffentliches Gesundheitswesen ... 5
1.3.3 Toxikologische Untersuchungen ... 5
1.3.4 Hämogenetik/Spurenkunde ... 6
1.3.5 Blutalkoholuntersuchungen ... 6
1.3.6 Konsiliarische Tätigkeit ... 6
1.3.7 Lehre ... 7
1.4 **Organisationsstruktur** ... 7
1.5 **Akkreditierung, Qualitätssicherung** ... 8
1.5.1 Akkreditierung ... 8
1.5.2 Akkreditierungsverfahren für forensische Laboratorien ... 9
1.5.3 Forensische Medizin ... 12
Literatur ... 13

2 Stellung und Aufgaben des rechtsmedizinischen Sachverständigen ... 17
B. Tag
2.1 **Überblick** ... 19
2.2 **Besondere Sachkunde** ... 19
2.3 **Sachverständige Zeugen** ... 19
2.4 **Aufgaben des Sachverständigen** ... 19
2.5 **Wirkung des Gutachtens für das Gericht** ... 20
2.5.1 Allgemein ... 20
2.5.2 Einbringen des Gutachtens in den Prozess ... 21
2.6 **Bestellung und Auswahl der Gutachter** ... 22
2.6.1 Allgemeines ... 22
2.6.2 Prozessuale Besonderheiten ... 23
2.6.3 Ablehnung der Gutachter ... 24
2.6.4 Pflicht zur Erstattung des Gutachtens ... 24
2.6.5 Gutachtenverweigerungsrecht ... 25
2.6.6 Entbindung von der Gutachtenspflicht ... 25
2.6.7 Anfechtung der richterlichen Entbindung ... 25
2.7 **Gutachtenerstellung** ... 25
2.7.1 Allgemeines ... 25
2.7.2 § 25 MBO-Ä ... 25
2.7.3 Anleitung des Sachverständigen durch das Gericht, § 404a ZPO, § 78 StPO ... 26
2.7.4 Abgrenzung Befundtatsachen – Zusatztatsachen ... 26
2.8 **Weitere Pflichten des Sachverständigen bei der Begutachtung** ... 27
2.8.1 Unverzügliche Prüfung des eigenen Fachgebiets ... 27
2.8.2 Pflicht zur persönlichen Gutachtenerstattung ... 27
2.8.3 Objektivität und Neutralität ... 28
2.8.4 Bindung an das Beweisthema ... 28
2.8.5 Grundsätzlich keine Stellungnahme zu Rechtsfragen ... 28

2.8.6 Aktuelles Fachwissen ... 29
2.8.7 Pflicht, vor dem Gericht zu Erscheinen ... 29
2.8.8 Schweigepflicht ... 29
2.8.9 Sanktionen ... 29
2.9 **Verantwortlichkeit des Sachverständigen** ... 30
2.9.1 Strafrechtliche Verantwortlichkeit ... 30
2.9.2 Zivilrechtliche Haftung ... 30
Literatur ... 31

3 Thanatologie ... 33
B. Madea, K. Jachau, S. Reibe, P. Schmidt, G. Kernbach-Wighton, O. Peschel, V. Henn, C. Meißner, M. Oehmichen, M. Thali, R. Lessig, S. Pollak, U. Zollinger
3.1 **Leichenschau** ... 36
3.1.1 Rechtsgrundlagen ... 37
3.1.2 Feststellung des Todes ... 45
3.1.3 Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart ... 50
3.1.4 Leichenerscheinungen und supravitale Reaktionen – Todeszeitbestimmung ... 60
3.1.5 Besondere Leichenschaukonstellationen ... 86
3.1.6 Untersuchung eines Tat- und Fundortes/Blutspurenanalyse ... 98
3.1.7 Feuerbestattungsleichenschau ... 110
3.1.8 Überlebende und Tote: Der Umgang mit Gestorbenen ... 111
3.2 **Sektionsrecht** ... 113
3.2.1 Sektionsarten und Rechtsgrundlagen in Deutschland ... 114
3.2.2 Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod ... 118
3.3 **Rechtsmedizinische Untersuchungen/Histologie, Immunhistologie, Molekularpathologie** ... 118
3.3.1 Indikation zur histologischen Untersuchung ... 119
3.3.2 Fixierung/Asservierung ... 119
3.3.3 Färbemethoden ... 121
3.3.4 Physikalische lichtoptische Spezialverfahren ... 122
3.3.5 Enzymhistochemie ... 122
3.3.6 Immunhistochemie ... 123
3.3.7 Molekularpathologie/-biologie ... 123
3.4 **Forensische Neuropathologie** ... 124
3.4.1 Kopfschwarte und Schädel ... 124
3.4.2 Dura mater ... 124
3.4.3 Epidurales Hämatom ... 124
3.4.4 Subdurales Hämatom ... 125
3.4.5 Traumatisches Hygrom ... 126
3.4.6 Traumatische Subarachnoidalblutung (SAB) ... 126
3.4.7 Verletzungen der intrakraniellen Gefäße ... 126
3.4.8 Offene Hirnverletzung ... 127
3.4.9 Gedeckte Hirnverletzung ... 127
3.4.10 ZNS-Folgeschäden nach Polytrauma ... 129
3.4.11 Hirnstammverletzungen ... 130
3.4.12 Gedeckte Rückenmarksverletzung ... 130
3.4.13 Offene Rückenmarksverletzung ... 130
3.4.14 Spezielle forensisch neuropathologische Befunde bei Kindern ... 130
3.4.15 Sauerstoffmangel des Gehirns ... 131
3.5 **Moderne forensische Bildgebung** ... 133
3.5.1 Einführung ... 133
3.5.2 Oberflächenscanning ... 133
3.5.3 Radiologische Bildgebung ... 133
3.5.4 Forensische Befunde bei Gewalteinwirkung ... 134

3.5.5 Forensisch relevante Körperregionen ... 136
3.5.6 Identifikation ... 138
3.5.7 Klinische Rechtsmedizin ... 139
3.6 **Identifikation** ... 140
3.6.1 Forensische Odontostomatologie ... 140
3.6.2 Forensische Osteologie ... 149
3.7 **Exhumierungen** ... 152
3.7.1 Anlässe, Fragestellungen und Umstände von Exhumierungen ... 153
3.7.2 Praktisches Vorgehen ... 154
3.7.3 Ergebnisse von Exhumierungen ... 155
3.8 **Rechtliche Regelung der Leichenschau und des Sektionswesens in Österreich** ... 156
3.8.1 Leichenschau ... 156
3.8.2 Sektionswesen ... 159
3.9 **Rechtslage in der Schweiz** ... 161
3.9.1 Die rechtliche Stellung der Leiche ... 161
3.9.2 Ärztliche Todesbescheinigung ... 162
3.9.3 Leichenschau ... 162
3.9.4 Der Begriff des „außergewöhnlichen Todesfalles“ ... 162
3.9.5 Die Meldepflicht an die Behörde ... 163
3.9.6 Die Legalinspektion ... 164
3.9.7 Veranlassung der Legalinspektion und der rechtsmedizinischen Obduktion bzw. postmortalen Bildgebung ... 164
3.9.8 Ärzte, welche Legalinspektionen vornehmen ... 165
3.9.9 Obduktionen in der Schweiz ... 165
Literatur ... 165

4 Traumatologie und gewaltsamer Tod ... 171
R. Wegener, H.-D. Wehner, B. Madea, M. Tsokos, H. Bratzke, M. Oehmichen, S. Pollak, H. Maxeiner†, W. Keil, M. Kettner, P. Schmidt, E. Lignitz, A. Thierauf, S. Banaschak, T. Bajanowski, G. Geserick, R. Lessig, V. Henn, C. Buschmann, C. Kleber
4.1 **Rechtsgrundlagen** ... 179
4.1.1 Vorbemerkung ... 179
4.1.2 Strafgesetzbuch (StGB) – Allgemeiner Teil ... 181
4.1.3 Strafgesetzbuch – Ausgewählte Tatbestände ... 181
4.2 **Kriminologie** ... 183
4.2.1 Einführung ... 183
4.2.2 Kriminalstatistik und ihre Kritik ... 184
4.2.3 Operative Fallanalyse (OFA) ... 185
4.3 **Allgemeine Traumatomechanik** ... 187
4.3.1 Zusammenhangstrennung durch Zugspannungseinwirkung ... 188
4.3.2 Zusammenhangstrennung durch Schubspannungseinwirkung ... 191
4.4 **Sekundärfolgen mechanischer Gewalteinwirkungen, Todesursachen** ... 191
4.4.1 Infektionen ... 193
4.4.2 Embolien ... 197
4.4.3 Schock ... 198
4.5 **Vitale Reaktionen und Zeitschätzungen** ... 198
4.5.1 Ereignisort und Spurenbild ... 199
4.5.2 Organsysteme ... 199
4.5.3 Biochemische Veränderungen im Blut – Pharmakokinetik ... 205
4.5.4 Histologische Untersuchungen ... 205
4.6 **Mechanische Insulte** ... 210
4.6.1 Stumpfe Gewalt ... 210
4.6.2 Scharfe Gewalt ... 228

4.7 **Schussverletzungen** ... 245
4.7.1 Einleitung ... 245
4.7.2 Waffen und Munition ... 245
4.7.3 Wundballistik ... 248
4.7.4 Einschuss und Ausschuss ... 253
4.7.5 Entfernungsabhängigkeit der Einschussbefunde ... 255
4.7.6 Innere Befunde ... 260
4.7.7 Viehbetäubungsapparate, Bolzensetzwerkzeuge ... 261
4.7.8 Kriminalistische Aspekte ... 261
4.7.9 Explosionsverletzungen ... 262
4.8 **Gewaltsame Erstickung** ... 262
4.8.1 Einleitung ... 262
4.8.2 Definitionen ... 265
4.8.3 Pathophysiologie des Erstickungstodes ... 267
4.8.4 Strangulation ... 273
4.8.5 Tod im Wasser ... 288
4.8.6 Höhentod und Barotrauma ... 297
4.9 **Thermische Energie** ... 302
4.9.1 Hitze: lokale Hitzeschäden, Verbrennungen und Verbrühungen ... 302
4.9.2 Kälte ... 318
4.10 **Elektrotraumen, Blitzschlag** ... 324
4.10.1 Einleitung ... 324
4.10.2 Stromwirkungen im Niederspannungsbereich ... 324
4.10.3 Elektroschocker und Taser ... 328
4.10.4 Stromwirkungen im Hochspannungsbereich ... 328
4.10.5 Blitzschlag ... 330
4.11 **Verhungern** ... 332
4.12 **Kindestötungen** ... 338
4.12.1 Rechtsmedizinische Untersuchung und Begutachtung ... 339
4.13 **Tod in der Schwangerschaft** ... 344
4.13.1 Einleitung ... 344
4.13.2 Schwangerschaft als physiologischer Prozess mit spezifischen Gefahren ... 344
4.13.3 Extrauteringravidität ... 345
4.13.4 Abort ... 346
4.13.5 Schwangerschaftsabbruch (induzierter Abort; Abruptio graviditatis) ... 347
4.13.6 Tod in der Spätschwangerschaft (5.–10. Monat) ... 349
4.13.7 Tod unter der Geburt ... 349
4.13.8 Tod im Wochenbett ... 350
4.13.9 Indirekt gestationsbedingte mütterliche Todesfälle ... 351
4.13.10 Nicht gestationsbedingte mütterliche Sterbefälle ... 351
4.13.11 Untersuchung der toten Schwangeren resp. Wöchnerin ... 352
4.13.12 Untersuchung der Totgeburt bzw. des toten Neugeborenen ... 353
4.13.13 Untersuchung von Plazenta, Nabelschnur und Eihaut ... 356
4.14 **Tödliche Unfälle bei autoerotischer (autosexueller) Betätigung** ... 357
4.14.1 Rechtliche Grundlagen ... 357
4.14.2 Grundlagen ... 358
4.14.3 Typische Auffindungssituation ... 358
4.14.4 Häufige Todesursachen und Befunde ... 358
4.15 **Tod in abnormer Körperposition – physical restraint** ... 360
4.15.1 Haltungsbedingte Asphyxie ... 360
4.15.2 Rechtsmedizinische Untersuchungsbefunde ... 361
4.15.3 Traumatische Asphyxie ... 361

4.15.4 Todesfälle nach mechanischer Fixierung erregter Personen ... 362
4.15.5 Plötzliche Todesfälle mechanisch fixierter Krankenhauspatienten ... 364
4.15.6 Tod in aufrechter Körperposition ... 364
4.15.7 Kreuzigung ... 364
4.15.8 Tod in Kopftieflage ... 365
4.16 **Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen** ... 366
4.16.1 Häufigkeit von Medizinschadensfällen ... 366
4.16.2 Daten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ... 367
4.16.3 Daten rechtsmedizinischer Institute ... 369
4.16.4 Verfahrensausgang ... 372
4.16.5 Rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen ... 372
4.16.6 Besondere Problembereiche ... 373
4.17 **Massenkatastrophen** ... 378
4.17.1 Einleitung ... 378
4.17.2 Historie ... 378
4.17.3 Katastrophenarten ... 379
4.17.4 Standards ... 379
4.18 **Verletzungen durch Tiere** ... 381
4.18.1 Einleitung ... 381
4.18.2 Überlebte Bissverletzungen ... 381
4.18.3 Tödliche Verletzungen ... 382
4.18.4 Postmortaler Tierfraß ... 383
4.19 **Spezialfragen bei der Begutachtung nichtnatürlicher Todesfälle** ... 385
4.19.1 Unterscheidung vitaler und postmortaler Verletzungen ... 385
4.19.2 Konkurrenz und Koinzidenz von Todesursachen ... 385
4.19.3 Priorität von Verletzungen ... 386
4.19.4 Handlungsfähigkeit nach Verletzungen ... 387
4.19.5 Leichenbeseitigung und Leichenzerstückelung ... 388
4.19.6 Tötungsdelikte durch Tritte ... 393
4.20 **Reanimation und Reanimationsverletzungen** ... 396
4.20.1 Einleitung ... 396
4.20.2 (Früh-)Defibrillation ... 396
4.20.3 Manuelle/mechanische externe Herzdruckmassage ... 397
4.20.4 Atemwegssicherung ... 399
4.20.5 Supraglottische Atemwegshilfen ... 401
4.20.6 Medikamenten- und Volumenapplikation ... 402
4.20.7 Reanimation und Thoraxdekompression ... 403
4.20.8 Fazit für die rechtsmedizinische Praxis ... 406
Literatur ... 407

5 Plötzliche und unerwartete Todesfälle aus innerer Ursache ... 419
K. Püschel, T. Bajanowski, M. Vennemann, G. Kernbach-Wighton, B. Madea
5.1 **Definition, allgemeine Aspekte** ... 423
5.2 **Phänomenologie, kriminalistische Aspekte** ... 424
5.3 **Spezielle Fallgruppen** ... 424
5.4 **Untersuchungsmethodik** ... 426
5.4.1 Bildgebende Verfahren ... 426
5.4.2 Molekulare Autopsie/genetische Ursachen ... 432
5.5 **Statistische Häufigkeiten** ... 433
5.6 **Kardiovaskuläres System** ... 433
5.6.1 Erkrankungen der Koronararterien, Myokardinfarkt ... 434
5.6.2 Hypertensive Herzerkrankung ... 436
5.6.3 Entzündliche Herzerkrankungen ... 436

5.6.4 Herzklappenfehler ... 437
5.6.5 Kardiomyopathien ... 438
5.6.6 Reizleitungssystem und plötzlicher Tod ... 439
5.6.7 Herzschrittmacher, implantierbare Defibrillatoren und Ereignisrekorder ... 440
5.6.8 Zustand nach Herzoperationen ... 440
5.6.9 Herztumoren ... 441
5.6.10 Angeborene kardiovaskuläre Anomalien ... 441
5.6.11 Cor pulmonale ... 441
5.6.12 Aneurysmen als Ursache des plötzlichen Todes ... 441
5.6.13 Lungenembolie ... 442
5.7 **Respirationstrakt** ... 442
5.7.1 Pneumonie ... 442
5.7.2 Asthma bronchiale ... 443
5.8 **Gastrointestinaltrakt** ... 443
5.9 **Urogenitalsystem** ... 444
5.10 **Endokrines System** ... 445
5.11 **Zentrales Nervensystem** ... 446
5.11.1 Gefäßprozesse, Blutungen ... 446
5.11.2 Entzündliche Erkrankungen ... 447
5.11.3 Tumoren ... 447
5.11.4 Anfallsleiden ... 447
5.12 **Infektionskrankheiten und Sepsis** ... 448
5.13 **Allergie-Todesfälle, Insektenstiche** ... 448
5.14 **„Psychogener" Tod** ... 449
5.15 **Hämorrhagische Diathese/fatale Blutungen** ... 449
5.16 **Säuglinge und Kleinkinder** ... 449
5.16.1 Plötzlicher Säuglingstod ... 450
5.16.2 Andere natürliche Ursachen des plötzlichen Todes im Säuglings- und Kleinkindesalter ... 456
5.16.3 Nichtnatürlicher Tod ... 458
5.16.4 Untersuchung von plötzlichen und unerwarteten Todesfällen im Säuglings- und Kleinkindesalter ... 459
5.17 **Postmortal-biochemische Diagnostik** ... 459
5.17.1 Geeignete Analysensubstrate ... 460
5.17.2 Entgleisungen des Glukosestoffwechsels ... 460
5.17.3 Funktionsstörungen des Leberstoffwechsels ... 462
5.17.4 Nierenfunktionsstörungen ... 463
5.17.5 Tod im Hocherregungszustand und durch Hypothermie ... 465
5.17.6 Zusammenfassende Betrachtung und Fazit für die Praxis ... 466
5.18 **Tod im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit** ... 467
5.18.1 Alkoholbedingte Todesfälle ... 467
5.18.2 Drogentodesfälle ... 471
Literatur ... 474

6 Klinische Rechtsmedizin und forensisch-klinische Untersuchungen ... 477
G. Kernbach-Wighton, S. Banaschak, B. Madea, S. Pollak, A. Thierauf, M. Tsokos, G. Geserick, A. Schmeling, K.-S. Saternus
6.1 **Notzuchtdelikte und forensische Sexualmedizin** ... 480
6.1.1 Zur Rolle von Ärztin bzw. Arzt im Ermittlungsverfahren ... 480
6.1.2 Strategische Überlegungen und psychologische Aspekte ... 480
6.1.3 Körperliche Untersuchung ... 481
6.1.4 Sicherung forensisch relevanter Spuren ... 484
6.1.5 Untersuchung von Tatverdächtigen ... 485
6.1.6 Weitere Maßnahmen bei der Untersuchung ... 486
6.1.7 Weitere Gesichtspunkte forensischer Sexualmedizin ... 486

6.2 **Kindesmisshandlung** ... 487
6.2.1 Einführung ... 487
6.2.2 Verletzungen/Verletzungsmuster bei Kindesmisshandlung ... 493
6.2.3 Tödliche Kindesmisshandlung ... 502
6.3 **Missbrauch von Kindern** ... 506
6.3.1 Definition, Epidemiologie und Statistik ... 506
6.3.2 Strafrechtliche Ahndung ... 506
6.3.3 Körperliche Untersuchung ... 507
6.3.4 Sexuell übertragbare Erkrankungen ... 512
6.3.5 Maßnahmen der Beweissicherung ... 513
6.4 **Körperliche Vernachlässigung** ... 514
6.5 **Münchhausen-by-proxy-Syndrom** ... 516
6.6 **Körperverletzung** ... 520
6.6.1 Straftatbestände ... 520
6.6.2 Strafprozessuale Bestimmungen ... 523
6.6.3 Zivilrechtliche Ansprüche ... 524
6.6.4 Rechtsgrundlagen in Österreich ... 525
6.6.5 Rechtsmedizinische Aspekte bei der Untersuchung und Dokumentation von Körperverletzungen ... 526
6.6.6 Überlebte Strangulation ... 528
6.6.7 Abwehrverletzungen ... 530
6.6.8 Weitere Besonderheiten bei Körperverletzungen durch fremde Hand ... 530
6.7 **Misshandlung älterer Personen** ... 532
6.7.1 Körperliche Gewalt ... 532
6.7.2 Vernachlässigung ... 534
6.7.3 Pflegeschäden ... 536
6.7.4 Medikamentöse Ruhigstellung älterer Menschen ... 536
6.7.5 Differenzialdiagnosen: Misshandlung vs. Pathologien aus innerer Ursache ... 537
6.7.6 Ausblick ... 538
6.8 **Selbstbeschädigung** ... 538
6.8.1 Rechtliche Grundlagen ... 538
6.8.2 Ursachen von Selbstbeschädigungen ... 539
6.8.3 Differenzialdiagnose selbstbeigebrachter Verletzungen ... 541
6.9 **Forensische Altersdiagnostik bei Lebenden** ... 544
6.9.1 Rechtliche Grundlagen ... 544
6.9.2 Medizinische Methodik der Altersschätzung ... 545
6.9.3 Der Einfluss der ethnischen Zugehörigkeit ... 549
6.9.4 Qualitätssicherung ... 550
6.10 **Schleudertrauma** ... 552
6.10.1 Rechtliche Grundlagen ... 552
6.10.2 Grundlagen ... 552
6.10.3 Grenzwerte ... 552
6.10.4 Das so genannte „typische Schleudertrauma“ ... 553
6.10.5 Schleudertrauma bei Frontalkollision ... 556
6.10.6 Gemischtes Schleudertrauma ... 558
6.11 **Zur Fürsorge und Betreuung Angehöriger nach Sterbefällen** ... 559
6.11.1 Feststellung und Mitteilung des Todes ... 559
6.11.2 Zur Aufklärung über die Todesart ... 560
6.11.3 Erläuterung des formalen Procedere und polizeilicher Ermittlungen ... 560
6.11.4 Begleitung und Betreuung von Angehörigen ... 560
6.11.5 Abschiednahme als besonderer Problembereich ... 561
Literatur ... 562

7 Forensische Psychopathologie ... 569
H.-L. Kröber
7.1 **Einführung** ... 572
7.2 **Rechtliche Grundlagen** ... 572
7.2.1 Strafrechtlicher Bereich ... 572
7.2.2 Andere Rechtsgebiete ... 577
7.3 **Methodik der forensisch-psychiatrischen Begutachtung** ... 580
7.4 **Psychiatrische diagnostische Systematik** ... 581
7.5 **Organisch bedingte psychische Störungen** ... 582
7.5.1 Akute und chronische, organische psychische Störungen ... 582
7.5.2 Überdauernde organische psychische Störungen ... 583
7.5.3 Akute organische psychische Störungen: Rauschzustände ... 584
7.6 **Sucht** ... 586
7.6.1 Krankheitsbild und Komplikationen ... 587
7.6.2 Kriminologische Relevanz ... 588
7.6.3 Psychiatrische Kriterien zur Beurteilung der Schuldfähigkeit bei Drogeneinfluss ... 588
7.7 **Schizophrene Störungen** ... 589
7.7.1 Kriminologische Relevanz ... 590
7.7.2 Diagnostik und Symptomatik der Schizophrenien ... 591
7.7.3 Kriminologisch relevante Manifestationsformen ... 593
7.8 **Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Deviationen** ... 593
7.8.1 Persönlichkeitsstörungen ... 593
7.8.2 Sexuelle Störungen ... 595
7.9 **Weitere psychische Störungen und Beeinträchtigungen** ... 596
7.10 **Mindestanforderungen bei Begutachtungen** ... 596
Literatur ... 598

8 Toxikologie ... 599
F. Mußhoff, B. Madea, C. Heß
8.1 **Allgemeines** ... 602
8.2 **Gesetzliche Grundlagen bei Vergiftungsverdacht** ... 603
8.2.1 Allgemeine gesetzliche Grundlagen bei Vergiftung ... 603
8.2.2 Rechtliche Grundlage bei Umweltstraftaten ... 604
8.2.3 Rechtliche Grundlage bei verkehrsmedizinischen Fragestellungen ... 604
8.2.4 Schuldfähigkeitsfragen bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum ... 604
8.2.5 Rechtsfragen bei Drogenmissbrauch ... 605
8.3 **Epidemiologie der Vergiftung** ... 611
8.4 **Toxikokinetik, Toxikodynamik** ... 613
8.4.1 Arten und Charakteristika von Wirkungen ... 613
8.4.2 Wirkungen des Organismus auf Stoffe ... 618
8.4.3 Pharmako-/toxikokinetische Parameter ... 626
8.4.4 Pharmakokinetische Modelle ... 627
8.5 **Entstehung und Verfolgung eines Vergiftungsverdachtes** ... 629
8.5.1 Vergiftungssymptome und klinische Toxikologie ... 630
8.5.2 Forensische Fragestellungen bei Lebenden ... 633
8.5.3 Leichentoxikologie ... 635
8.5.4 Möglichkeiten der postmortal-biochemischen Diagnostik ... 640
8.6 **Chemisch-toxikologische Analyse** ... 642
8.6.1 Untersuchungsmaterial ... 643
8.6.2 Substanznachweis im Urin ... 643
8.6.3 Substanznachweis im Blut ... 644
8.6.4 Substanznachweis in Haaren ... 644

8.6.5 Substanznachweis in Speichel und Schweiß ... 645
8.6.6 Analysenmethoden ... 646
8.6.7 Chromatographische Analysenverfahren ... 649
8.7 **Spezielle Toxikologie** ... 650
8.7.1 Illegale Drogen ... 650
8.7.2 Cannabisprodukte ... 652
8.7.3 Heroin (Opiate) ... 656
8.7.4 Cocain ... 658
8.7.5 Amphetamin und Designer-Drogen ... 660
8.7.6 Kath und Cathinon-Derivate ... 663
8.7.7 Piperazin-Derivate ... 664
8.7.8 Tryptamin-Derivate ... 664
8.7.9 Forensisch relevante Arzneimittel ... 664
8.8 **Doping** ... 676
8.9 **Schädlingsbekämpfungsmittel** ... 678
8.10 **Gase, Dämpfe, organische Lösungsmittel** ... 678
8.10.1 Kohlenmonoxid ... 678
8.10.2 Kohlendioxid ... 681
8.10.3 Schwefelwasserstoff ... 681
8.10.4 Cyanwasserstoff (HCN) und Cyanide ... 682
8.11 **Organische Lösungsmittel** ... 683
8.11.1 Aliphatische Kohlenwasserstoffe (Alkane, Alkene, Isoalkane) ... 683
8.11.2 Aromatische Kohlenwasserstoffe (Benzol, Toluol und andere Alkylbenzole) ... 683
8.11.3 Alkohole ... 684
8.11.4 Chlorierte Kohlenwasserstoffe ... 685
8.12 **Anorganische Substanzen** ... 685
8.13 **Haushaltschemikalien** ... 685
8.14 **Natürliche Gifte** ... 685
8.15 **K.o.-Mittel** ... 688
8.16 **Vergiftete Lebensmittel und „Umwelttoxikologie"** ... 690
Literatur ... 691

9 Verkehrsmedizin ... 693
F. Mußhoff, C. Heß, B. Madea, H.-D. Wehner, W. Huckenbeck, P. Gabriel, S. Pollak
9.1 **Allgemeine rechtliche Grundlagen** ... 697
9.2 **Alkohol und Drogen im Straßenverkehr** ... 700
9.2.1 Definitionen Fahrfertigkeit/Fahreignung/Fahrsicherheit ... 700
9.2.2 Spezielle rechtliche Grundlagen ... 701
9.2.3 Polizeiliche Verdachtsgewinnung und Beweissicherung ... 703
9.3 **Alkohol** ... 707
9.3.1 Pharmakokinetik des Ethanols ... 707
9.3.2 Nachtrunk ... 714
9.3.3 Ethanolnachweis ... 716
9.3.4 Ethanolwirkungen ... 719
9.3.5 Durch Ethanol bedingte Fahruntüchtigkeit ... 726
9.3.6 Sonstige Tatbestände des § 315c StGB ... 727
9.4 **Drogen** ... 729
9.4.1 Cannabis ... 729
9.4.2 Opiate/Opioide ... 733
9.4.3 Cocain ... 736
9.4.4 Amphetamin und Designer-Amphetamine ... 739
9.4.5 Halluzinogene ... 742
9.4.6 Schnüffel- und Inhalationsstoffe ... 743

9.5 **Medikamente** ... 745
9.5.1 Rechtliche Grundlagen ... 745
9.5.2 Hinweise für Ärzte und Patienten ... 746
9.5.3 Verkehrsmedizinisch besonders relevante Arzneimittelgruppen ... 747
9.6 **Krankheiten und andere Determinanten** ... 759
9.6.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Herzrhythmusstörungen ... 759
9.6.2 Epilepsie und Fahreignung ... 761
9.6.3 Diabetes mellitus ... 762
9.6.4 Schlafapnoe ... 762
9.7 **Der Verkehrsunfall** ... 763
9.7.1 Pkw-Fußgänger-Unfall ... 763
9.7.2 Pkw-Pkw-Kollision ... 769
9.7.3 Zweirad-Pkw-Unfall ... 772
9.8 **Fahreridentifizierung anhand von Messphotos** ... 773
9.8.1 Grundlagen des Lichtbildvergleichs ... 773
9.8.2 Vorgehen bei der Begutachtung ... 774
9.9 **Alkohol und Verkehrsstrafrecht in Österreich** ... 777
9.9.1 Straßenverkehrsordnung ... 777
9.9.2 Strafgesetzbuch (StGB) ... 780
Literatur ... 782

10 Forensische Molekulargenetik ... 785
P.M. Schneider
10.1 **Einführung** ... 787
10.2 **Forensische Spurenkunde** ... 787
10.2.1 Rechtliche Grundlagen ... 788
10.2.2 Biologisch-naturwissenschaftliche Grundlagen ... 790
10.2.3 Methodische Grundlagen ... 792
10.2.4 Praxis der spurenkundlichen Untersuchung ... 796
10.2.5 Das spurenkundliche Gutachten ... 812
10.3 **Forensische Paternitätsbegutachtung** ... 816
10.3.1 Rechtliche Grundlagen ... 816
10.3.2 Biologisch-naturwissenschaftliche Grundlagen ... 822
10.3.3 Methodische Grundlagen ... 825
10.3.4 Praxis der genetischen Untersuchungen zur Klärung der Abstammung ... 827
10.3.5 Das Abstammungsgutachten ... 830
Literatur ... 833

11 Rechtsmedizinische Aspekte des Arztrechtes ... 835
B. Tag
11.1 **Leichenwesen** ... 836
11.1.1 Rechtsgrundlagen des Leichenwesens ... 836
11.1.2 Definition und rechtliche Stellung der Leiche ... 836
11.1.3 Rechtsstatus der Leiche ... 836
11.1.4 Strafrechtlicher Schutz der Leiche ... 837
11.1.5 Totensorgerecht ... 838
11.1.6 Todesfall: Anzeigepflichten/Fristen/Form ... 839
11.1.7 Leichenschau ... 840
11.1.8 Leichentransport ... 845
11.2 **Sektion** ... 845
11.2.1 Begriffe, Zwecke ... 845
11.2.2 Klinische Sektion ... 845

11.2.3 Rechtsmedizinische Sektion ... 845
11.2.4 Anatomische Sektion ... 846
11.2.5 Weitere Sektionsarten ... 846
11.2.6 Rückgang der Autopsiezahlen ... 846
11.2.7 Rechtsrahmen ... 846
11.3 **Transplantation** ... 849
11.3.1 Transplantationsgesetz – Regelungszuständigkeit ... 849
11.3.2 Transplantationsgesetz – Regelungsbereich ... 849
Literatur ... 853

12 Versicherungsmedizin, Begutachtungskunde ... 855
K. Püschel
12.1 **Einführung** ... 857
12.1.1 Begriffsdefinition ... 857
12.1.2 Begutachtungskunde ... 858
12.2 **Sektionen für gerichtliche und private Versicherungen** ... 858
12.2.1 Auftrag durch Unfallversicherungsträger ... 858
12.2.2 Sektionen für Berufsgenossenschaften ... 859
12.3 **Selbstbeschädigung** ... 860
12.3.1 Historie ... 860
12.3.2 Rechtliche Aspekte (AUB, Unfreiwilligkeitsvermutung) ... 861
12.3.3 Ablauf der Schadensregulierung bzw. der Begutachtung ... 862
12.3.4 Versicherungsbetrug durch Simulation und Selbstbeschädigung ... 863
Literatur ... 865

13 Besondere Rechtsvorschriften in der Schweiz und in Österreich ... 867
U. Zollinger, M. Haag, S. Pollak
13.1 **Rechtsvorschriften in der Schweiz** ... 868
13.1.1 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) ... 868
13.1.2 Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB, Ausgabe 2007) ... 869
13.1.3 Schweizerische Strafprozessordnung (StPO) 2007, eingeführt 2011 ... 874
13.1.4 Ärztliche Meldepflichten und Melderechte ... 875
13.1.5 Melderecht von nicht fahrgeeigneten Personen an Straßenverkehrsamt oder Kantonsarzt ... 875
13.1.6 Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Stand August 2013) ... 876
13.1.7 Rechtliche Grundlagen betreffend Verkehrsmedizin ... 876
13.2 **Medizinisch relevante Rechtsvorschriften in Österreich** ... 880
13.2.1 Einleitung ... 880
13.2.2 Wichtige Bestimmungen des Ärztegesetzes (ÄrzteG 1998) ... 880
13.2.3 Wichtige Bestimmungen des Strafgesetzbuches ... 886
13.2.4 Gerichtsmedizinisch bedeutsame Einzelfragen ... 899
Literatur ... 905

Serviceteil ... 907
Glossar ... 908
Weiterführende Literatur (Lehrbücher und Atlanten) ... 924
CME-Beiträge aus der Zeitschrift „Rechtsmedizin" (2001–2013) ... 927
Stichwortverzeichnis ... 929

Autorenverzeichnis

Bajanowski, Thomas, Prof. Dr. med.
Direktor des Institutes für Rechtsmedizin des
Universitätsklinikums Essen
Hufelandstr. 55
45127 Essen
thomas.bajanowski@uk-essen.de

Banaschak, Sibylle, Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln
Melatengürtel 60–62
50823 Köln
Sibylle.Banaschak@uk-koeln.de

Bratzke, Hansjürgen, Prof. Dr. med.
Zentrum der Rechtsmedizin
der Universität Frankfurt a. M.
Kennedyallee 104
60596 Frankfurt
bratzke@em.uni-frankfurt.de

Buschmann, Claas T., PD Dr. med.
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Rechtsmedizin
Turmstr. 21, Haus N
10559 Berlin
Claas.Buschmann@charite.de

Gabriel, Peter, Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
peter.gabriel@uni-duesseldorf.de

Geserick, Gunther, Prof. Dr. med.
ehem. Direktor des Institutes für Rechtsmedizin
Humboldt-Universität Berlin
Zähringerstr. 34
10707 Berlin
gunges@web.de

Haag-Dawoud, Munira, Dr. med.
Verkehrsmedizin & Forensische Psychiatrie
Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin
Kurvenstrasse 31
8006 Zürich
Munira.Haag@irm.uzh.ch

Henn, Véronique, Dr. med.
Institut für Pathologie
Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14
58515 Lüdenscheid
prof.lignitz@gmx.de

Heß, Cornelius, Dr. rer. nat.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
cohess@uni-bonn.de

Huckenbeck, Wolfgang, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin der
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
huckenbeck@med.uni-duesseldorf.de

Jachau, Katja, Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Magdeburg
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Katja.Jachau@Medizin.Uni-Magdeburg.de

Keil, Wolfgang, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität München
Frauenlobstr. 7a
80337 München
keil@rechts.med.uni-muenchen.de

Kernbach-Wighton, Gerhard, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
gkwighto@uni-bonn.de

Kettner, Mattias, Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Homburg-Saar
6642 Homburg/Saar
mattias.kettner@uks.eu

Kleber, Christian, Dr. med.
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
christian.kleber@charite.de

Kröber, Hans-Ludwig, Prof. Dr. med.
Institut für Forensische Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Oranienburger Str. 285
13437 Berlin
hans-ludwig.kroeber@charite.de

Lessig, Rüdiger, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Halle
Franzosenweg 1
6112 Halle (Saale)
ruediger.lessig@uk-halle.de

Lignitz, Eberhard, Prof. Dr. med.
ehem. Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Greifswald
Werdohler Str. 52
58511 Lüdenscheid
prof.lignitz@gmx.de

† Maxeiner, Helmut, Prof. Dr. med.
ehem. Institut für Rechtsmedizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Madea, Burkhard, Prof. Dr. med.
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
b.madea@uni-bonn.de

Meissner, Christoph, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Kahlhorststraße 31-35
23562 Lübeck
Christoph.Meissner@uk-sh.de

Mußhoff, Frank, Prof. Dr. rer. nat.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
f.musshoff@uni-bonn.de

Oehmichen, Manfred, Prof. Dr. med.
ehem. Direktor der Institute für Rechtsmedizin
Universitäten Kiel und Lübeck
Im Brandenbaumer Feld 39
23564 Lübeck
moehmichen@gmx.de

Peschel, Oliver, PD Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität München
Frauenlobstr. 7a
80337 München
Oliver.Peschel@med.uni-muenchen.de

Püschel, Klaus, Prof. Dr. med.
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Butenfeld 34
22529 Hamburg
pueschel@uke.uni-hamburg.de

Pollak, Stefan, Prof. Dr. med., Drs. h.c.
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Freiburg
Albertstr. 9
79104 Freiburg
legalmed@sun11.ukl.uni-freiburg.de

Reibe, Saskia, Dr. rer. nat.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
sreibe@googlemail.com

Saternus, Klaus-Steffen, Prof. Dr. med. Dr. jur. h.c.
Rechtsmedizin Kassel
Germaniastraße 7–9
34119 Kassel
Saternus@t-online.de

Schmeling, Andreas, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Münster
Röntgenstr. 23
48149 Münster
Andreas.Schmeling@ukmuenster.de

Schmidt, Peter, Prof. Dr. med.
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Homburg-Saar
6642 Homburg/Saar
peter.schmidt@uks.eu

Schneider, Peter M., Prof. Dr. rer. nat.
Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln
Melatengürtel 60–62
50823 Köln
peter.schneider@uk-koeln.de

Tag, Brigitte, Prof. Dr. iur. utr.
Rechtswissenschaftliche Fakultät
Universität Zürich
Freiestr. 15
8032 Zürich
brigitte.tag@rwi.uzh.ch

Thali, Michael, Prof. Dr. med.
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Zürich
Winterthurstrasse 190/52
8057 Zürich
michael.thali@irm.uzh.ch

Thierauf-Emberger, Annette, Prof. Dr. med.
Instituts für Rechtsmedizin
Universität Freiburg
Albertstr. 9
79104 Freiburg
annette.thierauf@uniklinik-freiburg.de

Tsokos, Michael, Prof. Dr. med.
Direktor des Institutes für Rechtsmedizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Turmstr. 21 (Haus L)
10559 Berlin
Michael.Tsokos@charite.de

Vennemann, Mechthild, Prof. Dr. med.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Münster
Röntgenstr. 23
48149 Münster

Wegener, Rudolf, Prof. Dr. med.
ehem. Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Rostock
Goethestr. 28
14163 Berlin
rudwegener@yahoo.de

Wehner, Heinz-Dieter, Prof. Dr. med. Dipl. Phys.
ehem. Direktor des Instituts für Gerichtliche Medizin
Universität Tübingen
Postfach 2603
72016 Tübingen
herrmann@grus.info

Wiegand, Peter, Prof. Dr. rer. nat.
Institut für Rechtsmedizin
Universität Ulm
Prittwitzstr. 6
89075 Ulm
peter.wiegand@uniklinik-ulm.de

Zollinger, Ulrich, Prof. em. Dr. med.
ehem. Co-Direktor Institut für Rechtsmedizin
Universität Bern, ForensiCons
Aebnitweg 44
3068 Utzigen
ulrich.zollinger@bluewin.ch

Aufgaben und Struktur des Faches

B. Madea, P. Wiegand, F. Mußhoff

1.1 Einleitung – 2
1.1.1 Geschichte der Lungenprobe – 2
1.1.2 Geschichte der Gerichtsmedizin – 2
1.1.3 Notwendigkeit rechtsmedizinischer Universitätsinstitute – 2

1.2 Geschichtliches – 3

1.3 Aufgabenkomplexe – 4
1.3.1 Ärztlicher Bereich – 4
1.3.2 Öffentliches Gesundheitswesen – 5
1.3.3 Toxikologische Untersuchungen – 5
1.3.4 Hämogenetik/Spurenkunde – 6
1.3.5 Blutalkoholuntersuchungen – 6
1.3.6 Konsiliarische Tätigkeit – 6
1.3.7 Lehre – 7

1.4 Organisationsstruktur – 7

1.5 Akkreditierung, Qualitätssicherung – 8
1.5.1 Akkreditierung – 8
1.5.2 Akkreditierungsverfahren für forensische Laboratorien – 9
1.5.3 Forensische Medizin – 12

Literatur – 13

B. Madea (Hrsg.), *Rechtsmedizin,*
DOI 10.1007/978-3-662-43500-7_1, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

1.1 Einleitung

B. Madea

1.1.1 Geschichte der Lungenprobe

Vorgeschichte: Die Geschichte der praktischen Verwertung beginnt mit Schreyer und Thomasius. Es ist sehr bezeichnend, dass gleich bei der ersten praktischen Verwertung Justiz und Medizin Hand in Hand arbeiten. Dass sofort ein Streit beginnt, ist nur ein Beweis für die Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit der deutschen Justiz und Medizin.

Sektionsergebnis: Bei einer zufälligen Reise kam der Stadt- und Landphysikus Dr. Johann Schreyer am 8. Oktober 1681 zur Untersuchung eines Kindes. Die Sektion wurde als eine eines Doktors unwürdige Leistung von einem Barbier gemacht. Das Kind hatte 11 Wunden, war zum Teil durch und durch gestochen (mit einem Bratspieß). Schreyer stellte die Lungenprobe an und entschied darauf, dass das Kind tot geboren sei. Die Verteidigung der Beschuldigten Anna Voigt übernahm Christian Thomasius, der bekannte Rechtslehrer, der Vorkämpfer gegen den Aberglauben und die Barbarei der Justiz, der Feind der Leipziger Orthodoxie. Thomasius verschaffte sich verschiedene Gutachten, zuerst eines von Schreyer (4. Februar 1683), dann von Rivinus und Lange (10. November 1683 und 18. Juli 1683). Beide Leipziger Professoren stimmten mit Schreyer überein und stellten zur Bekräftigung Experimente an. Namentlich zeigten sie, dass durch Fäulnis das Resultat der Lungenprobe nicht alteriert werde. Auch die Frankfurter medizinische Fakultät gab ein Gutachten ab (4. Januar 1684). Thomasius hatte große Mühe, denn die Akten wurden vom Leipziger Gericht nicht herausgegeben, so dass Thomasius einen Auszug anfertigen musste. Die Frankfurter Fakultät stimmte ebenfalls zu und nannte das Untersinken der Lunge ein Maxime probabile indicium der Totgeburt. Nunmehr wurde von den Leipziger Schöffen noch ein Gutachten darüber eingefordert, ob, wenn ein Stück der Lunge untersinkt, auch dieser Umstand beweisend ist. Das darauf von der Wittenberger medizinischen Fakultät (30. August 1684) eingegangene Gutachten steht völlig auf der Höhe der Wissenschaft und hat schon damals die wichtigsten Einwürfe gegen die Lungenprobe, Einwürfe, die Jahrhunderte lang diskutiert sind und noch diskutiert werden. (H. Fritsch, 1901)

1.1.2 Geschichte der Gerichtsmedizin

Die Geschichte der Gerichtsmedizin fasziniert als ein wenig bekanntes Gebiet voller ergiebiger Quellen und Fundstellen, reich an ungehobenen Schätzen – Schätze sowohl rein medizinisch-historischer Art als auch, und nicht ohne Zusammenhang damit, Schätze von weiterem Interesse.

Einmal vermittelt die historische Arbeit im Feld der Gerichtsmedizin besonders klare und direkte, oft erschütternde Blicke auf die Sozialgeschichte der Medizin im weitesten Sinne, auf Alltag und Mentalität, Fragen und Selbstverständlichkeiten unserer Vorfahren. Sie zeigt medizinisches Denken und Handeln in seiner über das rein Medizinische weit hinausgehenden Verflochtenheit mit seiner sozialen und historischen Situation, in seiner Auseinandersetzung und im Umgang mit den Wissenschaften und Instanzen seiner Zeit, mit Konkurrenten, Kranken, Förderern, mit Behörden und Institutionen, Normen und Werten. Zum anderen birgt die Geschichte der Gerichtsmedizin Schätze speziell medizinisch-wissenschaftshistorischer Art. Es treten da nämlich viele Entwicklungen der Medizin früher zu Tage als in der Medizin im Allgemeinen, und so findet man da zu manchen Kapiteln der allgemeinen Medizingeschichte besonders frühe und oftmals unerschlossene Materialien. Zum Beispiel greift in der gerichtlichen Medizin der anatomische Gedanke um sich: Lange bevor die Anatomie mit und durch Vesal zur offiziellen medizinischen Grundlagenwissenschaft wird, ist der pathologisch-anatomische Gedanke in der gerichtsmedizinischen Literatur geläufig, lange bevor er mit und nach Morgagni zum integrierenden Bestandteil medizinischen Denkens überhaupt wird. So haben die medizinische Chirurgie, aber auch die medizinische Frauenheilkunde, Chemie, Psychologie, die Simulationslehre, die ärztliche Ethik, die öffentliche Hygiene, die Lehre von der medizinischen Ausbildung und anderes mehr bedeutende und bisher wenig beachtete Wurzeln in der gerichtlichen Medizin.

Mit dieser Situation des gerichtlichen Mediziners als Teil eines größeren Ganzen hängt es auch zusammen, dass sich in der gerichtlichen Medizin in der früheren Neuzeit manches früher zeigt als in der übrigen Medizin. Denn der gerichtliche Mediziner steht mit seinen Aussagen unter Druck: Er muss in der Diskussion und vollends im kontroversen Rechtsverfahren ständig mit Widerspruch, auch aus eigenen Reihen, rechnen und solchen zu parieren bereit sein. (E. Fischer-Homberger, 1983)

1.1.3 Notwendigkeit rechtsmedizinischer Universitätsinstitute

In der Diskussion um die Einrichtung eines Institutes für gerichtliche Medizin an der Universität Bonn vertrat 1896 der Gynäkologe Fritsch die Auffassung, dass es keines eigenständigen Institutes bedürfe, sondern sich die Justizbehörden je nach Falllage Sachverständige in medizinischen Angelegenheiten zu verschaffen hätten. Dem widersprach die Bonner Fakultät auf Anfrage des Ministeriums und teilte mit, dass

„schon allein die von Zeit zu Zeit an den Tag kommenden Fälle“ lehren, dass „es von der guten Schulung des Arztes in der gerichtlichen Medizin sehr oft abhängt, ob das Recht richtig gesprochen wird, oder ob Justizmorde an seine Stelle treten.“

Die von Fritsch vorgeschlagene „rhapsodische Behandlung“ des Faches ersetze kein methodisches Kolleg und sei nicht einmal für den praktischen Arzt ausreichend.

→ Integrative Funktion des Faches Rechtsmedizin, Systematik von Lehre und Forschung.

1.2 Geschichtliches

Neben Diagnose und Therapie ist die Begutachtung ein dritter Aufgabenkomplex ärztlicher Tätigkeit, Begutachtung einerseits im Interesse des Patienten, aber auch im Interesse der Allgemeinheit. Die Rechtsmedizin als Mutterfach aller begutachtenden Disziplinen entwickelte sich dementsprechend in Abhängigkeit und in Wechselwirkung mit der Rechtsordnung, speziell dem Strafrecht. Mit der peinlichen Halsgerichtsordnung Kaiser Karls V. von 1532 wurde die Zuziehung ärztlicher Sachverständiger bei einer Vielzahl von Fragestellungen institutionalisiert, etwa bei Mord, Totschlag, Körperverletzung mit Todesfolge, fraglicher Kausalität einer Gewalteinwirkung für den Todeseintritt, dem ärztlichen Behandlungsfehler. Die Constitutio Criminalis Carolina gilt daher als eigentliche Geburtsstunde der Rechtsmedizin, die damit zu den ältesten medizinischen Spezialdisziplinen gehört.

Im Gegensatz zur überwiegend Individualinteressen des Patienten dienenden kurativen Medizin ist die Rechtsmedizin eine Disziplin, deren Wissen im Dienste der Öffentlichkeit steht und die Fragen zu beantworten hat, die die Gesellschaft an sie stellt. Über Jahrhunderte durch die Rechtsordnung vorgegebene Themen sind Fragen zu Sexualität und Fortpflanzung (Unfruchtbarkeit, Impotenz, Virginität, Schwangerschaft, Kindesmord) sowie des Angriffs auf die körperliche Integrität (Wunden und ihre Prognostik, Strangulation, Vergiftung). Früh wurden bereits Standesfragen und die ärztliche Ethik in den Lehrkanon der Rechtsmedizin aufgenommen, nicht zuletzt aus der Befassung mit Kunstfehlern.

Bereits in der Antike und auch in fernöstlichen Kulturen wurden vereinzelt medizinische Sachverhalte im Hinblick auf Rechtsfragen bewertet, ohne dass freilich systematisches Fachwissen vorlag. So habe der Arzt Antistius bei der Untersuchung des Leichnams Cäsars festgestellt, dass von den 23 Stichverletzungen nur ein Bruststich tödlich gewesen sei. Als ältestes Lehrbuch der Disziplin gilt das 1247 erstmals herausgegebene chinesische Buch „Hsi Yuan-Lu“, das bis ins 19. Jahrhundert in Gebrauch gewesen sein soll.

In der Folgezeit wurde – in Anlehnung an die zeitgenössische Rechtsordnung – das Fachwissen systematisiert, zum Beispiel von dem päpstlichen Leibarzt Paolo Zacchia (1584–1659), der ein mehrbändiges Werk „Questiones medico legales“ publizierte. Zacchia gilt als Vater der gerichtlichen Medizin. Exakte Naturbeobachtung verdrängte zunehmend mystische Theorien als Begutachtungsgrundlage. Beispielhaft sei genannt die 1681 von dem Arzt Dr. Johann Schreyer eingeführte Lungenschwimmprobe zur Feststellung des Gelebthabens eines Neugeborenen, die bis heute eine Routinemethode darstellt. Im Streit um den Beweiswert der Lungenschwimmprobe wurden bereits Ende des 17. Jahrhunderts alle Argumente vorgetragen, die noch Jahrhunderte danach diskutiert wurden. Am Beispiel der Lungenschwimmprobe wird auch deutlich, dass methodische Neuentwicklungen oft von Fragestellungen im Einzelfall abhängig sind. Historisch gilt die gerichtliche Medizin als Schrittmacher des anatomischen Gedankens in der Medizin. So forderte die bedeutende Leipziger Schule der gerichtlichen Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts (Welsch, Bohn) ausdrücklich eine vollständige Sektion des Verstorbenen als Grundlage der Beurteilung von Wunden. Neben der Sektion als Routinemethode ersetzte physiologisches Denken mystische Konzeptionen.

Hinderlich für die weitere Entwicklung der gerichtlichen Medizin war ihr Zusammenschluss mit dem öffentlichen Gesundheitswesen, der „Medizinischen Polizei“, zur Staatsarzneikunde nach den Vorstellungen Johann Peter Franks (1745–1821). Aus dieser Umklammerung konnte sich die gerichtliche Medizin zunächst in Österreich lösen, wo bereits Ende des 19. Jahrhunderts die medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Gerichtsmedizin aufwiesen. Das Institut für gerichtliche Medizin der Universität Wien wurde unter seinem Direktor Eduard von Hofmann (1837–1897) zu einem wesentlichen Schrittmacher der wissenschaftlichen Weiterentwicklung; sein Lehrbuch ist bis heute eine wichtige Informationsquelle. In Preußen war es der Berliner Gerichtsarzt Johann Ludwig Casper (1796–1864), der das Fach auf eine empirische Grundlage stellte.

Im Deutschen Reich verlief die weitere Entwicklung der gerichtlichen Medizin, insbesondere ihre institutionelle Verankerung an den Universitäten, im Vergleich zu Österreich deutlich ungünstiger. Ursache waren Studienordnungen, die gerichtliche Medizin nicht als Lehrfach vorsahen, die Übertragung gerichtsärztlicher Aufgaben auf Kreisärzte sowie Konkurrenzansprüche anderer medizinischer Disziplinen, die zumindest Teilaspekte des Faches mitvertreten wollten. So war noch Billroth (1826–1894) der Ansicht, dass man

» „der gerichtlichen Medizin vom wissenschaftlichen Standpunkt aus die Berechtigung, an der Universität gelehrt zu werden, bestreiten könne, es handelt sich nicht um eine Wissenschaft an sich, sondern nur eine

Tab. 1.1 Arbeitsfelder für Rechtsmediziner. (Nach: Informationen der DGRM, Rechtsmedizin, Suppl. zu Heft 52, 2003)

Einrichtungen	Anzahl	Zahl der akademischen Mitarbeiter
Universitätsinstitute	28	Ca. 350
Kommunale Institute	6 (2 Institute mit nur 1 Arzt)	40–50
Privatinstitute	4 (überwiegend Hämogenetik)	
Landgerichtsärzte	Ca. 12	
Niederlassung in eigener Praxis	Ca. 5	

Anwendung anderer, selbstständiger Wissenschaften auf ganz bestimmte unglückliche und schädliche soziale Verhältnisse".

Diese ebenso irrtümliche wie langlebige Auffassung verkennt vollständig, dass sich die rechtsmedizinische Tätigkeit eben nicht in klinische Hauptfächer integrieren lässt, da es wesentlich auf die Subsumption medizinischer Sachverhalte unter rechtlichen Fragestellungen und die Integration mit verschiedenen medizinischen und naturwissenschaftlichen Methoden gewonnener Erkenntnisse zu einer gutachterlichen Aussage ankommt. Zersplitterung ist nicht nur ineffizient, sondern verhindert überhaupt eindeutige Aussagemöglichkeiten.

Mit der Prüfungsordnung vom 5.7.1924 wurde die gerichtliche Medizin Prüfungsfach und eine bis heute nicht abgeschlossene Gründung eigenständiger Universitätsinstitute setzte ein. Inzwischen kommt es jedoch unter dem Druck finanzieller Ressourcen unter Verkennung der Aufgaben der Rechtsmedizin in Routine und Forschung zur Schließung von bzw. Fusion benachbarter Institute. Hierunter leiden die Qualität der Versorgungsaufgaben, Lehre und die fachspezifische rechtsmedizinische Forschung. 1969 wurde die alte Fachbezeichnung „Gerichtliche Medizin" in Rechtsmedizin umgewandelt, um dem über die unmittelbaren Bedürfnisse der Gerichte weit hinausragenden Aufgabenkanon des Faches an verschiedenen Schnittstellen zwischen Medizin und Recht Rechnung zu tragen.

1976 nimmt der Deutsche Ärztetag den „Arzt für Rechtsmedizin" in die Weiterbildungsordnung auf und die Landesärztekammern erlassen entsprechende Weiterbildungsordnungen. Auf dem Gebiet der DDR gab es bereits seit 1955 den Facharzt für Gerichtliche Medizin. Entsprechend der Muster-Weiterbildungsordnung umfasst das Gebiet Rechtsmedizin die Entwicklung, Anwendung und Beurteilung medizinischer und naturwissenschaftlicher

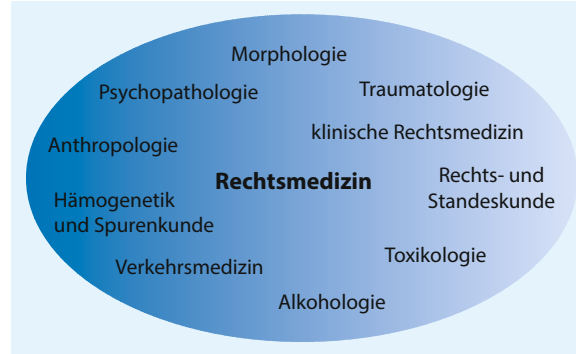

Abb. 1.1 Aufgabengebiete der Rechtsmedizin

Kenntnisse für die Rechtspflege sowie die Vermittlung arztrechtlicher und ethischer Kenntnisse für die Ärzteschaft. 1904 wurde die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin als eigenständiger wissenschaftlicher Fachgesellschaft beschlossen.

1.3 Aufgabenkomplexe

Eine zeitgenössische Definition aus dem Gründungsjahr der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin lautet: „Gerichtliche Medizin lehrt die Erforschung und Verwertung von medizinischen und naturwissenschaftlichen Tatsachen für die Zwecke der Rechtspflege und erläutert in diesem Rahmen alle in die Berufstätigkeit des Arztes fallenden Vorgänge, welche zu Rechtsfragen Anlass geben können." (Schmidtman, 1905). Die Versorgungsaufgaben beschränken sich nicht auf den in der Öffentlichkeit bekanntesten Aspekt, die Bearbeitung ungeklärter und nichtnatürlicher Todesfälle, sondern umfassen ein breites Tätigkeitsspektrum für Justiz, Kliniken und das öffentliche Gesundheitswesen (Tab. 1.1); diese Versorgungsaufgaben sind dabei unverzichtbare Voraussetzungen für Lehre, Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung; umgekehrt profitiert die Qualität der Versorgungsleistungen vom Engagement in Lehre und Forschung.

Die alte und umfassende Definition des Faches Rechtsmedizin als medizinischer Spezialdisziplin, die medizinische Kenntnisse für Zwecke der Rechtspflege aufbereitet, ist zur Beschreibung der Dienstleistungen für die Justiz heute noch tragfähig und weist die Rechtsmedizin als typisches Querschnittsfach mit folgenden Aufgabengebieten aus (Abb. 1.1).

1.3.1 Ärztlicher Bereich

Für den ärztlichen Bereich steht im Vordergrund die **Obduktionstätigkeit** bei gewaltsamen und rechtserheblichen

Todesfällen. Gerichtliche Obduktionen nach § 87 StPO müssen grundsätzlich von 2 Ärzten durchgeführt werden, teilweise als sehr zeitaufwändige Außensektionen, auch um in die Bewertung des Obduktionsbefundes Tatortbesichtigung und Tatverdächtigenuntersuchung einfließen zu lassen. Unter Qualitätssicherungsaspekten wurden im letzten Jahr allerdings Außensektionen mehr und mehr aufgegeben, gerichtliche Obduktionen finden vorwiegend in den nach DIN ISO EN 17025 akkreditierten Universitätsinstituten für Rechtsmedizin statt.

Aufgrund des traumatologischen Spezialwissens in der Rechtsmedizin und der Kompetenz in der Rekonstruktion von Handlungs- und Bewegungsabläufen fällt jedoch auch die Untersuchung, **Befundung und Begutachtung rechtserheblicher Körperverletzungen** bei Lebenden in das Aufgabengebiet des Rechtsmediziners, da – wie die Erfahrung zeigt – von forensisch nicht geschulten Ärzten erhobene Befunde sich im weiteren Verfahrensablauf zuweilen als nicht tragfähig erwiesen haben. Dementsprechend stehen die rechtsmedizinischen Institute klinischen Kollegen bei derartigen Fällen immer auch konsiliarisch zur Verfügung (z. B. bei Fällen von Kindesmisshandlung, Vergewaltigung, differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten in der Abgrenzung von Sturz und Schlag usw.). Rechtsmedizinischen Instituten wurden teilweise Gewaltopferambulanzen angegliedert oder sie sind im Rahmen der anonymen Spurensicherung bei Sexualstraftaten tätig.

Ein besonderer Schwerpunkt der rechtsmedizinischen Tätigkeit liegt auch in der mündlichen Darstellung und Erläuterung der erarbeiteten Untersuchungsergebnisse in der Hauptverhandlung vor Gericht.

Angehörigen Verstorbener stehen Rechtsmediziner grundsätzlich – mit Einverständnis der Ermittlungsbehörden – zur Erläuterung von Befunden zur Verfügung bzw. klären, sollte sich das staatsanwaltschaftliche Interesse im Ausschluss eines gewaltsamen Todes erschöpfen, für sie in teils aufwändigen weiteren Untersuchungen die Todesursache. Gerade bei Fällen von plötzlichem Tod von Kindern und Jugendlichen ist die freiwillig übernommene Aufgabe für Angehörige wesentlich (zur Trauerbewältigung, Befreiung von Schuldvorwürfen, auch als Information, dass keine Missbildungen vorliegen und einem weiteren Kinderwunsch nichts im Wege steht).

Die Rechtsmedizin ist in den letzten Jahrzehnten durch eine zunehmende Internationalisierung ausgezeichnet, die den Einsatz von Rechtsmedizinern verschiedener Länder bei Massenkatastrophen, Kriegsverbrechen, Folter und Menschenrechtsverletzungen notwendig macht. Dementsprechend stehen Rechtsmediziner auch als unabhängige Sachverständige für das Rote Kreuz oder den Internationalen Gerichtshof in Den Haag zur Verfügung.

1.3.2 Öffentliches Gesundheitswesen

Manchen Instituten ist fernerhin die Durchführung der Kremationsleichenschauen übertragen; mit der 2. amtsärztlichen Leichenschau vor Feuerbestattung nehmen die rechtsmedizinischen Institute einen wichtigen Beitrag nicht nur zur Wahrung der Rechtsordnung (Erkennung nichtnatürlicher Todesfälle), sondern auch zur Korrektur formal und inhaltlich unzutreffender Leichenschaudiagnosen im Interesse einer validen Todesursachenstatistik wahr.

In den Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens fallen schließlich auch Untersuchungen zum Infektionsstatus Verstorbener, einerseits gemäß Infektionsschutzgesetz aber auch zur Erfassung von Infektionen bei intravenös Drogenabhängigen. Damit gewinnt die Rechtsmedizin auch prophylaktische Bedeutung.

1.3.3 Toxikologische Untersuchungen

Die toxikologischen Laboratorien der Institute für Rechtsmedizin werden nicht nur bei forensischen Fragestellungen tätig, sondern hinsichtlich Personalintensität und Dringlichkeit der Bearbeitung stehen die klinisch-toxikologischen Fragestellungen im Vordergrund.

Nicht nur die Universitätskliniken, sondern auch umliegende Krankenhäuser nehmen die Institute bei Fällen von Vergiftungsverdacht, zur Spiegelbestimmung und auch im Rahmen der Hirntod-Diagnostik in Anspruch.

Daneben werden zahlreiche polizeilich eingesandte Proben auf **Medikamente** und **illegale Drogen** untersucht. Für die Analytik wird ein ständig anwachsendes differenziertes Methodenspektrum vorgehalten, das beweissichere Analysen liefert. Der rein qualitative Wirkstoffnachweis tritt gegenüber wesentlich aufwendigeren quantitativen Verfahren immer mehr in den Hintergrund. Verlangt werden aufwendige quantitative Wirkstoffbestimmungen, insbesondere in Blutproben, sowohl für klinische Fragestellungen (Spiegelbestimmungen, Hirntoddiagnostik) als auch in forensischen Fällen (u. a. Fahrtauglichkeitsbegutachtungen, Schuldfähigkeit).

Ein neues Feld stellt die **Haaranalytik** auf Drogen dar, mit der eine retrospektive Überprüfung eines vorausgegangenen Drogenkonsums möglich ist. Derartige Untersuchungen werden nicht nur bei forensischen Fragestellungen verlangt, sondern auch bei Eignungs- und Einstellungsuntersuchungen.

Ein ständiger Methodenwandel, Verbesserungen der Analytik hinsichtlich Sensitivität und Nachweisgrenzen ergeben sich teilweise direkt aus rechtlichen Vorgaben, z. B. der Novellierung des § 24a Straßenverkehrsgesetz (Ordnungswidrigkeitstatbestand bei folgenlosem Fahren unter Einfluss von Cannabis, Opiaten, Cocain, Amphetamin). Im

Rechtsmedizinische Forschung

Die im Interesse der Allgemeinheit und der Rechtssicherheit essenzielle fachspezifische, rechtsmedizinische Forschung, die in keinem Nachbarfach angesiedelt werden kann, betrifft im Wesentlichen folgende Gebiete: Thanatologie, Traumatologie als Grundlage einer Rekonstruktion von Handlungs- und Bewegungsabläufen, toxikologische und molekularbiologische Untersuchungen an forensisch-relevanten Matrizes, Wundballistik, Epidemiologie und Ursachenforschung alkohol- und drogenbedingter Verkehrsunfälle, Etablierung von Grenzwerten der Fahrtüchtigkeit, sich aus der forensischen Praxis ergebende Aspekte der ärztlichen Rechts- und Standeskunde.

Aus der rechtsmedizinischen Routine und Forschung resultierende Erkenntnisse wurden dabei immer auch präventiv genutzt. Wesentliche Verbesserungen der passiven Fahrzeugsicherheit konnten aus Obduktionsbefunden von Verkehrsunfallopfern abgeleitet werden.

Rahmen der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis ist in den letzten Jahren der Nachweis von Alkoholkonsummarkern (z. B. Ethylglucuronid) von Bedeutung geworden. Durch in der Rechtsmedizin und forensischen Toxikologie etablierte Forschungsschwerpunkte wurde in den letzten Jahren der Nachweis synthetischer Cannabinoide möglich, die nach Identifizierung jeweils dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt werden.

1.3.4 Hämogenetik/Spurenkunde

Individualisierende Untersuchungen (im Rahmen der Spurenkunde bei Zuordnung einer Spur zu einem Verursacher, Paternitätsdiagnostik) werden in den molekularbiologischen Laboratorien durchgeführt. Auch hier zeichnet sich dabei in der Routinediagnostik ein Panoramawandel nicht nur hinsichtlich der Methodik ab (von der Antigen-Antikörper-Reaktion bis zur Sequenzierung **nukleärer** und **mitochondrialer DNA**), sondern auch der einer Diagnostik zugänglichen Matrix und der Asservate: von Blut über Gewebepartikel, Haaren und Haarschäften bis zu Einzelzellen (z. B. Spermien) in forensisch-relevanten Fällen.

Mit der Einbeziehung von **mRNA** und **Mikro-RNA** in das Untersuchungsspektrum werden molekularbiologische Methoden in der Rechtsmedizin heute auch zur Beantwortung funktioneller Fragestellungen (z. B. Genexpressionsmuster zum Zeitpunkt des Todeseintritts), genetischen Prädispositionen bestimmter Erkrankungen bzw. zur Todesursachendiagnostik (molekulare Autopsie) genutzt.

Gerade in den forensischen Laboratorien sind neben der wissenschaftlichen Vorlaufarbeit aufgrund der gegenüber klinischem Ausgangsmaterial stark degradierten DNA umfangreiche Validierungsstudien labortechnischer Parameter hinsichtlich Validität und Reliabilität der Resultate durchzuführen, die eine Rezeption freilich weniger in der klinischen Medizin als in Anthropologie, Archäologie und Paläontologie finden.

Von herausragender klinischer Relevanz sind die zunehmend erforderlichen Untersuchungen zur Klärung der Personalidentität bioptisch gewonnener Gewebeproben bei Fragen nach der Adäquanz therapeutischer Maßnahmen oder dem Verdacht der Gewebevertauschung.

1.3.5 Blutalkoholuntersuchungen

Den Instituten für Rechtsmedizin sind schließlich angegliedert die staatlichen Blutalkoholuntersuchungsstellen, in denen sämtliche Blutalkoholuntersuchungen des Versorgungsbezirkes bei Ordnungswidrigkeiten und Delikten entsprechend den hohen Anforderungen von Bundesgesundheitsamt und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin durchgeführt werden.

Ferner ist neben der klassischen Ethanolbestimmung in den Blutalkohollaboren seit Jahren die Begleitstoffanalyse (Untersuchung auf Fuselalkohole) zur Überprüfung von Nachtrunkbehauptungen etabliert. Zunehmende Bedeutung gewinnt nicht nur die Untersuchung einer anlassbezogenen, sondern auch einer aktuell in der Hauptverhandlung entnommenen Blutprobe auf Alkoholismusmarker, die einen Baustein im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen des § 64 StGB darstellt. In den letzten Jahren haben darüber hinaus forensische Anthropologie sowie forensische Entomologie eine besondere Pflege in rechtsmedizinischen Instituten erfahren.

Diese Heterogenität der methodischen Arbeitsrichtungen innerhalb der Rechtsmedizin resultiert aus der Aufgabe des Fachs: der Integration mit verschiedenen Untersuchungsmethoden gewonnener Erkenntnisse zu einem in sich schlüssigen, auf die gegebene rechtliche Fragestellung bezogenen medizinisch-naturwissenschaftlichen Gutachten.

1.3.6 Konsiliarische Tätigkeit

Zu allen Tätigkeitsfeldern stehen Rechtsmediziner Kollegen in Klinik und Praxis konsiliarisch zur Verfügung. Die häufigsten Anfragen beziehen sich auf Unklarheiten bei Leichenschau, toxikologische und arztrechtliche Fragen, Verhalten gegenüber Ermittlungsbehörden usw.

Tab. 1.2 Kompetenzfelder für Rechtsmediziner

Alleinstellungsmerkmal durch die Rechtsmedizin	Untersuchungen in der Rechtsmedizin konzentriert
Leichenfundortbesichtigung	Hämogenetik (Spurenkunde; Paternitätsdiagnostik)
Todeszeitbestimmung	Kremationsleichenschau
Identifikation	Forensische Anthropologie
(Gerichtliche) Obduktionen	Verletzungsbegutachtung bei Lebenden
Forensische Toxikologie	Alkohol-, Medikamenten-, Drogenanalytik
Begutachtung der Fahrtüchtigkeit	Klinische Toxikologie
Begutachtung der Schuldfähigkeit	Begutachtung der Fahreignung
Rechtsmedizinische Leichenschau	Verwaltungssektionen
	Begutachtung in foro

1.3.7 Lehre

Jedes Institut für Rechtsmedizin ist selbstverständlich für die Ausbildung von Medizinstudenten der jeweiligen Fakultät verantwortlich. Essenzielle Bestandteile der Lehre für Medizinstudenten sind z. B. die Vermittlung von Kenntnissen zur Durchführung einer Leichenschau mit anschließender Ausstellung einer Todesbescheinigung, die Sensibilisierung für arztrechtliche und -ethische Fragestellungen, die Problematik der Erkennung von Gewalteinwirkungen Dritter auf den Körper eines Patienten, Befundsicherung, Befunddokumentation, Umgang mit Ermittlungsbehörden, die Kenntnis von Pflichten und Rechten als Zeuge und Sachverständiger.

Kenntnisse in der Rechtsmedizin sind heute für jeden Arzt unverzichtbar, da

- jeder Arzt mit der Durchführung einer Leichenschau befasst werden kann,
- der überwiegende Teil von Gewaltopfern von klinischen Kollegen behandelt wird, die Gewalteinwirkungen erkennen und dokumentieren müssen, da sie auch als sachverständige Zeugen in Betracht kommen,
- der Arzt seine Stellung und die des Patienten in unserer Rechtsordnung kennen muss, inklusive der gegenseitigen Rechte und Pflichten,
- der Arzt um die Untersuchungsmöglichkeiten der Rechtsmedizin wissen muss, um seine Patienten adäquat beraten und optimal für sie tätig werden zu können (z. B. klinische Toxikologie).

Schließlich muss sich der Arzt mit der vom Kliniker unterschiedlichen Denkweise des Rechtsmediziners vertraut machen, da auch er kritisch Wahrheitsgehalt und Stichhaltigkeit von Angaben überprüfen muss (Schutzbehauptungen bei Kindesmisshandlungen, simulierte Krankheiten).

Aufgrund des einmaligen Erfahrungsschatzes an verschiedenen Schnittstellen zwischen Medizin und Recht sind Rechtsmediziner an Universitäten mit klassischem Fakultätszuschnitt jedoch auch in die Lehre anderer Fakultäten eingebunden, z. B. der juristischen und der mathematisch-naturwissenschaftlichen (Ausbildung von Lebensmittelchemikern, Pharmazeuten, Biologen). Diplomanden und Doktoranden der naturwissenschaftlichen Fächer haben sich in zahlreichen Instituten als für die Forschung unverzichtbar erwiesen.

Gerade das Engagement rechtsmedizinischer Institute in Forschung und Lehre sichert die Qualität der Dienstleistungen und trägt damit zur Erhöhung der Rechtssicherheit bei. In der Rechtsfortbildung und bei Gesetzesnovellierungen übernimmt die Rechtsmedizin wichtige Beraterfunktionen für die höchstrichterliche Rechtsprechung und die Politik.

1.4 Organisationsstruktur

Die rechtsmedizinische Versorgung von Öffentlichkeit und Justiz wird in Deutschland, Österreich und der Schweiz überwiegend durch die Universitätsinstitute für Rechtsmedizin gewährleistet; damit wird gleichzeitig sichergestellt, dass die Versorgungsleistungen für Lehre und Forschung zur Verfügung stehen (Tab. 1.1). Die institutionelle Unabhängigkeit der universitären Rechtsmedizin von Auftraggebern, auch von Polizei und Justiz, sichert darüber hinaus objektive und weisungsungebundene Expertisen. Neben den Universitätsinstituten sind nur wenige Institute in kommunaler Trägerschaft in Versorgungsaufgaben einbezogen. In Bayern sind darüber hinaus Landgerichtsärzte für die gerichtsärztliche Begutachtung in foro, teilweise auch die Sektionstätigkeit in ihrem Landgerichtsbezirk zuständig. Die Kompetenzfelder des Faches Rechtsmedizin (Tab. 1.2) können voll umfänglich nur in den Univer-

sitätsinstituten für Rechtsmedizin verwirklicht und umgesetzt werden. Bereits kommunale Institute sind weitgehend auf eine forensische Pathologie reduziert, teilweise bzw. überwiegend sind nicht einmal die Möglichkeiten zur eigenständigen Durchführung von Anschlussuntersuchungen (Histologie, Toxikologie usw.) vorhanden. Es bedarf keiner eigenen Erwähnung, dass Vollständigkeit und Qualität der Befunderhebung mit dem zur Verfügung stehenden Untersuchungsrepertoire korrelieren. In den übrigen Arbeitsfeldern (◘ Tab. 1.1) für Rechtsmediziner lassen sich die Kompetenzfelder (◘ Tab. 1.2) nicht mehr verwirklichen, teilweise werden dort nur Gutachten nach Aktenlage, Erstellung körperlicher Untersuchungsbefunde bzw. mündliche Gutachten vor Gericht erstattet.

Der insgesamt durchaus positiven Leistungsbilanz der Rechtsmedizin auf der Handlungsebene und Akzeptanz sowie Wertschätzung bei Ermittlungsbehörden, Justiz und in der Gesellschaft steht als Negativem gegenüber, dass

- die Versorgungsleistungen aufgrund der Struktur des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen, des jetzigen Justizvergütungs- und -Entschädigungsgesetzes (JVEG) nicht kostendeckend bezahlt werden,
- der wissenschaftliche Ertrag der Rechtsmedizin – gemessen an den derzeit geläufigen Indikatoren wie Impact-Faktoren und Drittmittelaufkommen – als nicht ausreichend angesehen wird,
- es mit der Vermengung von Dienstleistung, Lehre und Forschung strukturelle Defizite des Faches gibt, die aber für jede andere praktische medizinische Disziplin in gleicher Weise gilt.

Unter dem Diktat der Ökonomie ist es in den letzten Jahren zur Schließung einiger Universitätsinstitute für Rechtsmedizin gekommen, da die Universitätsinstitute überwiegend über den Zuführungsbetrag des Landes für Lehre und Forschung finanziert werden und hier eine Quersubventionierung für die Versorgungsaufgaben für Polizei und Justiz befürchtet wurde. Die Schließung von Instituten führt allerdings nicht nur zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität, da Leistungen von Nachbarstandorten übernommen werden müssen, sondern auch zu einer Erhöhung der Kosten, d. h. zu einer zusätzlichen Belastung des Steuerzahlers. Aus der Fusion und der Zentralisierung von Instituten ist darüber hinaus keine Freisetzung von Ressourcen für die Forschung zu erwarten, da eine Fusion natürlich mit dem Abbau von Stellen und Zuführungsbeiträgen verbunden ist und mit reduziertem Personal in Art eines Wanderzirkus die Lehre an mehreren medizinischen Fakultäten aufrecht erhalten werden muss. Neben der Versorgungsqualität leiden daher auch Lehre und Forschung.

1.5 Akkreditierung, Qualitätssicherung

P. Wiegand, B. Madea, F. Mußhoff

1.5.1 Akkreditierung

Definition

„Die Akkreditierung ist Bestandteil eines Gesamtsystems, zu dem die Konformitätsbewertung und die Marktüberwachung gehören, und dessen Zweck in der Bewertung und Gewährleistung der Konformität mit den geltenden Anforderungen besteht" – Amtsblatt der Europäischen Union L 218/30 (8) vom 13.08.08.

Im Rahmen der Akkreditierung wird eine Institution/Firma (z. B. Labor) einem formalen Qualitätsprüfungsverfahren unterzogen, bei dem definierte und international kompatible Standards (Normvorgaben) von einer unabhängigen Stelle überprüft werden. Hierbei wird die formelle Anerkennung der Kompetenz zur Durchführung definierter Leistungen in Form einer Akkreditierungsurkunde bescheinigt. Es handelt sich um eine Konformitätsbewertung, die gewährleistet, dass die überprüften Produkte, Verfahren, Dienstleistungen oder Systeme den Vorgaben gültiger Normen, Richtlinien und Gesetzen genügen (▶ DAkkS – Deutsche Akkreditierungsstelle: ▶ www.dakks.de). Die Dienstleister weisen ihre Kompetenz gegenüber der unabhängigen Akkreditierungsstelle nach. In Deutschland führt die DAkkS als nationale Akkreditierungsstelle seit 01.01.2010 Akkreditierungsverfahren durch. Die Akkreditierung ist eine hoheitliche Aufgabe des Bundes, die gemäß dem Akkreditierungsstellengesetz vom 31.07.2009 durch die DAkkS als beliehene Stelle wahrgenommen wird. Beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie ist ein Akkreditierungsbeirat eingerichtet worden, in dem u. a. sachverständige Personen als Fachvertreter für die Dauer von drei Jahren als Mitglieder beratend tätig sind. Der Akkreditierungsbeirat erstellt allgemeine und sektorale Regeln (u. a. Anforderungen an Konformitätsbewertungsstellen unter Berücksichtigung von Rechtsvorschriften).

Das Akkreditierungsverfahren gliedert sich in **vier Phasen** (▶ www.dakks.de):

- Antrag (Anfrage, Antragsprüfung und ggf. Vorbegehung)
- Begutachtung (Begutachterauswahl, Dokumentenprüfung, Begehung vor Ort, Begutachtungsbericht)
- Akkreditierung (Entscheidung durch den Akkreditierungsausschuss, Ausstellung der Akkreditierungsurkunde)

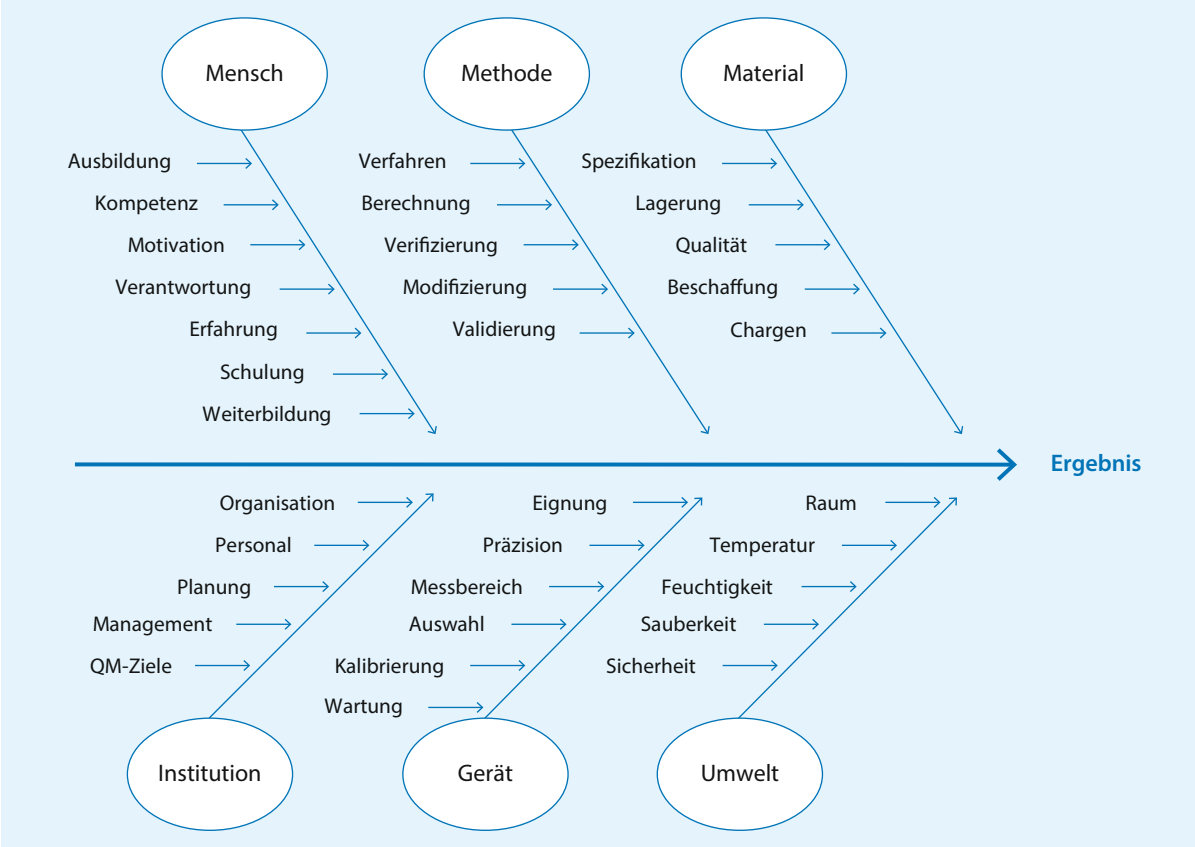

Abb. 1.2 Fishbone-Diagramm zu den Einflussgrößen des Qualitätsmanagementsystems

- Überwachung/Reakkreditierung (Überwachung der akkreditierten Bereiche, ggf. Erweiterung oder Änderung, Reakkreditierung nach fünf Jahren)

1.5.2 Akkreditierungsverfahren für forensische Laboratorien

Leitfaden ISO 17025

Die maßgebliche Grundlage zur Umsetzung der Verfahren ist die ISO 17025 (EN ISO/IEC 17025:2005). Hierzu liegt bei der DAkkS ein allgemeiner Leitfaden vor, in dem die normativen Inhalte aufgeführt sind. Der Leitfaden wurde vom Sektorkomitee „Forensische Medizin, Toxikologie und Biologie" der DAkkS erstellt. Die folgenden **Untersuchungsbereiche** sind definiert:

- Forensische Medizin (Prosektur, Thanatologie etc.)
- Forensische Toxikologie (Medikamente, Drogen etc.)
- Forensische Genetik (Abstammung, Spuren etc.)
- Forensische Alkohologie (Alkohol, Begleitstoffe etc.)
- Forensische Mikromorphologie (Krankheiten, Todesursache etc.)
- Forensische Gynäkologie (Vergewaltigung, sexueller Missbrauch etc.)
- Forensische Entomologie (Speziesbestimmung, Leichenliegezeit etc.)
- Forensische Anthropologie (Identität, Leichenliegezeit etc.)
- Forensische Odontologie (Identifizierung, Altersbestimmung)
- Verkehrsmedizin (Biomechanik, Unfallrekonstruktion etc.)
- Medizinische/Naturwissenschaftliche Kriminalistik (Schusswaffen und Ballistik etc.)

In der Norm sind Anforderungen an das Management und an die technischen Aufzeichnungen formuliert, die im Rahmen der Begutachtung durch die sog. Systembegutachter der DAkkS und durch Fachbegutachter anhand der eingereichten Unterlagen (Qualitätsmanagementhandbuch, Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen; ggf. Prüfvorschriften und Formblätter) und der Vor-Ort-Begutachtung überprüft werden (Abb. 1.2). Als Fachbegutachter stehen von der DAkkS autorisierte Wissenschaftler/innen für die jeweiligen forensischen Bereiche zur Verfügung.

Abweichungen von der Norm werden bei der Begutachtung vor Ort als Abweichungsberichte festgehalten. Die hierzu erforderlichen Korrekturmaßnahmen werden mit

dem zuständigen Laborpersonal besprochen und auch in den anschließend zu erstellenden Begutachtungsberichten erläutert. Bei Erstakkreditierungen hat das Labor vier Monate Zeit um die Korrekturmaßnahmen einzureichen; bei Reakkreditierungen beträgt der Zeitrahmen zwei Monate. Der Begutachter überprüft die Korrekturmaßnahmen zumeist anhand der eingereichten Dokumente; nur in Ausnahmefällen ist dazu eine erneute Vor-Ort-Begutachtung erforderlich, die dann aber bereits bei der Erstellung der Abweichungsberichte zu dokumentieren ist.

Technische Anforderungen (ISO 17025 – 5.ff)

Während die Systembegutachter vorrangig die Anforderungen an das Management prüfen, liegt der Schwerpunkt der Fachaudits im Bereich der technischen Anforderungen (ISO 17025 – 5.ff). Zusätzlich zu den (externen) Fachaudits sind vom Labor interne Audits durchzuführen und in Form eines Auditberichts zu dokumentieren, wobei alle Bereiche der Norm jährlich zu überprüfen sind (ISO 17025 – 4.14).

Technische Anforderungen für die Bereiche Forensische Genetik und Toxikologie/ Blutalkoholbestimmung

Personal Im Rahmen des Fachaudits ist die Kompetenz des wissenschaftlichen und technischen Personals zu prüfen und zu bewerten (abgeschlossenes fachspezifisches Hochschulstudium des wissenschaftlichen Personals; fachspezifische Qualifikation des technischen Personals; bezüglich der Personalqualifikation siehe z. B. die Richtlinien der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie – GTFCh). Je nach Verantwortungsbereich sind entsprechende Autorisierungen und Tätigkeitsbeschreibungen seitens des Labors zu dokumentieren. Im Rahmen der Organisationsstruktur des Labors ist neben den jeweils Verantwortlichen (Leitung, Bereichsleitung) auch immer eine Stellvertreterregelung zu dokumentieren. Um dem wissenschaftlichen Fortschritt und der Methodenentwicklung Rechnung zu tragen, sind regelmäßige (fachspezifische) Schulungen und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen vorzusehen und umzusetzen; hierzu sind Schulungspläne zu erstellen.

Räumlichkeiten und Umgebungsbedingungen Der Zutritt zu den forensischen Untersuchungsbereichen ist zu regeln und zu kontrollieren. Personen, die nicht zum institutionell autorisierten Bereich gehören, sind zu registrieren. Besondere Achtsamkeit ist in den Bereichen/Räumlichkeiten erforderlich, in denen Asservate bearbeitet und gelagert werden. Asservate und entnommene Proben sowie deren Folgeprodukte sind stets gesichert zu handhaben und vor Verlust, Verschlechterung, Vertauschung und Kontamination zu schützen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere bei der Entnahme und DNA-Untersuchung biologischer Spuren eine räumliche Trennung (Prä- und Post-PCR-Bereich) strikt einzuhalten. Ebenso sind Täter- und Opferbereich räumlich zu trennen um Kontaminationen zu vermeiden. Bei toxikologischen Untersuchungen sind Querkontaminationsrisiken insbesondere dann zu bedenken, wenn von einem Labor sowohl Pulverproben (zu erwartende hohe Konzentrationen) als auch biologische Proben im Spurenbereich untersucht werden. Weitere kontaminationsvermeidende Maßnahmen sind durch Reinigungspläne, Kittelwechsel, Handschuhwechsel, Haarhauben bereichsspezifisch umzusetzen. Hierzu sind die jeweiligen Mindestanforderungen festgelegt (z. B. „Spezielle Regel zur Umsetzung der DIN EN ISO/IEC 17025 für forensische Laboratorien“). Die Lagerungs- und Umgebungsbedingungen sind zu überwachen (z. B. Gefrier- und Kühlschranktemperaturen); relevante Abweichungen (z. B. Kühlschranktemperaturen außerhalb des Toleranzbereichs) sind zu dokumentieren und ggf. bei der weiteren Analyse, Ergebnisauswertung und Gutachtenerstellung zu berücksichtigen.

Prüf- und Kalibrierverfahren und deren Validierung Ein vom Labor neu eingeführtes technisches Verfahren ist auf Zuverlässigkeit der Leistungsmerkmale zu prüfen und zu validieren. Für standardisierte technische Verfahren, bei denen kommerzielle Produkte verwendet werden, die durch den Hersteller validiert wurden, reicht eine Verifizierung aus (z. B. Einführung neuer PCR-Kits für DNA-Analysen nach Standardprotokoll des Herstellers). Der Verifizierungsumfang ist i. d. R. deutlich geringer als der Validierungsumfang. Selbst entwickelte Verfahren und Modifizierungen des Standardprotokolls benötigen eine Validierung. Der Umfang einer Validierung kann fachspezifisch erheblich differieren (Forensische Genetik, Forensische Toxikologie, Blutalkoholuntersuchungen) und ist nach den Vorgaben der Fachgesellschaften (z. B. GTFCH – Forensische Toxikologie bzw. Forensische Chemie und Blutalkohol) und fachspezifischen Arbeitsgruppen umzusetzen (z. B. forensische DNA- oder Toxikologie-Arbeitsgruppe der DAkkS bestehend aus Mitgliedern des Sektorkomitees „Forensische Medizin, Toxikologie, Biologie“ und des Sektorkomitees „Kriminaltechnik“). Hierzu sind auf der Homepage der DAkkS spezielle Leitfäden mit Mindestanforderungen verfügbar (► www.dakks.de – Prüflaboratorien – Forensik – Dokumente). Hat das Labor eigenständig Verfahren entwickelt, sollten die Ergebnisse mit etablierten Verfahren unter Berücksichtigung von Matrixeffekten, Homogenität der Proben, Sensitivität und Spezifität, Linearität, Präzision, Messunsicherheit, Konzentrationsbereich, Interferenzen, Verteilung der Messgrößen und der Stabilität der zu messenden Verbindungen abgeglichen werden.

Die Schätzung der Messunsicherheit (ISO 17025 – 5.4.6) betrifft die vom Labor genutzten Einrichtungen und

Geräte. Die Anforderungen an Sichtprüfungen, Sicherheits- und Anwendungstest sowie Kalibrierungen können je nach Bereich (z. B. forensische Genetik/Toxikologie) und Einrichtung unterschiedlich sein, je nachdem, welchen Einfluss Abweichungen der Geräteeinstellungen auf das Prüfergebnis haben können (z. B. Temperaturabweichungen eines Heizblocks). Volumetrische Einrichtungen (z. B. Kolbenhubpipetten) sind üblicherweise – je nach Bereich und Anforderung – einmal oder mehrmals jährlich zu kalibrieren. Das Mitführen von Kontrollproben ermöglicht in vielen Laborbereichen eine permanente Funktionskontrolle, sodass Gerätestörungen frühzeitig erkannt werden können (z. B. PCR-Positivkontrolle mit wenig DNA zur Überwachung der PCR-Zykler).

Messtechnische Rückführung Gerätespezifische Kalibrierintervalle sollten nicht länger sein als vom Hersteller empfohlen, wobei die Kalibrierprogramme unter Berücksichtigung der spezifischen analytischen Anforderungen zu erstellen sind. Häufig sind synthetische Standards, Standardlösungen oder Referenzmaterialien verfügbar, die zuvor auf ihre Zuverlässigkeit zu überprüfen sind. Für die verwendeten Referenzmaterialien und die verwendeten Reagenzien ist eine Chargendokumentation erforderlich (Chargennummer, Eingangsdatum, Anbruchdatum, Haltbarkeit).

Probenahme Der Probenahmeplan sollte die Umstände des jeweiligen Falles und die Art, den Zustand sowie die Menge des verfügbaren Materials berücksichtigen. Das entnommene Probenmaterial ist zu dokumentieren (insbesondere bei Untersuchungen biologischer Spuren ist eine photographische Dokumentation der Asservate und der entnommen Spuren einzubeziehen). Je geringer die Menge des verfügbaren Probenmaterials ist und je schlechter der Zustand, desto höher sind die Anforderungen an das bearbeitende Personal. Durch Autorisierungen und Schulungen ist insbesondere in diesem Bereich ein hohes Kompetenzniveau anzustreben (z. B. Detektion und Entnahme von Mikrospuren).

Handhabung von Prüf- und Kalibriergegenständen Die Verpackung und der Zustand des Probenmaterials ist genau zu dokumentieren. Die „Kette des Verbleibs“ ist beginnend mit dem Erhalt der Asservate / des Probenmaterials lückenlos zu dokumentieren (einbezogene Personen; Bearbeitungsorte, Bearbeitungszeit; Lagerungsbedingungen, Versandmodalitäten). Alle Proben müssen jederzeit eindeutig rückführbar und vollständig beschriftet sein. Archivierungen von Probenmaterial und den Folgeprodukten sind zu regeln, wobei die gesetzlichen Vorgaben zu berücksichtigen sind (z. B. Gendiagnostikgesetz – Abstammungsuntersuchungen).

Sicherung der Qualität von Prüf- und Kalibrierergebnissen Die Bearbeitung forensischer Asservate und die entnommen Proben sowie die daran durchgeführten Analysen müssen einer kontrollierten Qualitätssicherung unterzogen werden, wobei Art und Umfang je nach Anforderung an die Analyseergebnisse zu definieren sind. Etablierte Qualitätskontrollmaßnahmen sind u. a. das Mitführen von Positiv- und Negativkontrollen, der Einsatz von Referenzmaterialien, die Verwendung alternativer Verfahren und die Durchführung von Wiederholungsmessungen. Abweichungen von den festgelegten Qualitätsstandards sind zu dokumentieren und durch geeignete Korrekturmaßnahmen zu beheben, deren Wirksamkeit ebenfalls zu überprüfen und zu dokumentieren ist.

Die Teilnahme an Ringversuchen als externe Eignungsprüfungen ist etablierter Standard im Rahmen der forensischen Qualitätssicherung in den Bereichen der forensischen Genetik und der Toxikologie/Blutalkoholbestimmung. So werden z. B. im Bereich der Forensischen Genetik jährlich zwei Ringversuche für die Abstammungsbegutachtung (Deutsche Gesellschaft für Abstammungsbegutachtung – DGAB) und die Untersuchung biologischer Spuren (German DNA Profiling Group – GEDNAP) angeboten. Die erfolgreiche Teilnahme des jeweiligen Labors wird im Rahmen der Fachaudits überprüft. Fehler bei externen Qualitätskontrollmaßnahmen sind zu dokumentieren und durch geeignete Korrekturmaßnahmen zu beheben.

Ergebnisberichte Im Rahmen der forensischen Laboruntersuchungen werden sowohl Prüfberichte als auch Gutachten erstellt. In den Prüfberichten erfolgt nur eine Mitteilung der Ergebnisse. Gutachten werden unter Berücksichtigung der erzielten Untersuchungsergebnisse erstellt und enthalten Meinungen sowie Interpretationen. Sowohl bei Prüfberichten als auch bei Gutachten sind die Vorgaben der ISO 17025 zu berücksichtigen (u. a. Institution und Auftraggeber, Seitennummerierung, eindeutige Asservatenbeschreibung/-zuordnung, Probenahme, Analysezeiten, Methodik, Material, ggf. Einschränkungen der Analyse). Für die Auswertungen und Interpretationen/Bewertungen der Untersuchungsergebnisse muss das Labor Richtlinien erstellt haben, wobei eindeutige Bewertungskriterien (Akzeptanz- und Ablehnungskriterien) im Hinblick auf die erzielten Ergebnisse formuliert worden sein müssen.

Fachspezifische Anforderungen und Regelungen finden sich in den folgenden Leitfäden (► http.// www.dakks.de/Prüflaboratorien/Forensik):

- Spezielle Regel zur Umsetzung der ISO ISO/IEC 17025 für forensische DNA-Laboratorien
- Spezieller Leitfaden für die gerichtliche Leichenöffnung

- Spezielle Regeln für den Bereich forensische Blutalkoholbestimmungen
- Spezieller Leitfaden für forensisch-chemische Untersuchungen von Betäubungsmitteln (Suchtstoffen)
- Spezielle Regeln für den Bereich forensisch-toxikologische Untersuchungen

1.5.3 Forensische Medizin

Obduktionen

Die Etablierung von Qualitätsstandards für forensische Obduktionen lässt sich bis in das 19. Jahrhundert zurückverfolgen. Bereits 1855 wurde in Österreich eine Vorschrift für die Vornahme der gerichtlichen Totenbeschau erlassen. Diese Vorschrift umfasst mehr als 134 Paragraphen in vier Hauptabschnitten:

- Generelle Bemerkungen zur gerichtlichen Leichenschau (§ 1 bis § 46)
- Äußere und innere Besichtigung (§ 47 bis § 97)
- Spezielle Regularien bei Verdacht auf Vergiftungen (§ 98 bis § 111)
- Untersuchung von Leichen neugeborener Kinder (§ 112 bis § 134)

Der zweite Hauptteil enthält umfangreiche Beschreibungen zur Obduktion und Untersuchung aller Organe (§ 58 bis § 97). Ähnliche Regularien wurden auch in anderen deutschen Staaten erlassen, vor allen Dingen in Preußen. Bekannt wurde das Preußische Sektionsregulativ vom 13. Februar 1875 mit der von Rudolf Virchow publizierten Sektionstechnik, die auch Standardobduktionsprotokolle enthält. Diese Sektionsregulative enthielten umfangreiche Vorschriften, wie eine Obduktion auszuführen ist, welche Instrumente benutzt werden müssen, welche Asservate sicherzustellen sind und wie das Obduktionsprotokoll zu verfassen ist. Als Maßnahme der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle wurden die Obduktionsprotokolle von gerichtsärztlichen Ausschüssen überprüft.

Heute existieren neben **nationalen** (z. B. AWMF-Leitlinie zur Durchführung gerichtlicher Obduktionen) im Rahmen der Harmonisierung gerichtlicher Obduktionen auch **internationale Empfehlungen**. 1991 hat die Vollversammlung der Vereinten Nationen Empfehlungen zu einem Standardobduktionsprotokoll erlassen. In Europa wurden 1999 Empfehlungen zur Harmonisierung rechtsmedizinischer Obduktionen erlassen, die aus folgenden Abschnitten bestehen:

- Prinzipien und allgemeine Regeln rechtsmedizinischer Obduktionen
- Untersuchung eines Tat- bzw. Fundortes
- Obduzenten
- Identifikation
- Allgemeine Gesichtspunkte
- Technik der Obduktion
- Obduktionsprotokoll
- Weitergehende Empfehlungen

Als allgemeine Empfehlung sollen Obduktionen bei allen nichtnatürlichen oder verdächtigen Todesfällen durchgeführt werden, insbesondere auch bei postintervallären **Todesfällen nach Gewalteinwirkung**. Im Einzelnen werden genannt:

- Tötungsdelikt oder vermutetes Tötungsdelikt
- Plötzlicher unerwarteter Tod
- Verletzung der Menschenrechte, Verdacht auf Folter
- Suizid oder vermuteter Suizid
- Verdacht auf Behandlungsfehler
- Unfälle (Verkehrsunfälle, Berufsunfälle, häusliche Unfälle)
- Berufserkrankungen oder Berufsunfälle
- Technische oder Umweltkatastrophen
- Tod im Gefängnis oder im Polizeigewahrsam
- Nicht identifizierte oder skelettierte Leiche

Obduzierende Ärzte müssen ihre Aufgabe in völliger Unabhängigkeit und Unparteilichkeit ausüben. Sie dürfen sich keinem äußeren Druck beugen und müssen in der Ausübung ihres Berufes und der Präsentation der Befunde unabhängig sein. Wo immer möglich sollte eine gerichtliche Obduktion – wie in Deutschland – durch zwei Ärzte ausgeführt werden, von denen mindestens einer in Rechtsmedizin bzw. Forensischer Pathologie qualifiziert sein sollte.

Selbst in einer hochtechnisierten Medizin ist die technisch vergleichsweise wenig aufwendige Obduktion nach wie vor der Goldstandard zur Klärung der Todesursache. Neben der Klärung der Todesursache haben Obduktionen folgende **Aufgaben**:

- Klärung der Todesart
- Abgleich prämortaler mit postmortalen Befunden
- Beitrag zu einer validen Todesursachenstatistik
- Monitoring des öffentlichen Gesundheitswesens
- Qualitätskontrolle der klinischen Diagnostik und Therapie
- Ausbildung von Medizinstudenten und Ärzten
- Identifizierung neuer Krankheiten
- Evaluation der Effizienz neuer Therapien
- Rückkopplung der Befunde an Angehörige
- Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen.

Neben der Klärung von Todesart und Todesursache ist ein weiterer wichtiger Punkt die **Rekonstruktion von zum Tode führenden Handlungs- und Bewegungsabläufen**.

Die Obduktion selbst stellt einerseits ein Instrument der Qualitätskontrolle der klinischen Diagnostik und The-

rapie dar, unterliegt andererseits selbst Kriterien der Qualitätskontrolle, die seit dem 19. Jahrhundert etabliert wurden. Von Bedeutung ist die AWMF-Leitlinie zur Durchführung gerichtlicher Obduktionen sowie die Recommendation No. R(99)3 of the Committee of Ministers to Member States on the Harmonization of Medicolegal Autopsy Rules. Die gerichtliche Obduktion nach § 87 StPO muss grundsätzlich von zwei Ärzten vorgenommen werden, von denen mindestens einer als Facharzt für Rechtsmedizin qualifiziert sein sollte. Die Weiterbildung zum Facharzt für Rechtsmedizin ist ihrerseits in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt.

Entsprechend den nationalen und internationalen Empfehlungen wird die Obduktion Schritt für Schritt vorgenommen, beginnend mit der Identifikation des Verstorbenen, der äußeren und inneren Besichtigung, der Abfassung des Obduktionsprotokolls inklusive des vorläufigen Gutachtens.

Für die Erhebung metrischer Daten (Körpergewicht, Körperlänge, Organgewichte) dürfen nur geeichte Instrumente verwendet werden. Bei allen Obduktionen sind Körperflüssigkeiten und Organanteile für weiterführende chemisch-toxikologische und histologische Untersuchungen sicherzustellen. Wie bei den technischen Anforderungen für die Bereiche Forensische Genetik und Toxikologie ist eine eindeutige Identifikation und die Vermeidung von Kontaminationen von Asservaten zu beachten. Für jeden Schritt der Obduktion müssen einzelne **Standard Operation Procedures** (SOP) vorliegen. Weiterhin muss ein sicherer Transport der Asservate vom Sektionssaal in die Laboratorien gewährleistet sein.

Wie die Obduzenten sollten auch die Präparatoren über eine berufsspezifische Qualifikation verfügen.

Zur Obduktion gehört die sorgfältige Wiederherstellung des Leichnams, die von Obduzenten und Präparator sicherzustellen ist.

Klinisch-forensische Medizin

Körperliche Untersuchungen, Untersuchungen eines Tat- oder Fundortes und die zweite ärztliche Leichenschau vor Feuerbestattungen fallen unter die Richtlinien nach DIN ISO/IEC 17020 (Allgemeine Kriterien für Inspektionsstellen). Derartige Untersuchungen sollten nach Möglichkeit immer durch einen qualifizierten Rechtsmediziner durchgeführt werden, zumindest unter dessen Aufsicht.

Literatur

Zu Kap. 1.1 bis 1.4

Bonte W (2000) History of Forensic Medicine. In: Siegel JA, Saukko PJ, Knupfer GC (Hrsg) Enzyclopaedia of Forensic Sciences, Bd. 3., S 1.064–1.070

Dürwald W (2000) Ermittler in Weiss. Tote sagen aus. Militzke, Leipzig

Dürwald W (2001) Tote unter Eid. Ein Rechtsmediziner ermittelt. Militzke, Leipzig

Fischer-Homberger E (Originalausgabe 1983, Taschenbuchausgabe 1988) Medizin vor Gericht. Zur Sozialgeschichte der Gerichtsmedizin. Verlag Hans Huber, Bern (Als Taschenbuchausgabe (1988) bei Luchterhand, Darmstadt)

Geserick G, Vendura U, Wirth I (2001) Zeitzeuge Tod. Spektakuläre Fälle der Berliner Gerichtsmedizin. Militzke, Leipzig

Geserick G, Vendura K, Wirth I (2003) Endstation Tod. Gerichtsmedizin im Katastropheneinsatz. Militzke, Leipzig

Herber F (2000) Sezierte Wahrheit. Aus den Analen des Gerichtsmediziners Richard Kockel. Militzke, Leipzig

Herber F (2002) Gerichtsmedizin unterm Hakenkreuz. Militzke, Leipzig

Madea B (2004) Special Issue 100th Anniversary of the German Society of Legal Medicine. For Sci Int 144:83–302

Madea B (2004) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin/Rechtsmedizin. Vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts o.O.

Madea B (2005) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin – aus der Sicht des für die Poster-Ausstellung und die begleitende Festschrift zuständigen Kollegen. In: Schneider V, Bockholt B (Hrsg) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. Festveranstaltung am 30. Oktober 2004 in Berlin (Harnack-Haus). Cuvillier Verlag, Göttingen, S 111–120

Madea B (2005) Zukunft der Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 15: 229-234

Madea B (2007) Rechtsmedizin in der Krise. Ursachen, Symptome, Therapie. ÖJZ 2: 54-60

Madea B (2010) Von den Maden zum Mörder. Die vielfältigen Ermittlungsmethoden der Rechtsmedizin. Militzke Verlag, Leipzig

Madea B, Dettmeyer R, Musshoff F (2005) Aufgaben rechtsmedizinischer Forschung – Differente Studientypen in Grundlagenfächern, Klinik und Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 15:10–17

Mallach HJ (1996) Geschichte der gerichtlichen Medizin im deutschsprachigen Raum. Schmidt-Römhild, Lübeck

Mende LJC (1819) Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Ärzte und Wundärzte Bd. I. Leipzig

Rückert S (2000) Tote haben keine Lobby. Die Dunkelziffer der vertuschten Morde. Hofmann und Lampe, Hamburg

Schneider V (2005) Brisante Fälle auf dem Sektionstisch. Militzke, Leipzig

Sung Tzu's (1981) The washing away of wrongs. Translated by Brian E. Mc Knight. Center of Chinese Studies. The University of Michigan

Thorwald J (1964) Das Jahrhundert der Detektive. Droemer, Zürich

Thorwald J (1966) Die Stunde der Detektive. Droemer, Zürich

Wirth I, Geserick G, Vendura V (2008) Das Universitätsinstitut für Rechtsmedizin der Charité 1833-2008. Schmidt-Römhild, Lübeck

Wirth I, Strauch H, Vendura K (2003) Das Institut für Rechtsmedizin der Humboldt Universität zu Berlin 1833–2003. Hänsel-Hohenhausen, Frankfurt am Main

Zu Kap. 1.5

Allgemeiner Leitfaden zur Umsetzung der ISO 17025 für forensische Laboratorien (Deutsche Übersetzung des ILAC Guidelines for Forensic Laboratories); http.//www.dakks.de

American Academy of Forensic Sciences (AAFS) (2009) So You Want to Be a Forensic Scientist! http://www.aafs.org/choosing-career (Date accessed 28 Dez 2011)

American Board of Forensic Toxicology (ABFT) http://www.abft.org (Date accessed 28 Dez 2011)

AWMF Leitlinien-Register Nr. 054/001, Entwicklungsstufe 3 (2007) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: Die rechtsmedizinische Leichenöffnung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-001_S3_Die_rechtsmedizinische_Leichenoeffnung_12-2007_12-2012.pdf. Zugegriffen: 28 Dez 2011

Bär W, Brinkmann B, Budowle B et al. (1997) DNA recommendations. Further report of the DNA Commission of the ISFH regarding the use of short tandem repeat systems. Int J Legal Med 110: 175-176

Bär W, Brinkmann B, Budowle B et al. (2000) DNA Commission of the International Society for Forensic Genetics: guidelines for mitochondrial DNA typing. Int J Legal Med 113: 193-196

Burton JL, Rutty GN (2010) The hospital autopsy. A manual of fundamental autopsy practice. Hodder Arnold, London

Butler JM (2001) Forensic DNA Typing. Academic Press, San Diego

Byard RW, Winskog C (2012) Histology in forensic practice – required or redundant? Forensic Sci Med Path 8: 56-57

College of American Pathologists (2006) Basic competencis in forensic pathology. A forensic pathology primer. Northfield, Illinois

Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Number R(99)3 of the Committee of Ministers to member states on the harmonisation of medicolegal autopsy rules

Editorial (1992) Second DNA recommendations. 1991 report concerning recommendations of the DNA commission of the International Society for Forensic Haemogenetics relating to the use of DNA polymorphisms. Int J Legal Med 104:361–364

Editorial (1992) DNA recommendations - 1992 report concerning recommendations of the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics relating to the use of PCR-based polymorphisms. Int J Legal Med 105:63–64

Editorial (1993) Statement by DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics concerning the National Academy of Sciences report on DNA Technology in Forensic Science in the USA. Forensic Sci Int 59:1–2

ENFSI guidelines (2008) Guidance on the production of best practice manuals within ENFSI. Issue No. 008; Issue date: 01-05-2008

ENFSI (2011) DNA-database management – review and recommendations – ENFSI DNA Working Group

EU-Ratsbeschluss vom 30. November 2009: „European Union Council Framework Decision 2009 on Accreditation of forensic service providers carrying out laboratory activities" (Document 15905/09) http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/09/st15/st15905.en09.pdf

EURACHEM/CITAC (2000) Quantifying Uncertainty in Ananlytical Measurement; 2nd edition. http://www.measurementuncertainty.org/pdf/QUAM2000-1.pdf (Date accessed 28 Dez 2011)

Forensic Toxicologist Certification Board (2011) Certification Requirements. http://home.usit.net/~robsears/ftcb/index.htm. Zugegriffen: 28 Dez 2011

Finkbeiner W, Ursell P, Davies R (2004) Autopsy pathology. A manual and atlas. Elsevier, Philadelphia

Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) (2006) [Society of Toxicological and Forensic Chemistry] Professional Title "Forensic Toxicologist GTFCh" http://www.gtfch.org/cms/index.php/forensictoxicologist (Date accessed 28 Dez 2011) (English translation, original German version published in Toxichem Krimtech 73 (3):118–125)

Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) (2006) [Society of Toxicological and Forensic Chemistry] Continuing Education Regulations for "Forensic Toxicologist GTFCh" http://www.gtfch.org/cms/index.php/ftcontinuingeducationregulations (Date accessed 28 Dez 2011) (English translation, original German version published in Toxichem Krimtech 73 (3): 126–127)

Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) [Society of Toxicological and Forensic Chemistry] Requirements for the validation of analytical methods. https://www.gtfch.org/cms/files/GTFCh_Richtlinie_Anhang%20B_Validierung_Version%201.pdf (Date accessed 28 Dez 2011) (Original German version published in Toxichem Krimtech (2009) 73 (3): 185–208)

Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) (2009) [Society of Toxicological and Forensic Chemistry] Guideline for quality control in forensic-toxicological analyses. https://www.gtfch.org/cms/images/stories/files/Guidelines%20for%20quality%20control%20in%20forensic-toxicological%20analyses%20%28GTFCh%2020090601%29.pdf (Date accessed 28 Dez 2011) (English translation, original German version published in Toxichem Krimtech 76 (3): 142–176)

Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) (2004) [Society of Toxicological and Forensic Chemistry] Recommendations for sampling postmortem specimens for forensic toxicological analyses and special aspects of a postmortem toxicology investigation. https://www.gtfch.org/cms/images/stories/files/Recommendations%20for%20sampling%20postmortem%20specimens%20%28Appendix%20D%29.pdf (Date accessed 28 Dez 2011) (English translation, original German version published in Toxichem + Krimtech 71 (2): 101–107

Gill P, Brenner C, Brinkmann B et al. (2001) DNA Commission of the International Society of Forensic Genetics: recommendations on forensic analysis using Y-chromosome STRs. Int J Leg Med 114: 305-309

Gjertson DW, Brenner CH, Baur MP et al (2007) ISFG: Recommendations on biostatistics in paternity testing. Forensic Sci Int Genet 1:223–231

ILAC (2002) Guidelines for Forensic Science Laboratories – ILAC 2002 – OLAC-G19

ISO/IEC 17025 (1998) General Criteria for the operation of various types of bodies performing inspection

ISO/IEC 17025 (2005) General requirements for the competence of testing and calibration laboratories

Kirschbaum KM, Musshoff F (2011) Quality Assurance Aspects of Interpretation of Results in Clinical and Forensic Toxicology. In: Bogusz MJ (Hrsg) Quality Assurance in the Pathology Laboratory: Forensic, Technical, and Ethical Aspects. CRC Press, Boca Raton, Florida, S 345

Ludwig J (2002) Handbook of autopsy practice, 3. Aufl. Humana Press, Totowa, New Jersey

Madea B (2012) Histology in forensic practice – required or redundant? A commentary. Forensic Sci Med Path 8:64–65

Madea B, Saukko P (Hrsg) (2008) Forensic medicine in Europe. Schmidt-Römhild, Lübeck

Madea B, Saukko P, Oliva A, Musshoff F (2010) Molecular pathology in forensic medicine. Introduction. Forensic Sci Int 203:3–14

Matuszewski BK, Constanzer ML, Chavez-Eng CM (2003) Strategies for the assessment of matrix effect in quantitative bioanalytical methods based on HPLC-MS/MS. Anal Chem 75(13):3019–3030

NAME Autopsy Standards and Inspections Checklist at www.thename.org

Mindeststandards zur Kontaminationsvermeidung (2010) Empfehlungen der Bund-Länder-Projektgruppe „DNA-Standards" in der Version vom 09.03.2010

Morling N, Allen RW, Carracedo A et al. (2002) Paternity Testing Commission of the International Society of Forensic Genetics: recommendations on genetic investigations in paternity cases. Forensic Sci Int 129: 148-157

Nordtest Technical Report 537, Handbook for Calculation of Measurement Uncertainty in Environmental Laboratories, 2003

Peters FT, Drummer OH, Musshoff F (2007) Validation of new methods. Forensic Sci Int 165:216–224

Pomara C, Fineschi V (2007) Manuale – atlante die technica autoptica forense. Piccin, Padua

Richtlinie der Gendiagnositk-Kommission (GEKO) für die Anforderung an die Durchführung genetischer Analysen zur Klärung der Abstammung und an die Qualifikation von ärztlichen und nichtärztlichen Sachverständigen gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 4 und Nr. 2b GenDG. Bundesgesundheitsbl 2013 – 56: 169-175; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Saternus K, Madea B (2007) Forensic autopsy. Handling of the human corpse Research in legal medicine, Bd. 36. Schmidt-Römhild, Lübeck

Saukko P, Knight B (2004) Knight's forensic pathology, 3. Aufl. Edward Arnold, London

Schneider PM, Fimmers R, Keil W et al (2006) Allgemeine Empfehlungen der Spurenkommission zur Bewertung von DNA-Mischspuren. Rechtsmedizin 16:401–404

Skopp G (2004) Preanalytical aspects in post-mortem toxicology. Forensic Sci Int 142(2-3):75–100

Skopp G (2010) Postmortem toxicology. Forensic Sci Med Pathol 6:314–325

Society of Forensic Toxicologists (SOFT) (2011= Briefing: What is Forensic Toxicology?. http://www.soft-tox.org/images/stories/otherfiles/WHAT_IS_FORENSIC_TOXICOLOGY.pdf (Date accessed 28 Dez 2011)

Thali M, Bolliger A (2011) Quality aspects in autopsy versus virtopsy. In: Bogusch MJ (Hrsg) Quality assurance in the pathology laboratory. CRC Press, Boca Raton, S 112–135

U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. Death Investigation: A Guideline for the Scene Investigator. Available at www.ojp.usdoj.gov

Virchow R (1876) Die Sektionstechnik im Leichenhause des Charité-Krankenhauses mit besonderer Rücksicht auf gerichtsärztliche Praxis. August Hirschwald, Berlin

Vorschrift für die Vornahme der gerichtlichen Totenbeschau. Reichsgesetzblatt für das Kaisertum Österreich, Verordnung der Ministerien des Inneren und der Justiz vom 28. Jänner 1855. In: Hochmeister M, Grassberger M, Stimpfl T (2007) Forensische Medizin für Studium und Praxis. 2. aktualisierte Auflage. Maudrich, Wien

Waters BL (2009) Handbook of autopsy practice, 4. Aufl. Humana Press, Totowa, New Jersey

Wiegand P, Madea B, Musshoff F (2014) International Guidelines and Accreditation in Forensic Medizin. In: Madea B (Hrsg) Handbook of Forensic Medicine. Wiley & Sons, Chichester

Stellung und Aufgaben des rechtsmedizinischen Sachverständigen

B. Tag

2.1 Überblick – 19

2.2 Besondere Sachkunde – 19

2.3 Sachverständige Zeugen – 19

2.4 Aufgaben des Sachverständigen – 19

2.5 Wirkung des Gutachtens für das Gericht – 20
2.5.1 Allgemein – 20
2.5.2 Einbringen des Gutachtens in den Prozess – 21

2.6 Bestellung und Auswahl der Gutachter – 22
2.6.1 Allgemeines – 22
2.6.2 Prozessuale Besonderheiten – 23
2.6.3 Ablehnung der Gutachter – 24
2.6.4 Pflicht zur Erstattung des Gutachtens – 24
2.6.5 Gutachtenverweigerungsrecht – 25
2.6.6 Entbindung von der Gutachtenspflicht – 25
2.6.7 Anfechtung der richterlichen Entbindung – 25

2.7 Gutachtenerstellung – 25
2.7.1 Allgemeines – 25
2.7.2 § 25 MBO-Ä – 25
2.7.3 Anleitung des Sachverständigen durch das Gericht, § 404a ZPO, § 78 StPO – 26
2.7.4 Abgrenzung Befundtatsachen – Zusatztatsachen – 26

2.8 Weitere Pflichten des Sachverständigen bei der Begutachtung – 27
2.8.1 Unverzügliche Prüfung des eigenen Fachgebiets – 27
2.8.2 Pflicht zur persönlichen Gutachtenerstattung – 27
2.8.3 Objektivität und Neutralität – 28
2.8.4 Bindung an das Beweisthema – 28
2.8.5 Grundsätzlich keine Stellungnahme zu Rechtsfragen – 28

B. Madea (Hrsg.), *Rechtsmedizin,*
DOI 10.1007/978-3-662-43500-7_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

2.8.6 Aktuelles Fachwissen – 29
2.8.7 Pflicht, vor dem Gericht zu Erscheinen – 29
2.8.8 Schweigepflicht – 29
2.8.9 Sanktionen – 29

2.9 Verantwortlichkeit des Sachverständigen – 30
2.9.1 Strafrechtliche Verantwortlichkeit – 30
2.9.2 Zivilrechtliche Haftung – 30

Literatur – 31

2.1 Überblick

Die Kenntnisse und Erfahrungen des rechtsmedizinischen Sachverständigen sind auf vielen Gebieten von Bedeutung. Namentlich die Behörden, Versicherungsträger, Staatsanwaltschaften und Gerichte ziehen externen Sachverstand bei, wenn sie medizinische Sachverhalte beurteilen. Obgleich der sachverständigen Person eine große Bedeutung zukommt, findet sich weder eine gesetzliche Definition des Begriffs Sachverständiger noch eine exakte Umschreibung seiner Aufgaben im Straf- oder Zivilprozessrecht, im Verwaltungsverfahrensrecht und im Verwaltungsprozessrecht.

Für die Begriffsbestimmung ist daher auf die Literatur und Rechtsprechung zurückzugreifen. Hier wird zwischen dem Sachverständigen im weiteren und engeren Sinne unterschieden.

Der Sachverständige

- **Sachverständiger im weiteren Sinne:** Eine Person, die in einem bestimmten Sachgebiet auf Grund ihrer Ausbildung oder praktischen Erfahrung besondere Sachkunde besitzt.
- **Sachverständiger im engeren Sinne:** Eine Person, die haupt- oder nebenberuflich ihre besondere Fachkenntnis und Sachkunde in Gutachten für Gerichte, Verwaltungsbehörden sowie Privatpersonen und juristische Personen unparteilich und objektiv einbringt.
- **Gerichtlicher Sachverständiger:** Eine Person, die kraft ihrer besonderen Fach- und Sachkunde vom Gericht im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens als prozessual zulässiges Beweismittel bestellt und herangezogen wird.
- **Privatgutachter:** Wird im Unterschied zum gerichtlichen Sachverständigen nicht als Beweismittel vom Gericht bestellt. Seine Bekundungen können von den Beteiligten im Verfahren bzw. im Zivilprozess von den Parteien als Parteivortrag in das Verfahren eingeführt werden.
- **Öffentlich bestellter Sachverständiger:** Person, die aufgrund besonderer gesetzlicher Vorschriften für ganz bestimmte Sachgebiete ausdrücklich zum Sachverständigen „öffentlich bestellt" wurde. Diese Berufsbezeichnung ist gemäß § 132a Abs. 1 Nr. 3 StGB strafrechtlich geschützt.

2.2 Besondere Sachkunde

Die besondere Sachkunde des Sachverständigen kann sowohl Tatsachen als auch Naturgesetzlichkeiten, aber auch Rechtsfragen, z. B. über die Rechtslage zum Umgang mit der Leiche in anderen Staaten, umfassen. Aufgrund der Allgemeingültigkeit seines Wissens ist der Sachverständige – anders als der Zeuge, der die eigenen Wahrnehmungen bekundet – grundsätzlich durch einen anderen austauschbar, z. B. bei Befangenheit, vgl. § 74 StPO.

Medizinische Sachverständige benötigen in der Regel die Approbation, d. h. die staatliche Genehmigung zur Ausübung bestimmter Heilberufe. Sachverständige im medizinisch-technischen Bereich haben üblicherweise ein entsprechendes (Fach-)Hochschulstudium mit Erfolg absolviert und sind auf dem Gebiet, auf dem sie Gutachten erstellen, langjährig tätig.

2.3 Sachverständige Zeugen

Das Prozessrecht kennt neben dem Sachverständigen auch den sachverständigen Zeugen, § 414 ZPO, § 85 StPO, §§ 97 f. VwGO. Auf ihn sind die Vorschriften über die Zeugen anwendbar. Der sachverständige Zeuge unterscheidet sich vom „normalen" Zeugen dadurch, dass er seine Wahrnehmungen nur machen konnte, weil er über eine besondere Sachkunde verfügt. Im Gegensatz zum Sachverständigen sagt der sachverständige Zeuge über vergangene Tatsachen oder Zustände aus, die er „zufällig", d. h. ohne vorhergehenden Gutachtensauftrag kraft seiner besonderen Sachkunde wahrgenommen hat. Auch ist die Ablehnung des sachverständigen Zeugen und sein Austausch – anders als beim Sachverständigen – nicht möglich und das Gericht darf seine Vernehmung nicht mangels Sachkunde ablehnen. Hat ein Sachverständiger Tatsachen bemerkt, die nicht vom Gutachtensauftrag umfasst sind, sei es zufällig oder im Rahmen der Sachverständigenbegutachtung, ist er insofern Zeuge und kann als Zeuge vernommen werden. Befragt das Gericht den sachverständigen Zeugen auch zu Wertungen der Tatsachen, die er wahrgenommen hat, wird er insoweit zum Sachverständigen.

2.4 Aufgaben des Sachverständigen

Die Aufgaben des rechtsmedizinischen Sachverständigen sind vielfältig. Er gibt dem Auftraggeber Auskünfte, stellt Tatsachen fest und beurteilt diese aufgrund seiner besonderen Fach- und Sachkunde. Je nach Auftrag kann es auch vorkommen, dass der Sachverständige die für die Gutachtenerstellung relevanten medizinischen Daten und Befunde zunächst erheben muss. Die Aufgaben ergeben sich aus dem an den Sachverständigen erteilten Auftrag.

Sachverständiger – sachverständiger Zeuge

Am Unfallort liegt das schwer verletzte Opfer. Der Laie erkennt, dass das Opfer stark blutet. Der Arzt als sachverständiger Zeuge vermag in der Regel zu erkennen, ob es sich um eine verletzte Vene oder Arterie handelt und kann dazu und auch zur Frage, welche Verletzungen er bei einem Unfallopfer an der Unfallstelle festgestellt hat, im Strafprozess aussagen. Der medizinische Sachverständige hingegen macht dazu Ausführungen, ob die Wahrnehmungen, wie sie der sachverständige Zeuge machte, überhaupt möglich sind. Er erstellt aber auch z. B. ein Gutachten zur Frage, ob das nun vorliegende HWS-Trauma auf einen konkreten Unfall zurückzuführen ist (Kausalität) und wenn ja, ob hieraus eine dauernde oder vorübergehende Erwerbsminderung folgt.
Der Arzt ist sachverständiger Zeuge in Bezug auf die von ihm im Rahmen einer Behandlung gestellte Diagnose. Er ist auch sachverständiger Zeuge in Bezug auf seine Wahrnehmungen zum Verhalten der zu untersuchenden Person, das diese anlässlich einer Blutprobenentnahme gezeigt hat. Er ist Sachverständiger, wenn er die BAK und die möglichen Auswirkungen auf die Reaktionsfähigkeit der untersuchten Person schildert.

Aufgaben des Sachverständigen

- **Sachverständige Auskünfte**
  - Zur statistischen Häufigkeit bestimmter Komplikationen bei Anwendung einer bestimmten Operationsmethode
  - Über die notwendigen persönlichen Qualifikationserfordernisse und sachliche Voraussetzungen für die Durchführung eines bestimmten medizinischen Eingriffs
  - Über die geltenden Leitlinien oder sonst allgemein verbindlichen Methoden einer Behandlung
- **Feststellung von Tatsachen**
  - Feststellung der Blutalkoholkonzentration bzw. von Intoxikation im Blut
  - Ob nach einer Operation im Körper des Patienten ein Fremdkörper zurückgelassen wurde
- **Beurteilung von Tatsachen, Schlussfolgerungen**
  - Ob die mit Hilfe von CT, MRI oder Ultraschall festgestellten und der Operation zugrunde gelegten Befunde richtig interpretiert wurden
  - Feststellung, ob das am Tatort vorgefundene Hilfsmittel geeignet war, die Verletzungen des Opfers herbeizuführen
  - Rekonstruktion eines Unfallgeschehens zur Beurteilung, ob der eingetretene Schaden auf der Verletzungshandlung beruht, z. B. mit Hilfe der Virtopsie
- **Psychiatrische Gutachten bezüglich der Gefährlichkeit des Täters**
  - Bei Schuldunfähigkeit bezüglich der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB, § 80a StPO, § 246a StPO)
  - Bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB, § 80a StPO, § 246a StPO)
  - Bei der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB, § 80a StPO, § 246a StPO)
  - Bei Therapieweisungen (§ 246a Abs. 2 StPO)
- **Psychiatrische Gutachten bezüglich der Therapierbarkeit des Täters** bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB, § 80a StPO, § 246a StPO)
- **Rechtsmedizinische Gutachten**
  - Über Verletzungsfolgen und Todesursachen
  - Zur Blutalkohol- oder Blutgruppenbestimmung
- **Gutachten**
  - Über die Geschäfts- oder Prozessfähigkeit im Zivilprozess oder im Entmündigungsverfahren
  - Über die Testierfähigkeit im Nachlassverfahren
  - Zur Berufs- und Erwerbs(-un-)fähigkeit im sozialgerichtlichen Verfahren
  - Zu Fragen der Kausalität, z. B. zwischen Operationsmisserfolg und eingetretenem Tod bzw. Gesundheitsschädigung des Patienten

Der rechtsmedizinische Sachverständige ist sowohl innerwie außerhalb des gerichtlichen Verfahrens mit der Beurteilung rechtsmedizinischer Sachverhalte befasst.

Fallbeispiele (rechts-)medizinischer Begutachtung

- Psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren
  - Zur Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit des Beschuldigten (§ 20 StGB)
  - Zur verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB)

2.5 Wirkung des Gutachtens für das Gericht

2.5.1 Allgemein

Die rechtsprechende Gewalt geht allein von den Gerichten aus. Nur die Richter sind unabhängig und lediglich dem Gesetz unterworfen, Art. 97 GG. Das bedeutet im Verhältnis zum (rechts-)medizinischen Sachverständigen, dass er das Gericht durch seine Expertise unterstützt, aber nicht

selbst zur Entscheidung berufen ist. Dies gilt selbst dann, wenn das Gericht aufgrund des rechtlich zu beurteilenden komplexen und schwierigen medizinischen Sachverhaltes auf die Erklärungen des Sachverständigen angewiesen ist (BGH Beschluss v. 28.10.2009 – 5 StR 419/09, NStZ 2010, 100 f.). Ein solcher Fall liegt regelmäßig in **Arzthaftungsangelegenheiten** vor, da den Gerichten oftmals die entsprechende medizinische Sachkompetenz fehlt, so dass mit Hilfe von Gutachten dieses Defizit auszugleichen ist (BGH Urt. v. 13.2.2001 – VI ZR 272/99, NJW 2001, 2796 f.). Legt der Tatrichter in seiner Entscheidung nur dar, zu welchem Ergebnis der Sachverständige gelangt ist, ohne festzustellen, ob und wenn ja, aus welchen Gründen das Gericht sich die Erkenntnisse aus dem Gutachten zu eigen macht, so entspricht dies nicht den gesetzlichen Vorgaben an die richterliche Beweiswürdigung.

Um in komplexen Arzthaftungsfällen zu gewährleisten, dass auf Seiten des Gerichts genügend medizinische Sachkunde vorhanden ist, um den Ausführungen der Gutachter zu folgen und die normativen Schlüsse hieraus zu ziehen, wurden vermehrt spezialisierte Fachsenate auf der Ebene der Oberlandesgerichte gebildet. Und auch bei den Landgerichten finden sich immer mehr Spezialisten in Arzthaftungssachen.

Die Gutachter haben keinen Anspruch darauf, dass die Gerichte die Ergebnisse des Gutachtens ihren normativen Erwägungen zugrunde legen. Denn auch Gutachten von Sachverständigen unterliegen grundsätzlich der freien Beweiswürdigung durch die Gerichte, § 261 StPO.

Gesetzestext

§ 261 StPO
Über das Ergebnis der Beweisaufnahme entscheidet das Gericht nach seiner freien, aus dem Inbegriff der Verhandlung geschöpften Überzeugung.

Bei triftigen Gründen kann das Gericht von den sachverständigen Feststellungen abweichen, wenn es nach sorgfältiger und kritischer Überprüfung an dessen Richtigkeit ernsthaft zweifelt. In diesem Fall muss es seine abweichende Meinung sachlich begründen und die hierfür nötige eigene Fach- und Sachkompetenz hinreichend darlegen. Fehlt sie, muss das Gericht den Sachverständigen zu einer Ergänzung oder mündlichen Erläuterung seines Gutachtens veranlassen bzw. einen weiteren Sachverständigen beauftragen.

Zulässige Abweichung vom Gutachten

- Wenn zwei oder mehrere Gutachten vorliegen, die voneinander in wesentlichen Punkten abweichen.
- Wenn widersprüchliche Äußerungen im Gutachten vorhanden sind.
- Wenn der Gutachter bei einer nachfolgenden Einvernahme in wichtigen Punkten von der im Gutachten vertretenen Auffassung abweicht.
- Wenn das Gutachten sich ausdrücklich auf bestimmte Akten oder Zeugenaussagen stützt, deren Beweiswert oder Gehalt vom Richter anders bewertet werden.

2.5.2 Einbringen des Gutachtens in den Prozess

Ob der Gutachter das Gutachten in einer der gerichtlichen Entscheidung vorhergehenden mündlichen Verhandlung erläutern muss bzw. vom Gericht dazu aufgefordert wird, hängt zum einen von der Prozessordnung und zum anderen von dem Erklärungs- und Erläuterungsbedarf des Gerichtes ab.

Strafprozessrecht

In der strafrechtlichen Hauptverhandlung wird das rechtsmedizinische Gutachten im Rahmen der Beweisaufnahme in den Prozess eingeführt.

Als Grundregel gilt § 256 StPO. Danach können die Gutachten unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen verlesen werden.

Gesetzestext

§ 256 StPO
(1) Verlesen werden können
1. die ein Zeugnis oder ein Gutachten enthaltenden Erklärungen
   a. öffentlicher Behörden,
   b. der Sachverständigen, die für die Erstellung von Gutachten der betreffenden Art allgemein vereidigt sind, sowie
   c. der Ärzte eines gerichtsärztlichen Dienstes mit Ausschluss von Leumundszeugnissen,
2. ärztliche Atteste über Körperverletzungen, die nicht zu den schweren gehören,
3. ärztliche Berichte zur Entnahme von Blutproben,
4. Gutachten über die Auswertung eines Fahrtschreibers, die Bestimmung der Blutgruppe oder des Blutalkoholgehalts einschließlich seiner Rückrechnung und
5. Protokolle sowie in einer Urkunde enthaltene Erklärungen der Strafverfolgungsbehörden über

> Ermittlungshandlungen, soweit diese nicht eine Vernehmung zum Gegenstand haben.
> [...]

Ist das Gutachten von einer kollegialen Fachbehörde, z. B. von einem rechtsmedizinischen Institut, erstellt worden, so kann das Gericht die Behörde ersuchen, eines ihrer Mitglieder mit der Vertretung des Gutachtens in der Hauptverhandlung zu beauftragen, § 256 Abs. 2 StPO. Diese Vertretung setzt voraus, dass das Gutachten durch Verlesung ordnungsgemäß in die Hauptverhandlung eingebracht wurde.

Fallbeispiel – Vertretung des Sachverständigen nach § 256 Abs. 2 StPO

Der Sachverständige Prof. X vom gerichtsmedizinischen Institut der Universität U stellt in seinem schriftlichen Gutachten fest, dass das von ihm untersuchte Blut zum Zeitpunkt der Blutentnahme eine BAK von 1,9 ‰ aufwies. Zur Hauptverhandlung ist aber nicht der Sachverständige, Prof. X., sondern Frau Dr. Z. vom gleichen Institut gekommen. Im Rahmen der Beweisaufnahme hat sie als Stellvertreterin des Sachverständigen – und nicht als Zeugin – über den Blutalkoholgehalt zur Tatzeit bekundet. Das schriftliche Gutachten ist nicht verlesen worden.

Das geschilderte Vorgehen ist **rechtsfehlerhaft**. Das Gutachten wurde nicht in einer der StPO entsprechenden Weise in die Hauptverhandlung eingeführt.

Rechtlich **bedenkenfrei** wäre es gewesen, das Gutachten des Instituts zu verlesen, vgl. § 256 Abs. 1 StPO. Die vertretungsweise erschienene Gutachterin hätte sodann daran anknüpfen und das Gutachten näher erläutern können, vgl. OLG Köln, Urt. v. 7.7.1964 – Ss 181/64, NJW 1964, 2218.

Öffentliche Behörden im Sinne von § 256 Abs. 1 StPO sind insbesondere die Institute für Rechtsmedizin sowie staatliche oder von Selbstverwaltungskörperschaften getragene Krankenhäuser. Keine öffentlichen Behörden sind namentlich privatrechtlich organisierte oder in Trägerschaft eines Ordens geführte konfessionelle Krankenhäuser.

Die Verlesung von Gutachten allgemein vereidigter Sachverständiger ist zulässig, da ihre Ausführungen in der Regel von Sachautorität geprägt sind, die es rechtfertigt, sie den Behördengutachten gleichzustellen.

Ärztliche Atteste über Körperverletzungen, die nicht zu den schweren, § 226 StGB, gehören, sind solche über vorsätzliche und gefährliche Körperverletzungen, §§ 223, 224 StGB, sowie alle fahrlässigen Körperverletzungen, § 229 StGB, ohne Rücksicht auf ihre Folgen. Vorausgesetzt ist, dass das Attest ausschließlich dem Nachweis einer solchen Körperverletzung oder des sie betreffenden Schuldumfangs dient und nicht weiterer Tatsachen.

Beispiel: Ein Arzt erstellt ein Attest über eine gefährliche Körperverletzung, über den Zustand der Kleidung der untersuchten Person und den zusätzlich erhobenen gynäkologischen Befund. In der Hauptverhandlung verlesbar sind hier nur diejenigen Teile des ärztlichen Attests, die die Körperverletzung selbst betreffen. Nicht verlesbar sind die weiteren Angaben des Arztes.

Bezüglich der Blutproben sind die ärztlichen Berichte über Ort und Zeit der Blutentnahme, das Erscheinungsbild des Untersuchten und die Ergebnisse klinischer Tests verlesbar.

Bestehen Bedenken gegen die Richtigkeit des Gutachtens oder seiner tatsächlichen Grundlagen, so muss der Sachverständige gehört werden.

Liegen die Voraussetzungen der Verlesung nach § 256 StPO nicht vor, ist das Gutachten vom bestellten Gutachter mündlich zu erstatten oder kann unter den einschränkenden Vorgaben von § 251 StPO verlesen werden.

Zivilprozessrecht

Der Sachverständige ist ein Beweismittel gemäß der ZPO. Daher ordnet das Gericht die Beweisaufnahme durch Sachverständigengutachten auf Anregung der Parteien oder von Amts wegen an.

Schriftliche Sachverständigengutachten aus anderen Verfahren können gemäß § 411a ZPO als Sachverständigenbeweis im Zivilverfahren verwendet werden. Die Parteien haben jedoch das Recht, die Anhörung des Sachverständigen zu verlangen, ihm Fragen zu stellen oder Ergänzung des Gutachtens zu beantragen. Gutachten aus selbständigen Beweisverfahren, §§ 485 ff. ZPO, zählen zum Sachverständigenbeweis.

Für den Beweis durch Sachverständige gelten die Vorschriften über den Beweis durch Zeugen entsprechend, insoweit nicht in den §§ 402 ff. ZPO abweichende Vorschriften enthalten sind.

2.6 Bestellung und Auswahl der Gutachter

2.6.1 Allgemeines

Die Auswahl der hinzuzuziehenden Sachverständigen und deren Anzahl erfolgt grundsätzlich durch das zur Entscheidung berufene Gericht, vgl. § 404 Abs. 1 ZPO, § 73 Abs. 1 StPO, § 21 SGB X, § 118 Abs. 1 SGG i. V. m. §§ 402 ff. ZPO. Diese Zuständigkeit bezieht sich auf das Sachgebiet und die konkret zu beauftragende Person.

2.6.2 Prozessuale Besonderheiten

Zivilprozess

Im Zivilprozess muss das Gericht den Gutachter auswählen, wenn sich die Parteien nicht auf eine bestimmte Person geeinigt haben, § 404 ZPO. Es kann sich hierbei beraten lassen, z. B. von den Ärztekammern oder einer ärztlichen Fachgesellschaft. Soweit das Gericht nicht auf öffentlich bestellte Sachverständige zurückgreifen kann, muss es selbst prüfen, ob der von ihm zu benennende Gutachter die nötige Fach- und Sachkunde besitzt. Richterliche Kenntnisse aus dem Studium der Fachliteratur, der mehrmaligen Bearbeitung verwandter Rechtsfälle und aus langjähriger Erfahrung genügen bei Haftungsfällen wegen ärztlicher Behandlungsfehler meist nicht, um auf die Einholung eines Sachverständigengutachtens verzichten zu können (BGH, Urt. v. 10.05.1994 – VI ZR 192/93, NJW 1994, 2419, 2421).

Gesetzestext

§ 404 ZPO Sachverständigenauswahl
(1) Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl erfolgt durch das Prozessgericht. Es kann sich auf die Ernennung eines einzigen Sachverständigen beschränken. An Stelle der zuerst ernannten Sachverständigen kann es andere ernennen.
(2) Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.
(3) Das Gericht kann die Parteien auffordern, Personen zu bezeichnen, die geeignet sind, als Sachverständige vernommen zu werden.
(4) Einigen sich die Parteien über bestimmte Personen als Sachverständige, so hat das Gericht dieser Einigung Folge zu geben; das Gericht kann jedoch die Wahl der Parteien auf eine bestimmte Anzahl beschränken.

Strafverfahren

Im Strafverfahren ist grundsätzlich zu unterscheiden: Nach Zulassung der Anklage und Eröffnung des Hauptverfahrens bestellt der Richter die Gutachter, § 73 StPO. Im Eröffnungsverfahren, § 202 StPO, ist für die Bestellung das Gericht zuständig, bei dem Anklage erhoben worden ist; nach Eröffnung des Hauptverfahrens ist das erkennende Gericht zuständig. Bei der Bestellung einer Fachbehörde, z. B. einer medizinischen Fakultät, bedarf es keiner weiteren Bezeichnung der Person des Gutachters. In allen anderen Fällen muss der Richter die Person des Gutachters selbst auswählen. Es ist z. B. unzulässig, eine private Klinik mit der Gutachtenserstellung zu beauftragen. Vielmehr muss ein bei der Klinik tätiger Arzt bzw. eine dort tätige Ärztin mit der Gutachtertätigkeit beauftragt werden.

Gesetztestext

§ 73 StPO
(1) Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl erfolgt durch den Richter. Er soll mit diesen eine Absprache treffen, innerhalb welcher Frist die Gutachten erstattet werden können.
(2) Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es fordern.

Im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren liegt die Zuständigkeit für die Gutachterbestellung nach herrschender, aber nicht unbestrittener Ansicht regelmäßig in der Kompetenz der Staatsanwaltschaft, § 161a Abs. 1 S. 2 StPO. Droht die Verdunkelung des aufzuklärenden Sachverhaltes und erlaubt daher die Beauftragung eines Sachverständigen „keinen Aufschub“, sind auch die Behörden und Beamten des Polizeidienstes zur Bestellung zuständig, § 163 Abs. 1 S. 1 StPO. Der erkennende Richter kann freilich einen anderen als den durch die Ermittlungsbehörden beauftragten Sachverständigen bestellen, wenn das Verfahren dazu Anlass gibt (BGH Urt. v. 12.2.1998 – 1 StR 588/97, BGHSt 44, 26, 32).

Bei der Gutachterbestellung durch die Staatsanwaltschaft ist Nr. 70 der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV) zu beachten.

Gesetzestext

Nr. 70 RiStBV, Auswahl des Sachverständigen und Belehrung
(1) Während des Ermittlungsverfahrens gibt der Staatsanwalt dem Verteidiger Gelegenheit, vor Auswahl eines Sachverständigen Stellung zu nehmen, es sei denn, dass der Gegenstand der Untersuchung ein häufig wiederkehrender, tatsächlich gleichartiger Sachverhalt (z. B. Blutalkoholgutachten) ist oder eine Gefährdung des Untersuchungszwecks (vgl. § 147 Abs. 2 StPO) oder eine Verzögerung des Verfahrens zu besorgen ist.
(2) Ist dem Staatsanwalt kein geeigneter Sachverständiger bekannt, so ersucht er die Berufsorganisation oder die Behörde um Vorschläge, in deren Geschäftsbereich die zu begutachtende Frage fällt.
[…]

Obgleich die Entscheidung, Sachverständigenbeweis zu erheben, um die fehlende eigene Sachkunde auszugleichen, grundsätzlich im gerichtlichen Ermessen liegt, ist dieses namentlich bei medizinischen Fragen sowohl im Haftpflichtrecht als auch bei der Bewertung kriminaltechnischer Befunde und gerichtsmedizinischer Fragestellungen stark eingeschränkt.

Hält das Gericht die Gutachterbestellung aufgrund eigener Sachkunde für entbehrlich, vgl. z. B. § 244 Abs. 4 StPO, muss es nachvollziehbar in den Urteilsgründen darlegen, worauf seine eigene Sachkunde gründet (BGH Beschluss v. 23.5.2012 – 5 StR 174/12 m. w. N., NStZ-RR 2012, 353). Bei einem Kollegialgericht genügt es jedoch, wenn nur ein dazugehöriger Richter oder ehrenamtlicher Richter die erforderliche Sachkunde besitzt (BGH Urt. v. 29.2.1952 – 1 StR 631/51, BGHSt 2, 163, 165).

Die Strafprozessordnung spricht dem Richter in etlichen, namentlich rechtsmedizinischen Fragen von vornherein die ausreichende Sachkunde ab. Erforderlichenfalls ist ein Sachverständiger anzuhören, vgl. z. B. §§ 80a, 81, 81a, 87–90, 91, 92, 246a, 275a, 454 Abs. 2 StPO.

Gesetzestext

§ 81a StPO (Körperliche Untersuchung; Blutprobe)
(1) Eine körperliche Untersuchung des Beschuldigten darf zur Feststellung von Tatsachen angeordnet werden, die für das Verfahren von Bedeutung sind. Zu diesem Zweck sind Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist.
(2) Die Anordnung steht dem Richter, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung auch der Staatsanwaltschaft und ihren Ermittlungspersonen (§ 152 des Gerichtsverfassungsgesetzes) zu.
(3) Dem Beschuldigten entnommene Blutproben oder sonstige Körperzellen dürfen nur für Zwecke des der Entnahme zugrundeliegenden oder eines anderen anhängigen Strafverfahrens verwendet werden; sie sind unverzüglich zu vernichten, sobald sie hierfür nicht mehr erforderlich sind.

Gesetzestext

§ 87 StPO Leichenschau, Leichenöffnung
[…]
(2) 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 des Instituts 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 jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben. Die Staatsanwaltschaft kann an der Leichenöffnung teilnehmen. Auf ihren Antrag findet die Leichenöffnung im Beisein des Richters statt.
[…]

2.6.3 Ablehnung der Gutachter

Ein Sachverständiger kann aus denselben Gründen, die zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden, § 74 StPO, § 406 ZPO. Die Besorgnis der Befangenheit besteht, wenn aus der Sicht eines vernünftigen Betrachters objektive Umstände vorliegen, die Zweifel an der Objektivität und Unparteilichkeit des Sachverständigen erregen (BGH Beschluss v. 15.03.2005 – VI ZB 74/04, NJW 2005, 1869).

Mögliche Ablehnungsgründe eines Gutachters

- Wenn er selbst durch die Straftat verletzt ist.
- Wenn er Ehegatte, Lebenspartner, Vormund oder Betreuer des Beschuldigten oder des Verletzten ist oder gewesen ist.
- Wenn er mit dem Beschuldigten oder mit dem Verletzten in gerader Linie verwandt oder verschwägert, in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandt oder bis zum zweiten Grad verschwägert ist oder war.
- Wenn er in der Sache als Beamter der Staatsanwaltschaft, als Polizeibeamter, als Anwalt des Verletzten oder als Verteidiger tätig gewesen ist.
- Bei Besorgnis der Befangenheit, d. h. wenn ein Grund vorliegt, der an der Unparteilichkeit des Gutachters zweifeln lässt.

2.6.4 Pflicht zur Erstattung des Gutachtens

Der Arzt bzw. die Ärztin kann aufgrund eines Werkvertrages zur Gutachtenerstellung verpflichtet sein. Eine Ver-

pflichtung kann aber auch aus dem Arbeitsvertrag bzw. deren Beamtenstatus folgen. Auch muss der Arzt aufgrund seiner Approbation oder sonstigen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde der Bestellung zum Gutachter durch das Zivil- oder Strafgericht bzw. der Staatsanwaltschaft grundsätzlich Folge leisten, §§ 75 Abs. 1, 161a StPO, § 407 Abs. 1 ZPO. Weiterhin kann sich seine Verpflichtung zur Gutachtenerstattung z. B. aus dem öffentlichen Recht, vgl. §§ 26 Abs. 3, 65 Abs. 1 VwVfG bzw. § 21 Abs. 3 SGB X ergeben.

Weigert sich der Sachverständige, ohne dazu berechtigt zu sein, das Gutachten zu erstellen, wird ihm auferlegt, die dadurch verursachten Kosten zu ersetzen, § 77 StPO, § 409 ZPO.

Gesetzestext

§ 75 StPO
(1) Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt oder wenn er zu ihrer Ausübung öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.
(2) Zur Erstattung des Gutachtens ist auch der verpflichtet, welcher sich hierzu vor Gericht bereit erklärt hat.

2.6.5 Gutachtenverweigerungsrecht

Im Unterschied zu den Richtern können sich medizinische Sachverständige nicht selbst ablehnen. Jedoch berechtigen dieselben Gründe, die einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, auch den Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens, § 76 StPO, § 408 ZPO. Unterliegt der zur Gutachtenerstellung aufgeforderte Arzt der Schweigepflicht, so kann er die Erstellung des Gutachtens ablehnen, soweit er nicht vom Geheimnisherrn von der Schweigepflicht entbunden wurde, § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB, § 53 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 S. 1 StPO, § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO.

2.6.6 Entbindung von der Gutachtenspflicht

Zudem können sich Sachverständige von der Pflicht zur Begutachtung entbinden lassen, § 408 ZPO, § 76 StPO. So z. B. bei nachweisbarer Arbeitsüberlastung, die den Gutachter hindert, zeitgerecht das Gutachten zu erstellen oder wenn ein sonstiger Ablehnungsgrund (s. oben) vorliegt.

2.6.7 Anfechtung der richterlichen Entbindung

Strafverfahren Wird dem Antrag des Sachverständigen auf Entbindung stattgegeben, kann er den Entbindungsbeschluss mangels Beschwer nicht anfechten. Wird der Antrag abgelehnt, kann der Sachverständige einfache Beschwerde einlegen, soweit es sich nicht um einen Beschluss des OLG handelt, § 304 Abs. 4 S. 2 StPO.

Zivilprozess Im Zivilprozess ist die Entscheidung des richterlichen Dispenses, wenn dem Gutachter ein Gutachtenverweigerungsrecht nicht zusteht, nicht anfechtbar, vgl. §§ 408 Abs. 1 S. 2, 355 Abs. 2 ZPO.

2.7 Gutachtenerstellung

2.7.1 Allgemeines

Das Gutachten ist nach bestem Wissen und Stand der Wissenschaft im jeweiligen Fachgebiet zu erstellen. Erkennt der Sachverständige, dass er die persönlichen oder die vorgegebenen fachlichen Grenzen erreicht hat, muss er die Souveränität besitzen, sich dieses einzugestehen und das Heranziehen weiterer Gutachter vorschlagen. Die vom Gutachter erhobene Vorgeschichte (Anamnese) muss vollständig sein. Die Befunde, z. B. der körperlichen, neurologischen und psychopathologischen Untersuchung, sowie die technischen Untersuchungen müssen vollständig und einwandfrei durchgeführt und dokumentiert sein.

2.7.2 § 25 MBO-Ä

§ 25 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) verpflichtet den Arzt bzw. die Ärztin zur Anwendung der notwendigen Sorgfalt und des besten Wissens bei der Gutachtenerstattung. Die ärztliche Begutachtung ist Pflichtbestandteil der Weiterbildung für alle Arztbezeichnungen. Um der unterschiedlichen Qualität der ärztlichen Begutachtung entgegenzuwirken, hat die Bundesärztekammer ein eigenes Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ veröffentlicht.

Gesetzestext

§ 25 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)
Ärztliche Gutachten und Zeugnisse
Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen

Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

2.7.3 Anleitung des Sachverständigen durch das Gericht, § 404a ZPO, § 78 StPO

§ 404a ZPO und § 78 StPO schreiben die Pflicht des Gerichts, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten, fest. Diese allgemeine Leitungs- und Weisungspflicht erklärt sich aus der Stellung des Sachverständigen als „neutraler Richtergehilfe". Sie betrifft die Vorbereitung des Gutachtens, während der Hauptverhandlung obliegt dem Gericht sowieso die Leitung. Inwieweit das Gericht diese Pflicht ausübt, darüber entscheidet die Besonderheit des Einzelfalles. Maßgebend ist insbesondere die bisherige forensische Erfahrung des Sachverständigen.

Bei einem primär im Sozialversicherungsrecht tätigen Sachverständigen kann ein richterlicher Hinweis auf die unterschiedlichen Kausalitäts- und Beweisanforderungen im Arzthaftungsprozess nötig sein.

Das Gericht bzw. die sonst zur Beauftragung zuständige Stelle muss dem Sachverständigen den Auftrag verständlich und unzweideutig erteilen. Es hat ihm insbesondere die Punkte vorzugeben, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind. Auch muss es dem Sachverständigen die Anknüpfungstatsachen mitteilen, die bei der Erstattung seines Gutachtens als Grundlage dienen.

Die allgemein gehaltene Anordnung einer „… körperlichen Untersuchung nach § 81a StPO soweit der Sachverständige dies für geboten hält …", genügt nicht den Bestimmtheitsanforderungen. D. h. diese Auftragserteilung ist rechtwidrig, vgl. OLG Düsseldorf, Beschluss v. 30.08.2011 – III-4 Ws 488/11.

Das Gericht darf im Zivilprozess davon ausgehen, dass der Sachverständige bei seinem Aktenstudium den unstreitigen Sachverhalt richtig erkennt. Bei streitigen Tatsachen hat das Gericht zu bestimmen, wovon als Anknüpfungstatsache ausgegangen werden soll. Sowohl im Straf- wie auch im Zivilprozess kann das Gericht den Gutachter ersuchen, die gutachterliche Stellungnahme auf alternativer Tatsachengrundlage vorzunehmen.

Kommen für die Erstellung des Gutachtens **neuartige Untersuchungsmethoden** in Betracht, ist vorab zu klären, ob und inwieweit sie gemäß den Vorschriften der geltenden Prozessordnung angewendet werden dürfen. So muss z. B. die Ermittlung der Willensfreiheit als Grundlage der Schuldfähigkeit mit Hilfe von bildgebenden Verfahren in der Hirnforschung im Einklang mit den Regelungen der StPO stehen.

Erfordert es die Besonderheit des Falles, hat das Gericht den Sachverständigen vor Abfassung der Beweisfragen zu hören. Dies ist gerade bei medizinrechtlichen Fragen von großer Bedeutung, wenn bei komplexen Sachverhalten bereits die Formulierung des Beweisbeschlusses schwierig ist. Das Ermitteln und Aufklären der **Anknüpfungstatsachen** darf dem Sachverständigen aber nur überlassen werden, wenn dem Gericht bereits dazu die erforderliche, besondere Sach- und Fachkunde fehlt. Die Ermittlung von Anknüpfungstatsachen kann z. B. erfolgen durch die Sichtung der Krankenhausunterlagen oder Arztberichte oder die Untersuchung zur Feststellung eines Gesundheitszustandes.

2.7.4 Abgrenzung Befundtatsachen – Zusatztatsachen

Die vom Sachverständigen kraft seines Auftrages selbst ermittelten Anknüpfungstatsachen werden auch als Befundtatsachen bezeichnet. Der Sachverständige muss in seinem Gutachten offenlegen, wie er sie aufgeklärt hat und welche von ihnen in das Gutachten eingeflossen sind. Das Gericht bestimmt zudem, ob und inwieweit der Sachverständige mit den Parteien in Verbindung treten darf, z. B. um eine Untersuchung durchzuführen, vgl. § 404a ZPO, § 80 StPO. Von den Befundtatsachen sind die Zusatztatsachen abzugrenzen. Das sind solche, die auch das Gericht mit den ihm zur Verfügung stehenden Erkenntnis- und Beweismitteln feststellen könnte.

Befundtatsachen – Zusatztatsachen

- **Befundtatsachen**
  - Definition: Tatsachen, die der Sachverständige aufgrund besonderer Sachkunde erkennen konnte und kraft Auftrags durch das Gericht ermitteln sollte.
  - Beispiel: Die Feststellungen des medizinischen Sachverständigen, die er aufgrund ärztlicher Untersuchung oder ärztlicher Eingriffe gemacht hat.

- **Zusatztatsachen**
  - Definition: Tatsachen, die der Gutachter anlässlich der Begutachtung feststellt, die das Gericht aber selbst unter Nutzung seiner Erkenntnis- und Beweismittel hätte feststellen können.
  - Beispiel: Der Gutachter erfährt bei seinen Abklärungen erhebliche, das Tatgeschehen betreffende Tatsachen dadurch, dass er die zu untersuchende Person befragt. Dies geschieht nicht auf Grund einer fachkundigen Untersuchung, sondern mit Mitteln, deren sich auch das nicht fachkundige Gericht bedienen kann, so dass es sich hier um die Gewinnung von Zusatztatsachen handelt.

Soweit verfahrensrechtliche Vorschriften gelten, die der Sachverständige, z. B. bei der Ermittlung von Anknüpfungstatsachen, einzuhalten hat, ist er – wenn er die Vorschriften nicht kennt – vom Gericht hierüber aufzuklären: Aufklärung über die Dauer der Beobachtung im psychiatrischen Krankenhaus, § 81 StPO, oder über den Umstand, dass körperliche Eingriffe einer besonderen Anordnung bedürfen, § 81a StPO.

Bei den Ermittlungen von Anknüpfungstatsachen gilt im Zivilprozess der Grundsatz der Parteiöffentlichkeit, es sei denn, dies ist den Beteiligten nicht zumutbar, wie z. B. bei der Durchführung einer medizinischen Untersuchung.

Verwertung von Befund- und Zusatztatsachen im Prozess

- Berichtet der Gutachter im Prozess über die von ihm erhobenen Befundtatsachen, so gelten für die Erhebung und Verwertung die Regeln über den Sachverständigenbeweis.
- Berichtet der Gutachter im Prozess über die von ihm erhobenen Zusatztatsachen, so gelten insoweit die Regelungen über den sachverständigen Zeugen. Er kann sich im Regelfall nicht auf das Zeugnisverweigerungsrecht wegen der ärztlichen Schweigepflicht berufen. Inwieweit es zulässig ist, Zusatztatsachen im Prozess einzuführen, hängt vom jeweiligen Verfahrensrecht ab.
- Wird ein Sachverständiger zunächst ernannt, dann aber erfolgreich abgelehnt oder wird er von seiner Gutachterpflicht befreit, gelten für ihn die Regeln des Zeugenbeweises, wenn er in der Folge als sachverständiger Zeuge vernommen wird und hier Aussagen macht über Befund- und Zusatztatsachen, die er im Rahmen der bereits begonnenen Gutachtenerstellung erhoben hatte.

2.8 Weitere Pflichten des Sachverständigen bei der Begutachtung

2.8.1 Unverzügliche Prüfung des eigenen Fachgebiets

Gesetzestext

Im Zivilprozess gilt § 407a ZPO
(1) Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Ist das nicht der Fall, so hat der Sachverständige das Gericht unverzüglich zu verständigen.
[…]

§ 407a ZPO verlangt vom Sachverständigen **unverzüglich**, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, § 121 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), zu prüfen, ob der Auftrag in sein Sachgebiet fällt. Unverzüglichkeit liegt nicht vor, wenn der Sachverständige seine Kompetenz erst prüft, wenn er nach Wochen beginnt, das Gutachten zu erstellen.

Beispiel: Ein Arzt für Allgemeinmedizin lässt sich zum Gutachter bestellen für die Frage, ob eine Geisteskrankheit vorliegt, die den Betroffenen geschäftsunfähig macht. Hier ist sehr sorgfältig zu prüfen, ob er über das nötige Fachwissen verfügt.

2.8.2 Pflicht zur persönlichen Gutachtenerstattung

Grundsätzlich muss der Sachverständige den ihm erteilten Gutachtenauftrag selbst ausführen, d. h. er darf ihn nicht delegieren oder sich vertreten lassen, vgl. z. B. § 407a Abs. 2 S. 1 ZPO. Das bedeutet freilich nicht, dass der Gutachter den Auftrag völlig ohne fremde Hilfe erfüllen muss. Unterstützende und vorbereitende Zuarbeiten, z. B. Literaturrecherchen, Laboruntersuchungen und Schreibarbeiten dürfen von Dritten erledigt werden. Sofern diese Hilfsdienste nicht von untergeordneter Bedeutung sind, sind Mitarbeitende namhaft zu machen und der Umfang ihrer Mitwirkung ist anzugeben. Dies gilt auch dann, wenn das Gutachten nicht für einen Zivilprozess erstellt wird, dort vgl. § 407a Abs. 2 S. 2 ZPO. Dieser zulässige Einsatz von Assistenten entbindet den Sachverständigen jedoch nicht von der Pflicht, eine eigenständige Begutachtung vorzunehmen und damit auch die Letztverantwortung für das Gutachten zu übernehmen (z. B. BVerwG, Urt. v. 09.03.1984 – 8 C 97/83, NJW 1984, 2645 ff.).

Wird anstelle einer Person eine Institution, z. B. eine Klinik, Behörde etc., mit der Gutachtenerstellung beauftragt, so ist das Gutachten grundsätzlich von der Person zu erstellen, die diese Institution leitet.

Ein Sachverständigengutachten, das nicht vom gerichtlich beauftragten Sachverständigen angefertigt wurde, ist unverwertbar (BGH Urt. v. 08.01.1985 – VI ZR 15/83, NJW 1985, 1399 f.).

Fallbeispiel

In einem Arzthaftpflichtprozess hatte das Gericht die Anhörung und Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweisthema „Verletzungen der Harnleiter bei der operativen Entfernung der Gebärmutter seien als Kunstfehler einzustufen; bei der Verletzungshandlung des Bekl. handle es sich nicht um eine häufig auftretende Folge bei der Entfernung der Gebärmutter" beschlossen. Zum Sachverständigen wurde Prof. Dr. H bestellt.

- Das Gutachten wurde in alleiniger Verantwortung von dem Privatdozenten und Oberarzt Dr. B angefertigt.
- Prof. Dr. H. hat das Gutachten mit dem Wort „einverstanden" abgesegnet.
- Prof. Dr. H. hat das Gutachten unterschrieben, ohne die Tätigkeit des Gutachtenserstellers nachzuvollziehen.

In jeder Hinsicht wurde der Beweisbeschluss des Gerichts nicht ordnungsgemäß ausgeführt, ein im Prozess verwertbares Sachverständigengutachten lag nicht vor. Auf die Streitfrage, inwieweit ein gerichtlich bestellter Sachverständiger von sich aus Hilfskräfte hinzuziehen darf, kommt es hier nicht an.

2.8.3 Objektivität und Neutralität

Der Sachverständige muss sein Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstellen, vgl. z. B. § 79 StPO, § 410 ZPO. Er muss die gerichtlichen Fragen grundsätzlich frei, unabhängig, neutral und tunlichst genau beantworten. Hierbei ist es nötig, dass die Fragen des Gerichts genügend präzise gestellt werden, nötigenfalls muss sich der Sachverständige um eine Präzisierung der Fragen durch das Gericht bemühen.

2.8.4 Bindung an das Beweisthema

Aufgrund der im Straf- und Zivilprozess geltenden unterschiedlichen Prozessmaximen ist die Frage, ob der Sachverständige von den gerichtlich gestellten Fragen abweichen darf, jeweils eigenen Regeln unterworfen.

Zivilprozess

Im Zivilprozess gilt im Allgemeinen der Verhandlungsgrundsatz. Den Prozessparteien wird damit eine (begrenzte) Herrschaft über den Sachverhalt eingeräumt, der Urteilsgrundlage werden soll. Das hat zur Folge, dass das Gericht bei seinen Abklärungen daran gebunden ist, wer von den Parteien die Darlegungs- und die Beweislast zu den strittigen Fragen trägt und was hierzu vorgetragen wurde. Zudem bindet im Zivilprozess die Fragestellung zum Beweisthema, das im Beweisbeschluss formuliert ist, den Sachverständigen. Ist das Beweisthema lückenhaft oder widersprüchlich, muss der Sachverständige das Gericht, das den Gutachtenauftrag erteilt hat, auf die Mängel im Beweisthema hinweisen. Das Gericht hat dann eine Ergänzung oder Richtigstellung des Beweisthemas vorzunehmen. Der Sachverständige darf von sich aus nicht eigenmächtig den Gutachtenauftrag bzw. das Beweisthema abändern, § 407a Abs. 3 ZPO.

Strafprozess

Im Strafprozess gilt von Amtes wegen die Pflicht zu umfassender Aufklärung der tatsächlichen Entscheidungsgrundlage, § 244 Abs. 2 StPO. Dieses Gebot umfassender Sachaufklärung soll gewährleisten, dass die Überzeugungsbildung des Gerichts auf der Grundlage der erreichbaren Erkenntnismittel geschieht und das Gericht sich bei seiner Entscheidung weitmöglichst der Wahrheit annähert. Demzufolge muss der Sachverständige, wenn er erkennt, dass die an ihn gestellten Fragen lückenhaft sind, über das ursprüngliche Beweisthema hinaus zu den relevanten Fragen Stellung beziehen.

Wird der Sachverständige gefragt, ob ein bestimmtes Medikament den Tod des Patienten verursacht haben kann, und ist dies nicht der Fall, so ist er verpflichtet, Anhaltspunkte für eine andere Todesursache, z. B. eine Gasintoxikation, in seinem Gutachten aufzuzeigen. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, ist sein Gutachten unvollständig und damit unrichtig.

2.8.5 Grundsätzlich keine Stellungnahme zu Rechtsfragen

Der Sachverständige darf grundsätzlich keine Ausführungen zu den Rechtsfragen machen. Ihre Beantwortung obliegt dem Gericht. Denn sein Gutachten hat sich auf die Darlegung von Tatsachen und deren Beurteilung im Rahmen seiner besonderen Sachkunde zu beschränken.

Urteilsfähigkeit

Im Zusammenhang mit der Widerlegung der Vermutung der Urteilsfähigkeit ist es im Allgemeinen angezeigt, einen medizinischen Sachverständigen zuzuziehen. Der Bericht des Sachverständigen hat sich darauf zu beschränken, den Geisteszustand des Untersuchten möglichst genau zu beschreiben und aufzuzeigen, ob und in welchem Maß das geistige Vermögen versagt. Der Richter entscheidet, welche rechtlichen Schlüsse aus dem Ergebnis der medizinischen Begutachtung zu ziehen sind.

2.8.6 Aktuelles Fachwissen

Der medizinische Sachverständige ist verpflichtet, die fachlichen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Gutachtenerstattung persönlich zu schaffen. Er muss daher bemüht sein, sich auf seinem Fachgebiet regelmäßig weiterzubilden bzw. bei Spezialfragen sich das nötige Spezialwissen sonst anzueignen. Dazu gehört auch, Rat und Auskunft von Fachkolleginnen und -kollegen einzuholen.

2.8.7 Pflicht, vor dem Gericht zu Erscheinen

Wenn der Gutachter ordnungsgemäß geladen und sein persönliches Erscheinen angeordnet wurde, ist er verpflichtet, dem nachzukommen, § 409 ZPO, § 77 StPO. Er muss daher höchstpersönlich vor Gericht erscheinen und sein Gutachten erläutern. Es reicht nicht aus, wenn er hierzu einen Mitarbeiter entsendet.

Gesetzestext

§ 77 StPO
(1) Im Falle des Nichterscheinens oder der Weigerung eines zur Erstattung des Gutachtens verpflichteten Sachverständigen wird diesem auferlegt, die dadurch verursachten Kosten zu ersetzen. Zugleich wird gegen ihn ein Ordnungsgeld festgesetzt. Im Falle wiederholten Ungehorsams kann neben der Auferlegung der Kosten das Ordnungsgeld noch einmal festgesetzt werden.
(2) Weigert sich ein zur Erstattung des Gutachtens verpflichteter Sachverständiger, nach § 73 Abs. 1 Satz 2 eine angemessene Frist abzusprechen, oder versäumt er die abgesprochene Frist, so kann gegen ihn ein Ordnungsgeld festgesetzt werden. Der Festsetzung des Ordnungsgeldes muss eine Androhung unter Setzung einer Nachfrist vorausgehen. Im Falle wiederholter Fristversäumnis kann das Ordnungsgeld noch einmal festgesetzt werden.

Zeugnisverweigerungsrecht

Bei der einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO steht dem Arzt, der vom Gericht zum Sachverständigen für die Frage des Vorliegens der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB und zur Erforderlichkeit der Unterbringung nach § 63 StGB bestimmt worden ist, als sachverständiger Zeuge kein Zeugnisverweigerungsrecht über die ihm bekannt gewordenen Zusatztatsachen zu. Aufgrund der einstweiligen Unterbringung besteht eine gesetzliche Duldungspflicht des Begutachteten, da hier das staatliche Interesse an der Aufklärung des Sachverhalts vorgeht (BGH Beschluss v. 06.12.2001 – 1 StR 468/01, NStZ 2002, 214).

2.8.8 Schweigepflicht

Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker- und die Angehörigen sonstiger Heilberufe, deren Ausübung oder Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, z. B. Ergotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Krankenschwestern, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, unterliegen der strafbewehrten Schweigepflicht, § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB. Sie gilt für Geheimnisse, die den genannten Berufsgruppen kraft ihres Berufes anvertraut oder sonst bekannt geworden sind. Wird der Arzt als Gutachter bestellt, so darf er über die Geheimnisse, die ihm im Rahmen der früheren Behandlung des Patienten bekannt geworden sind, sei es aufgrund eigener Untersuchungen oder beigezogener fremder ärztlicher Unterlagen, im Gutachten berichten, wenn er diesbezüglich von seiner Schweigepflicht entbunden wurde.

Ansonsten gilt, dass der ärztliche Sachverständige in dem Verfahren, für das er das Gutachten erstattet, die Aussage über Befundtatsachen nicht verweigern darf. Über die Zusatztatsachen berichtet er zwar als sachverständiger Zeuge. Dennoch steht ihm hier kein Zeugnisverweigerungsrecht zu, wenn der Untersuchte im Rahmen des jeweiligen Verfahrens und innerhalb des Auftrags die Untersuchung oder den Eingriff kraft Gesetzes dulden musste, vgl. z. B. § 126a StPO, oder hätte verweigern können, aber nicht verweigert hat (BGH, Urt. v. 14.11.1963 – III ZR 19/63, NJW 1964, 449). Denn regelmäßig weiß die zu untersuchende Person, dass das Ergebnis der Untersuchungen für das Gericht bestimmt ist. Macht er jedoch weitere freiwillige Angaben, die mit dem zu erstellenden Gutachten nicht im Zusammenhang stehen und von denen nach den Umständen davon auszugehen ist, dass sie der Arzt nicht weitergeben soll, kann er insoweit das Zeugnis verweigern.

2.8.9 Sanktionen

Verweigert der Sachverständige zu Unrecht die Gutachtenerstattung oder leistet er der Aufforderung des Gerichts, das Gutachten mündlich in der Hauptverhandlung zu er-

läutern, unentschuldigt keine Folge, so wird er grundsätzlich zum Kostenersatz und zu Zahlung eines Ordnungsgeldes verpflichtet, § 77 StPO, § 409 ZPO. Bei Fristversäumnis kann die Zahlung eines Ordnungsgeldes verhängt werden, § 77 Abs. 2 StPO.

Das Gutachten

- Das Gutachten gibt Antworten auf die gestellten Fragen. Es entscheidet nicht.
- Die Antworten bilden die Grundlage für die Entscheidungen des Auftraggebers.
- Unpräzise Fragen sind vom Auftraggeber zu präzisieren.
- Vorgelegte Fragen sind nach dem Wortsinn zu beantworten.
- Nicht gestellte Fragen sind vom Gutachter grundsätzlich nicht zu beantworten. Ausnahmen bestehen namentlich im Strafrecht.
- Die Sachverhaltsaufklärung ist grundsätzlich Aufgabe der untersuchenden Behörde/des Gerichts, nicht des Gutachters. Ausnahmen bestehen, z. B. bei Diagnosestellung etc.
- Der Gutachter darf nur gesicherte oder wahrscheinlich gesicherte, d. h. methodisch erforschte, reproduzierbare, allgemeingültige Erkenntnisse heranziehen.

2.9 Verantwortlichkeit des Sachverständigen

2.9.1 Strafrechtliche Verantwortlichkeit

Die **vorsätzliche**, vgl. § 15 StGB, **uneidliche Abgabe eines falschen Gutachtens** ist strafbar gemäß § 153 StGB. Die vorsätzliche eidliche Abgabe eines falschen Gutachtens ist strafbar nach § 154 StGB, die Strafe ist Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr.

Die fahrlässige uneidliche Abgabe eines falschen Gutachtens ist nicht strafbewehrt.

Gesetzestext

§ 153 StGB Falsche uneidliche Aussage
Wer vor Gericht oder vor einer anderen zur eidlichen Vernehmung von Zeugen oder Sachverständigen zuständigen Stelle als Zeuge oder Sachverständiger uneidlich falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

Fahrlässigkeit ist jedoch relevant, wenn der Sachverständige vereidigt wurde oder die Versicherung auf den allgemein geleisteten Eid abgibt, vgl. § 410 ZPO. Dann ist sein Verhalten nach § 161 StGB i. V. m. §§ 154 Abs. 1 und 155 StGB unter Strafe gestellt.

Führt ein falsches Gutachten dazu, dass z. B. ein Gefangener Freigang erhält oder eine Person fälschlicherweise als ungefährlich eingestuft wird, kann sich der Gutachter z. B. wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung strafbar machen, wenn die betreffende Person durch die falsche Begutachtung Gelegenheit erhielt, das sodann verwirklichte Tötungs- oder Körperverletzungsdelikt zu begehen.

Stellt der Arzt sonst wider besseres Wissen ein unrichtiges Zeugnis über den gegenwärtigen oder früheren Gesundheitszustand eines Menschen zur Vorlage bei einer Behörde oder einer Versicherungsgesellschaft aus, macht er sich nach § 278 StGB strafbar. Die Strafe des Amtsarztes bestimmt sich nach § 348 StGB.

Darüber hinaus sind auch Konstellationen denkbar, in denen durch ein falsches Gutachten der Tatbestand der Strafvereitelung gemäß § 258 StGB erfüllt sein könnte.

Nimmt der Arzt eine Leichenschau nicht oder nicht in der erforderlichen Weise vor oder füllt er den Leichenschauschein unsorgfältig aus, so ist dieses Verhalten nach einigen Landesgesetzen eine Ordnungswidrigkeit.

2.9.2 Zivilrechtliche Haftung

§ 839a BGB regelt die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen für ein unrichtiges Gutachten abschließend. Die Vorschrift gilt sowohl für den beeidigten wie den unvereidigten Sachverständigen. Die Haftung bezieht sich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit, sie gilt nicht bei einfacher oder leichter Fahrlässigkeit. Sie gilt auch nicht, wenn das Gericht nicht entscheidet, sondern die Parteien einen Prozessvergleich schließen oder wenn es der Geschädigte unterlassen hat, den Schaden durch ein Rechtsmittel abzuwenden.

Gesetzestext

§ 839a BGB Haftung des gerichtlichen Sachverständigen
(1) Erstattet ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, so ist er zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der einem Verfahrensbeteiligten durch eine gerichtliche Entscheidung entsteht, die auf diesem Gutachten beruht.
(2) § 839 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden.

Beruht der durch das vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtig erstellte Gutachten verursachte Schaden nicht auf der gerichtlichen Entscheidung, sogenannter Begleitschaden, so gilt § 839a BGB nicht. Es kommt aber eine Haftung aus anderen Rechtsgrundsätzen in Betracht.

Schadensersatz bei Schäden infolge der Begutachtung

Der gerichtlich bestellte Sachverständige

- erstellt ein falsches Gutachten, das dazu führt, dass der Betroffene gegen seinen Willen untergebracht wird. Hier gilt § 839a BGB;
- trifft eine falsche Diagnose, die den betroffenen Patienten veranlasst, eine für ihn nachteilige Vermögensverfügung zu treffen. Hier gilt § 839 BGB;
- verletzt den Patienten bei der Untersuchung. Hier gilt § 823 BGB;
- zerstört ein Kleidungsstück, um die daran haftenden Blutspuren untersuchen zu können. Dieser Schaden gehört zu den Gutachterkosten und wird nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz ersetzt.

Macht sich der Sachverständige durch sein falsches Gutachten strafbar nach §§ 153 ff. StGB, so haftet er gemäß § 823 Abs. 2 BGB auch für einen allfälligen Schaden der Prozessparteien, denn die §§ 153 ff. StGB sind insoweit Schutzgesetze. Demgegenüber gelten die Vorschriften der § 79 StPO und § 410 ZPO nicht als Schutzgesetz im Sinne von § 823 Abs. 2 BGB, so dass die Missachtung der dort normierten Vorgaben nicht zum Schadensersatz nach § 823 Abs. 2 BGB führt.

Eine Haftung nach § 823 Abs. 2 BGB wegen eines fahrlässig falschen uneidlichen Gutachtens kommt nicht in Betracht. Nach der Rechtsprechung scheidet eine Haftung des gerichtlichen Sachverständigen auf Grund eines fahrlässig unrichtigen Gutachtens auch nach § 823 Abs. 1 BGB aus, selbst wenn es zu einer Beeinträchtigung des Persönlichkeitsrechts und zu einer gerichtlich verfügten Freiheitsentziehung führt. Die von ihm ggf. mitbewirkte mittelbare Beeinträchtigung ist ihm nicht zuzurechnen (BGH Urt. v. 18.12.1973 – VI ZR 113/71, NJW 1974, 312).

Gesetzestext

§ 823 BGB Schadensersatzpflicht

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

Literatur

Eisenberg U (2013) Beweisrecht der StPO, 8. Aufl. Beck, München (Vierter Teil: Sachverständiger)

Fritze J, Mehrhoff F (2012) Die ärztliche Begutachtung, 8. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V (2009) Der Arzt als medizinischer Sachverständiger, 6. Aufl. Arztrecht, Bd. XII. Beck, München

Laufs A, Kern B-R (2010) Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage. 21. Kapitel: Der Arzt als Sachverständiger und Gutachter. Beck, München

Madea B (2007) Praxis Rechtsmedizin, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Madea B, Mußhoff F, Tag B (2012) Kurzlehrbuch Rechtsmedizin. Huber, Bern

Thanatologie

B. Madea, K. Jachau, S. Reibe, P. Schmidt, G. Kernbach-Wighton, O. Peschel, V. Henn, C. Meißner, M. Oehmichen, M. Thali, R. Lessig, S. Pollak, U. Zollinger

3.1 Leichenschau – 36
3.1.1 Rechtsgrundlagen – 37
3.1.2 Feststellung des Todes – 45
3.1.3 Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart – 50
3.1.4 Leichenerscheinungen und supravitale Reaktionen – Todeszeitbestimmung – 60
3.1.5 Besondere Leichenschaukonstellationen – 86
3.1.6 Untersuchung eines Tat- und Fundortes/Blutspurenanalyse – 98
3.1.7 Feuerbestattungsleichenschau – 110
3.1.8 Überlebende und Tote: Der Umgang mit Gestorbenen – 111

3.2 Sektionsrecht – 113
3.2.1 Sektionsarten und Rechtsgrundlagen in Deutschland – 114
3.2.2 Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod – 118

3.3 Rechtsmedizinische Untersuchungen/Histologie, Immunhistologie, Molekularpathologie – 118
3.3.1 Indikation zur histologischen Untersuchung – 119
3.3.2 Fixierung/Asservierung – 119
3.3.3 Färbemethoden – 121
3.3.4 Physikalische lichtoptische Spezialverfahren – 122
3.3.5 Enzymhistochemie – 122
3.3.6 Immunhistochemie – 123
3.3.7 Molekularpathologie/-biologie – 123

3.4 Forensische Neuropathologie – 124
3.4.1 Kopfschwarte und Schädel – 124
3.4.2 Dura mater – 124
3.4.3 Epidurales Hämatom – 124
3.4.4 Subdurales Hämatom – 125
3.4.5 Traumatisches Hygrom – 126
3.4.6 Traumatische Subarachnoidalblutung (SAB) – 126
3.4.7 Verletzungen der intrakraniellen Gefäße – 126
3.4.8 Offene Hirnverletzung – 127

B. Madea (Hrsg.), *Rechtsmedizin,*
DOI 10.1007/978-3-662-43500-7_3, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

3.4.9 Gedeckte Hirnverletzung – 127
3.4.10 ZNS-Folgeschäden nach Polytrauma – 129
3.4.11 Hirnstammverletzungen – 130
3.4.12 Gedeckte Rückenmarksverletzung – 130
3.4.13 Offene Rückenmarksverletzung – 130
3.4.14 Spezielle forensisch neuropathologische Befunde bei Kindern – 130
3.4.15 Sauerstoffmangel des Gehirns – 131

3.5 Moderne forensische Bildgebung – 133
3.5.1 Einführung – 133
3.5.2 Oberflächenscanning – 133
3.5.3 Radiologische Bildgebung – 133
3.5.4 Forensische Befunde bei Gewalteinwirkung – 134
3.5.5 Forensisch relevante Körperregionen – 136
3.5.6 Identifikation – 138
3.5.7 Klinische Rechtsmedizin – 139

3.6 Identifikation – 140
3.6.1 Forensische Odontostomatologie – 140
3.6.2 Forensische Osteologie – 149

3.7 Exhumierungen – 152
3.7.1 Anlässe, Fragestellungen und Umstände von Exhumierungen – 153
3.7.2 Praktisches Vorgehen – 154
3.7.3 Ergebnisse von Exhumierungen – 155

3.8 Rechtliche Regelung der Leichenschau und des Sektionswesens in Österreich – 156
3.8.1 Leichenschau – 156
3.8.2 Sektionswesen – 159

3.9 Rechtslage in der Schweiz – 161
3.9.1 Die rechtliche Stellung der Leiche – 161
3.9.2 Ärztliche Todesbescheinigung – 162
3.9.3 Leichenschau – 162
3.9.4 Der Begriff des „außergewöhnlichen Todesfalles“ – 162
3.9.5 Die Meldepflicht an die Behörde – 163
3.9.6 Die Legalinspektion – 164
3.9.7 Veranlassung der Legalinspektion und der rechtsmedizinischen Obduktion bzw. postmortalen Bildgebung – 164
3.9.8 Ärzte, welche Legalinspektionen vornehmen – 165
3.9.9 Obduktionen in der Schweiz – 165

Literatur – 165

Fallbeispiel – Konkurrierende Todesursachen

Vorgeschichte: Bei einem 65 Jahre alt gewordenen Mann mit anamnestisch bekanntem Pleuramesotheliom wird, nachdem am Vortag eine Ateminsuffizienz aufgetreten ist, wegen eines röntgenologisch und echokardiographisch nachgewiesenen Perikardergusses eine Perikardpunktion vorgenommen. Nach mehrfachen Fehlversuchen entleert sich bei einer erneuten Perikardpunktion aus der Punktionskanüle Blut. Das Punktionsbesteck wird zurückgezogen, in tabula tritt ein Herz-Kreislauf-Stillstand ein.

Sektionsergebnis: Autoptisch Herzbeuteltamponade bei mindestens zweifachem Durchstich der rechten Herzkammervorderwand (intraperikardial 230 g locker geronnenes Blut sowie 150 ml rötlich tingierte Flüssigkeit). Weiterhin lag eine zentrale, nahezu lichtungsverschließende rezidivierende Lungenthrombembolie rechts bei Beinvenenthrombose vor. Grundleiden war ein fortgeschrittenes Pleuramesotheliom links mit Beteiligung von Mediastinum, Infiltration von Perikard und Lungengewebe, völliger Ummauerung von linker Lungenschlagader sowie der Aorta thoracica descendens. Der Ursachenzusammenhang zwischen iatrogener Herzbeuteltamponade und Todeseintritt war bei der anamnestisch nicht zu erahnenden konkurrierenden Todesursache massive Lungenthrombembolie rechts nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu führen. Das gegen die behandelnden Ärzte geführte Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung wurde auf der Basis der Sektionsbefunde eingestellt. Der Fall zeigt, dass eine objektive Todesursachenklärung durch eine gerichtliche Obduktion bei Behandlungsfehlerverdacht auch immer im Interesse der beschuldigten Ärzte liegt.

- → Exitus in tabula, Kausalitätsbegutachtung
- → Obduktion als unverzichtbare Grundlage der Begutachtung

Fallbeispiel – Postintervallärer Todesfall nach Gewalteinwirkung

Vorgeschichte: Ein 76 Jahre alter Mann sei in seiner Wohnung von einem angeblichen Stromableser überfallen und mit einem Rohrbiegewerkzeug geschlagen und anschließend gefesselt worden. Der Mann hat sich nachher selbst befreien können und wurde aufgrund von Kopfplatzwunden und Prellungen in einem Krankenhaus stationär aufgenommen. Fünf Tage nach dem Angriff sei er plötzlich verstorben. In der Todesbescheinigung wird durch den behandelnden Intensivmediziner „natürlicher Tod“ durch dekompensierte Herzinsuffizienz angegeben.

Sektionsergebnis: Die Obduktion ergab zu beschriebenem Kampfgeschehen passende Befunde wie zwei chirurgisch versorgte Kopfplatzwunden, multiple Hautkratzer und Verkrustungen im Bereich beider Handgelenke sowie Hautverletzungen über den Fingermittelgelenken links. In den Rückenweichteilen fanden sich Einblutungen über den Dornfortsätzen der Brustwirbelsäule und an der rechten Schulterblattgräte im Sinne von Widerlagerverletzungen. Weitere Einblutungen waren am linken Ellenbogen und in der Oberarmmuskulatur nachweisbar.

Als Todesursache fand sich eine fulminante Lungenthrombembolie mit akuter Dilatation des rechten Herzens.

→ Todesart, nichtnatürlicher Tod

Fallbeispiel – Todeszeit

Vorgeschichte: Der 43 Jahre alt gewordene A. wurde am 02.09. gegen 01.00 Uhr erschossen in Rückenlage im Flur seiner Wohnung aufgefunden. A. lag ausgestreckt auf einem Fliesenboden. Die Bekleidung bestand aus einem Oberhemd, im Unterkörperbereich aus einer ordnungsgemäß sitzenden Unterhose und einer langbeinigen Hose.

Leichenfundortbesichtigung: Bei der rechtsmedizinischen Leichenfundortbesichtigung um 03.15 Uhr wurden folgende todeszeitrelevante Befunde erhoben: Konfluierende Totenflecke, die auf stumpfen Daumendruck noch vollständig wegdrückbar sind und ihr Maximum noch nicht erreicht haben. Ausbildung der Totenstarre, die jedoch noch nicht in allen Gelenken voll ausgeprägt ist. Tiefe Rektaltemperatur 34,4 °C. Umgebungstemperatur 22,8 °C, auch der Fußboden weist die gleiche Temperatur auf. Körpergewicht 80 kg. Aus dem Abfall der Körperkerntemperatur ergibt sich nomographisch eine Todeszeit von 7,4 ± 2,8 h (4,6 – 10,2 h) vor der Untersuchung. Bei Prüfung der elektrischen Erregbarkeit der mimischen Muskulatur (Elektrodeneinstich im M. orbicularis oculi) kontrahiert die gesamte ipsilaterale Gesichtshälfte. Damit kann der Todeszeitbereich auf 4,6–6 Stunden vor der Untersuchung eingegrenzt werden (01.09., 21.15 bis 22.30 Uhr). Die späteren kriminalpolizeilichen Ermittlungen ergeben, dass die reale Todeszeit zwischen 21.45 und 22.00 Uhr gelegen hat (!).

→ Leichenerscheinungen, supravitale Reaktionen, Temperatur – Todeszeit – Bezugsnomogramm, Todeszeitbestimmung

Fallbeispiel – Kremationsleichenschau

Vorgeschichte: Ein 70 Jahre alt gewordener Mann verstarb plötzlich in klinischer Behandlung, nachdem er nach einigen Tagen Aufenthalt auf der Intensivstation wieder mobilisiert werden konnte. Als unmittelbare Todesursache wurde im Leichenschauschein „Herz-Kreislauf-Stillstand“ angegeben als Folge einer dekompensierten chronischen Herzinsuffizienz bei KHK und rezidivierendem Lungenödem. Als mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden wurden angeführt: Aspirationspneumonie, exazerbierte COPD bei Prädelir nach subkapitaler Humerusfraktur links 19 Tage vor dem Ableben.

Kremationsleichenschau: Bei der Kremationsleichenschau massives Hämatom des gesamten linken Oberarmes von der Schulterhöhe bis zum Ellenbogen sowie Hämatom des Rückens links und der linken Flanke. Da aufgrund des Leichenschaubefundes ein Trauma vorlag und ein Zusammenhang mit dem Ableben nicht auszuschließen war, erfolgte Rück-

Tab. 3.1 Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau

1. Feststellung des Todes	Allgemein gesellschaftliches und individuelles Interesse an einer sicheren Todesfeststellung, Beendigung des normativen Lebensschutzes, Personenstandsregister
2. Feststellung der Todesursache	Medizinische Aspekte, Todesursachenstatistik, Epidemiologie, Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen
3. Todesart	Rechtssicherheit, Erkennung von Tötungsdelikten, Klassifikation der Todesumstände für zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Fragen
4. Feststellung der Todeszeit	Personenstandsregister, Erbrecht
5. Übertragbare Erkrankungen nach Infektionsschutzgesetz	Seuchenhygienische Aspekte im allgemeingesellschaftlichen Interesse
6. Meldepflichten	– Bei nichtnatürlicher/nicht-geklärter Todesart – Bei unbekannter Identität – Gemäß Infektionsschutzgesetz

sprache mit dem behandelnden Arzt, der den Krankheitsverlauf aus klinischer Sicht darstellte (klinisch habe von Anfang an die dekompensierte chronische Herzinsuffizienz im Vordergrund gestanden, der Patient sei bereits wieder mobilisiert gewesen).
Bei Angabe zur unmittelbaren Todesursache sollen keine funktionellen Endzustände wie „Herz-Kreislauf-Stillstand" angegeben werden, Kausalzusammenhang mit einem Trauma beachten!

3.1 Leichenschau

B. Madea

Definition

Die Thanatologie (gr. thanatos – Tod) meint begrifflich die Wissenschaft von den Ursachen und Umständen des Todes.

Im Rahmen der Leichenschau obliegen dem Arzt weitreichende Aufgaben (Tab. 3.1), die ganz unterschiedliche rechtliche, soziale und gesellschaftliche Zusammenhänge berühren:

Die erste und wichtigste Aufgabe bei der Leichenschau ist die sichere Feststellung des Todes, nicht nur im individuellen Interesse des Verstorbenen, sondern als allgemein gesellschaftlicher Anspruch.

Übergeordneten Interessen dient auch eine möglichst sichere Feststellung von Todesursache und Grundleiden. Die gesamte Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland und daran anknüpfend auch die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen basieren auf den Angaben zu Grundleiden und Todesursache im vertraulichen Teil der Todesbescheinigungen.

Unmittelbar mit der Feststellung der Todesursache verbunden ist die Qualifikation der **Todesart** zur Gewährleistung der Rechtssicherheit, zur Klassifikation der Todesumstände für zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Fragen. Bei einer falschen Klassifikation der Todesart, etwa dem Nichterkennen eines Kausalzusammenhanges zwischen einem Unfall und dem Todeseintritt einige Zeit später, sind nicht nur strafrechtliche Interessen berührt (Strafverfolgung z. B. nur wegen fahrlässiger Körperverletzung statt wegen fahrlässiger Tötung), sondern u. a. auch zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Ansprüche der Hinterbliebenen.

Eine sichere Feststellung der **Todeszeit** wird nach den einschlägigen Vorschriften des Personenstandsgesetzes verlangt und kann z. B. bei quasi gleichzeitigem Tod eines Ehepaares immense erbrechtliche Konsequenzen haben.

Schließlich sind bei der Leichenschau seuchenhygienische Aspekte zu beachten, weiterhin sind in einigen Leichenschauverordnungen Meldepflichten speziell normiert, etwa bei nichtnatürlichem Tod oder nicht geklärter Todesart sowie unbekannter Identität.

Fehlerquellen Diese Vorschriften dienen dem öffentlichen Interesse an einer Aufklärung und Ahndung auch von Tötungsdelikten. Bei sämtlichen Aufgabenkomplexen der ärztlichen Leichenschau kommt es immer wieder zu gravierenden Fehlleistungen (fehlerhafte Todesfeststellungen für noch Lebende, falsche Qualifikation der Todesart, wobei besonders gravierend die Qualifikation eines nichtnatürlichen Todes als natürlich ist, durch keine Befunde substanziierte Angaben zur Todesursache – oftmals bare „Nonsens-Diagnosen" –, nicht nachvollziehbare Angaben zur Todeszeit). Es erstaunt daher nicht, dass an der derzeitigen Form der ärztlichen Leichenschau Kritik geübt worden ist, etwa vonseiten der Ermittlungsbehörden, die beklagen, dass eine sichere Feststellung nichtnatürlicher Todesfälle nicht gewährleistet sei, von Notärzten, die sich bei Feststellung der Todesursache und Todesart bei ihnen unbekannten Patienten unzumutbaren Pressionen von Seiten der Polizei ausgesetzt sehen, von Medizinalstatistikern, die bei den bekannten großen Diskrepanzen zwischen

klinisch und autoptisch festgestellten Todesursachen an der Validität der Todesursachenstatistik nur „ver"zweifeln können.

Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau

- **Strukturelle Ursachen**
  - Keine bundeseinheitliche Regelung
  - Unzureichend ausgestaltete, zu wenig ausdifferenzierte Todesbescheinigungen
  - Mangelnde Verbalisierung der Aufgabenkomplexe im Sinne einer Checkliste
  - Für bestimmte Fallgruppierungen objektive Überforderung des Leichenschauers ohne flexible Lösungsmöglichkeiten (2. fachärztliche Leichenschau oder 2. Leichenschau durch Hausarzt)
  - Fehlende Definition des natürlichen und nichtnatürlichen Todes mit einseitiger Ausrichtung auf „Fremdverschulden"
  - Verquickung ärztlicher mit kriminalistischen Aufgaben
- **Ursachen auf Seiten des Arztes**
  - Leichenschau wird als Aufgabe jenseits des eigentlichen ärztlichen Heilauftrags gesehen.
  - Fehlende Vorbildung in der Handhabung von Problemfällen (spurenarmer gewaltsamer Tod, fortgeschrittene Leichenerscheinungen, unerwartete Todesfälle, Leichnam nicht identifiziert)
  - Neigung als Leichenschauer, sich und den Angehörigen „Ärger vom Hals zu halten" mit leichtfertiger Attestierung eines natürlichen Todes (Motiv: Verlust von Patienten oder einer Anstellung als Heimarzt, Gerede über den Arzt, der nicht einmal in der Lage sei, einen natürlichen Tod festzustellen)
  - „Obrigkeitshörigkeit" gegenüber der Polizei mit oftmals allzu willfähriger Gewährung von Auskünften oder Ausfüllung weiterer Leichenschauscheine
  - Resignation verantwortungsbewusst handelnder Ärzte im Hinblick auf die kriminalpolizeiliche Handhabung nicht geklärter Todesfälle
  - Unzureichende Honorierung im Hinblick auf eine der verantwortungsvollsten ärztlichen Diagnosen
- **Ursachen auf Seiten der Ermittlungsbehörden**
  - Pressionen von Seiten der Polizei auf Attestierung eines natürlichen Todes
  - Statt Ermittlungen zur Aufklärung nicht geklärter Todesfälle Beschaffung weiterer Leichenschauscheine (entgegen der Verpflichtung zur Meldung an die StA nach § 159 StPO) oder vollständiger „Ermittlungsquietismus"

Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer

Eine Reihe von Bundesländern haben Fragen des Leichenschaurechts in speziellen Gesetzen über das Leichen-, Friedhofs- und Bestattungswesen geregelt, andere haben zwar keine gesetzliche Regelung getroffen, jedoch entsprechende Verordnungen im Rahmen des Polizei- und Ordnungsrechtes erlassen.

- **Situative Ursachen**
  - Pressionen von Seiten der Angehörigen oder der Heimleitung auf Attestierung eines natürlichen Todes
  - Durchführung der Leichenschau erschwert bis objektiv unmöglich (Leichen im Freien, in der Öffentlichkeit, fortgeschrittene Leichenerscheinungen, übergroßes Körpergewicht, keine Gehilfen zur Verfügung)

Sterbeorte, Sterbefälle pro Jahr, Todesursache Bei ca. 850.000 Todesfällen pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland ereignen sich heute etwa 50 % der Sterbefälle in Kliniken, ca. 20 % im Heim, 30 % zu Hause bzw. in der Öffentlichkeit. Laut Angaben des statistischen Bundesamtes entfallen 4–6,5 % der Sterbefälle auf nichtnatürliche Todesfälle (Abb. 3.1). Nichtnatürliche Todesfälle sind freilich in der Todesursachenstatistik deutlich unterrepräsentiert, nämlich in 33–50 %.

Einen Überblick über die Sterbefälle in den großen Krankheitsgruppen (Kreislaufsystem, Atmungsorgane, Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen sowie Neubildungen) in Abhängigkeit vom Sterbealter gibt Abb. 3.2. Die nichtnatürlichen Todesfälle rangieren laut Statistik auf Platz 5 hinter den Krankheiten des Kreislaufsystems, bösartigen Neubildungen, Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane. Bei den durch äußere Einflüsse verursachten Todesfällen führen die Unfälle vor den Suiziden und den Tötungsdelikten. Da in der Todesursachenstatistik diese nichtnatürlichen Todesfälle systematisch unterrepräsentiert sind, dürften sie ohne Berücksichtigung des Lebensalters sogar den 3. Platz einnehmen. Bis zum 35. bis 40. Lebensjahr führen die nichtnatürlichen Todesfälle die Todesursachenstatistik an.

3.1.1 Rechtsgrundlagen

In der Bundesrepublik Deutschland fällt die Regelung des Leichenschau- und auch Obduktionswesens – soweit nicht strafrechtlich relevante Bereiche betroffen sind – in

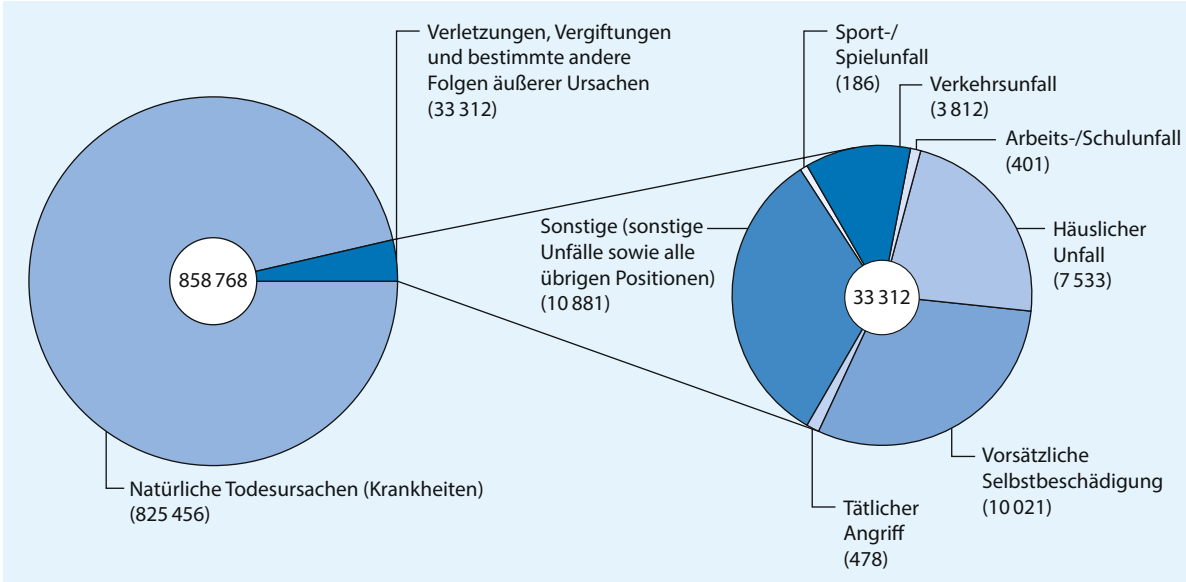

Abb. 3.1 Anteil der nichtnatürlichen Todesursachen an den Sterbefällen 2010 (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes)

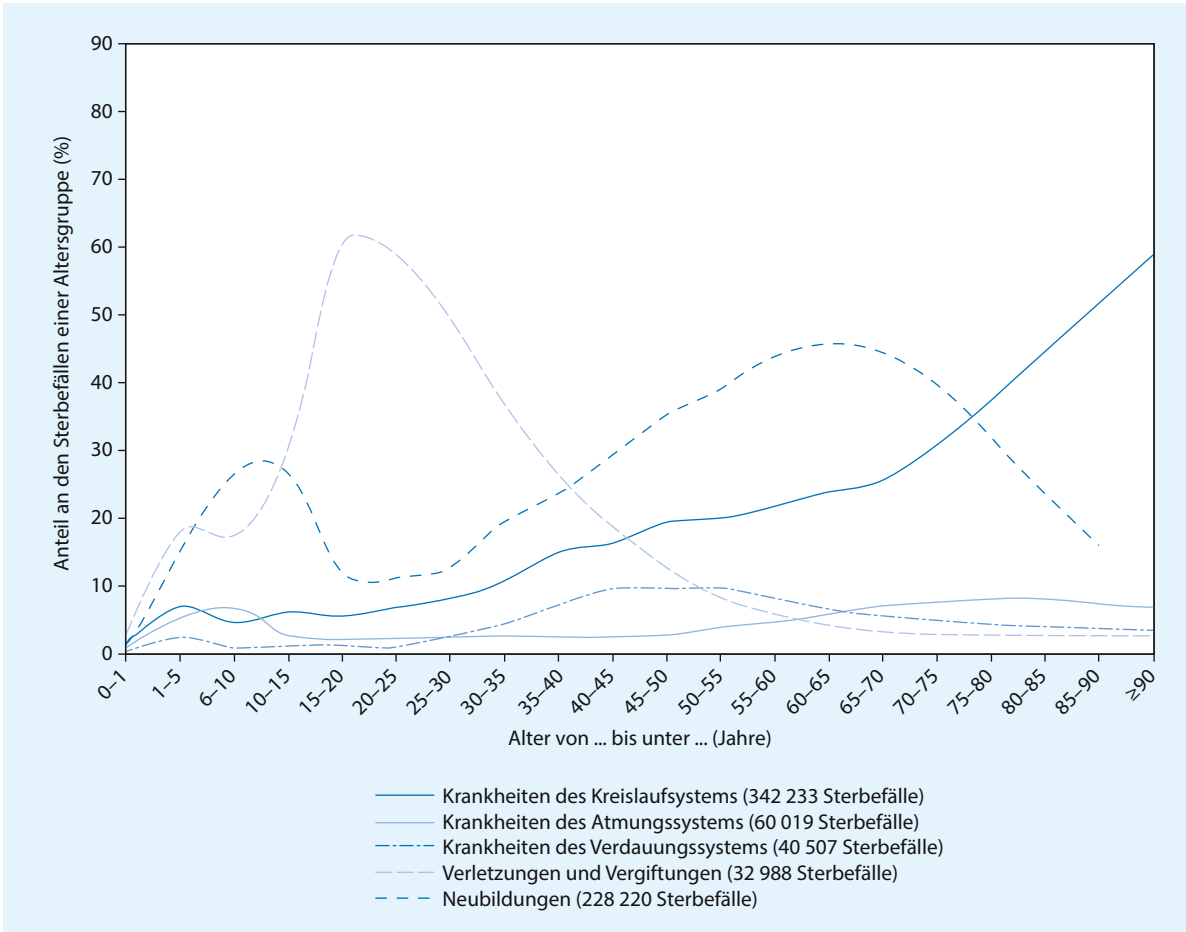

Abb. 3.2 Sterbefälle (in %) in den großen Krankheitsgruppen in Abhängigkeit vom Sterbealter

die alleinige Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer (Art. 70 Abs. 1 GG).

Die Bundesländer haben Fragen des Leichenrechtes in speziellen Gesetzen über das Leichen-, Friedhofs- und Bestattungswesen geregelt (Bestattungsgesetze der Bundesländer).

Die Gesetze bzw. Verordnungen aller Bundesländer schreiben zunächst vor, dass bei jedem Todesfall eine „äußere Leichenschau" durch einen approbierten Arzt stattzufinden hat. Zugleich werden teilweise detaillierte Regelungen dahingehend getroffen, wer die äußere Leichenschau zu veranlassen hat, wie diese durchzuführen ist und welche Rechte und Pflichten den Betroffenen und den Leichenschauarzt treffen. Der im Anschluss an die Leichenschau auszufüllende Leichenschauschein ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gestaltet. Im Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz – BestG NRW) vom 17.06.2003 in Nordrhein-Westfalen heißt es zum Beispiel:

Gesetzestext

§ 8 Bestattungspflicht

(1) Zur Bestattung verpflichtet sind in der nachstehen den Rangfolge Ehegatten, Lebenspartner, volljährige Kinder, Eltern, volljährige Geschwister, Großeltern und volljährige Enkelkinder (Hinterbliebene). Soweit diese ihrer Verpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, hat die örtliche Ordnungsbehörde der Gemeinde, auf deren Gebiet der Tod eingetreten oder die oder der Tote gefunden worden ist, die Bestattung zu veranlassen.

(2) Die Inhaber des Gewahrsams haben zu veranlassen, dass Leichenteile, Tot- oder Fehlgeburten, die nicht bestattet werden, ohne Gesundheitsgefährdung und ohne Verletzung des sittlichen Empfindens der Bevölkerung verbrannt werden.

§ 9 Leichenschau, Todesbescheinigung und Unterrichtung der Behörden

(1) Die Hinterbliebenen sind verpflichtet, unverzüglich die Leichenschau zu veranlassen. Dies gilt auch bei Totgeburten. Hilfsweise haben diejenigen, in deren Räumen oder auf deren Grundstücken der Tod eingetreten oder die Leiche oder Totgeburt aufgefunden worden ist, unverzüglich sowohl die Leichenschau zu veranlassen als auch die Hinterbliebenen, ersatzweise die örtliche Ordnungsbehörde zu unterrichten.

(2) Bei Sterbefällen in einer Anstalt, einem Krankenhaus, Pflegeheim oder einer vergleichbaren Einrichtung hat die Leitung die Durchführung der Leichenschau zu veranlassen.

(3) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, unverzüglich nach Erhalt der Todesanzeige die unbekleidete Leiche oder die Totgeburt persönlich zu besichtigen und sorgfältig zu untersuchen (Leichenschau) sowie die Todesbescheinigung auszustellen und auszuhändigen. Falls andere Ärztinnen und Ärzte für die Leichenschau nicht zur Verfügung stehen, ist sie von einer Ärztin oder einem Arzt der für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen unteren Gesundheitsbehörde durchzuführen. Notärztinnen und Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst sind während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes, sobald sie den Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet; gesetzliche Unterrichtungspflichten bleiben unberührt, die Pflichten nach den Absätzen 5 und 6 gelten für sie entsprechend. Auf Verlangen der Ärztinnen und Ärzte, die die Leichenschau vorgenommen haben, sind die Angehörigen der Heilberufe, die die Verstorbenen oder die Mütter der Totgeburten behandelt haben, zur Auskunft über die Befunde verpflichtet.

(4) Die Todesbescheinigung enthält im nichtvertraulichen Teil die Angaben zur Identifikation der Leiche oder Totgeburt einschließlich der bisherigen Anschrift, Zeitpunkt, Art, Ort des Todes, bei möglicher Gesundheitsgefährdung einen Warnhinweis und im vertraulichen Teil insbesondere Angaben zur Todesfeststellung, zur Todesursache sowie zu den weiteren Umständen des Todes.

(5) Finden die Ärztinnen und Ärzte an den Verstorbenen Anhaltspunkte für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder Einwirkung Dritter (nichtnatürlichen Tod) oder deuten sonstige Umstände darauf hin, so brechen sie die Leichenschau ab, unterrichten unverzüglich die Polizeibehörde und sorgen dafür, dass bis zum Eintreffen der Polizei Veränderungen weder an Toten noch an deren Umgebung vorgenommen werden.

(6) Kann die Identität Toter nicht festgestellt werden, ist nach Beendigung der Leichenschau durch diejenigen, die diese veranlasst haben, oder hilfsweise durch die Ärztin oder den Arzt unverzüglich die Polizeibehörde zu unterrichten.

§ 13 Bestattungsunterlagen, Bestattungsfristen

(1) Die Bestattung der Leichen und Totgeburten ist erst zulässig, wenn die Todesbescheinigung ausgestellt ist und der Standesbeamte die Eintragung des Sterbefalls bescheinigt hat oder eine Genehmigung nach § 39 des Personenstandsgesetzes vorliegt oder wenn sie auf Anordnung der örtlichen Ordnungsbehörde des Sterbe- oder Auffindungsortes erfolgt.

(2) Erdbestattungen dürfen frühestens 48 h nach Eintritt des Todes vorgenommen werden. Die örtliche Ordnungsbehörde kann eine frühere Bestattung aus gesundheitlichen Gründen anordnen oder auf Antrag eines Hinterbliebenen genehmigen, wenn durch ein besonderes, aufgrund eigener Wahrnehmung ausgestelltes Zeugnis einer Ärztin oder eines Arztes, die nicht die Leichenschau nach § 9 durchgeführt haben, bescheinigt ist, dass die Leiche die sicheren Merkmale des Todes aufweist oder die Verwesung ungewöhnlich fortgeschritten und jede Möglichkeit des Scheintods ausgeschlossen ist.
(3) Erdbestattungen müssen innerhalb von acht Tagen durchgeführt werden. Liegen innerhalb dieser Frist die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht vor, so hat die Bestattung unverzüglich nach deren Eintritt zu erfolgen.

Definition und rechtliche Stellung der Leiche

Unter Leichnam versteht man den Körper eines Verstorbenen, solange der gewebliche Zusammenhang infolge Fäulnis noch nicht aufgehoben ist. Skelette oder Skelettteile gelten nicht mehr als Leichnam. Leichnam ist ferner jede Lebendgeburt, unabhängig vom Gewicht des Kindes, wenn eines der Lebenszeichen vorgelegen hat:

- Herzschlag
- Pulsierende Nabelschnur
- Atmung.

Die Grenze für anzeigepflichtige Totgeburten ist mit Änderung des Personenstandsgesetzes vom 01.04.1994 von 1000 g auf 500 g gesenkt worden. Geburten ab diesem Gewicht müssen vom Standesamt beurkundet werden. **Fehlgeburten** sind definiert als Totgeburt mit einem Geburtsgewicht unter 500 g; für Fehlgeburten besteht keine Anzeigepflicht. Als menschliche Leiche gilt auch ein Körperteil, ohne den ein Weiterleben nicht möglich ist (z. B. Kopf oder Rumpf, nicht jedoch Extremitäten).

Definition eines Leichnams, obligatorische Leichenschau

- Leichnam: Körper eines Verstorbenen, solange der gewebliche Zusammenhang des Körpers infolge Fäulnis noch nicht aufgehoben ist
- Lebendgeburt: Herzschlag, Atmung, Pulsation der Nabelschnur
- Totgeburt: Gewicht ≥ 500 g
- Körperteil, ohne den ein Weiterleben nicht möglich ist

Bestattungsfristen

In vielen Leichenschauverordnungen finden sich Regelungen zu Bestattungsfristen bzw. zur Überführung in eine öffentliche Leichenhalle. Danach ist jeder Leichnam spätestens 36 h nach dem Tod, jedoch nicht vor Ausstellung der ärztlichen Todesbescheinigung in eine Leichenhalle zu überführen. Jede Leiche muss innerhalb von 8 Tagen, sie darf jedoch nicht vor Ablauf von 48 h nach dem Tode bestattet werden. Ausnahmen von diesen Bestattungsfristen sind zulässig (so z. B. § 13 Best. G NRW).

Veranlassung der Leichenschau

Übereinstimmend ist in den meisten Leichenschauverordnungen der Bundesländer der Kreis der zur Beschaffung der ärztlichen Todesbescheinigung Verpflichteten geregelt. Dies sind zunächst die Angehörigen des Verstorbenen. Angehörige sind der Ehegatte, die Abkömmlinge, die Eltern und die Geschwister, ferner der Wohnungsinhaber, in dessen Wohnung sich der Todesfall ereignet, der Hauseigentümer oder -verwalter, bei Tod in einer Anstalt der Anstaltsleiter, bei Tod auf einem Schiff der Schiffsführer. Beim Todesfall in der Öffentlichkeit bzw. auf einem öffentlichen Platz trifft die zuständige Polizei- und Ordnungsbehörde die Pflicht zur Benachrichtigung des Leichenschauarztes.

Ort und Zeitpunkt der Leichenschau

Die Leichenschau soll an dem Ort stattfinden, an dem der Tod eingetreten ist oder am Auffindungsort der Leiche. Lassen die Umstände eine hinreichend sorgfältige Leichenschau an diesem Ort nicht zu – etwa weil der Tod auf einem öffentlichen Platz mit viel Publikumsverkehr eingetreten ist – so kann sich der Arzt auf die Feststellung und Dokumentation des Todes beschränken, je nach Bundesland gegebenenfalls eine vorläufige Todesbescheinigung ausstellen und die Leichenschau später an einem geeigneteren Ort fortsetzen. Die ärztliche Leichenschau hat „unverzüglich" nach Eintritt des Todes, bei begründeter Verhinderung jedoch spätestens innerhalb von 6 h nach der Aufforderung zur Durchführung der Leichenschau stattzufinden (so etwa § 3 des Gesetzes über das Leichenwesen der Freien Hansestadt Bremen). Der Begriff „unverzüglich" wird im Allgemeinen unter Heranziehung einer Legaldefinition aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch verstanden als „ohne schuldhaftes Zögern". Grundsätzlich ist jeder approbierte Arzt (niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte, Rettungsärzte, Ärzte ohne Tätigkeit, Gesundheitsamtsärzte), wenn er gerufen wird, verpflichtet, die Leichenschau vorzunehmen und unverzüglich die Todesbescheinigung auszufüllen sowie den Angehörigen auszuhändigen. In gleicher Weise sind niedergelassene Ärzte im Rahmen ihrer Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Bei Sterbefällen in Krankenhäusern ist die Krankenhausleitung zur Sicherstellung der ärztlichen

Leichenschau durch im Krankenhaus tätige Ärzte verpflichtet. Ärzte und Ärztinnen im Rettungsdiensteinsatz sind in einer Reihe von Bundesländern von der Verpflichtung zur Leichenschau befreit und können sich auf die bloße Feststellung des Todes und seine Dokumentation in einem „vorläufigen Leichenschein" beschränken, zumindest dann, wenn sie bereits zu einem weiteren Einsatz gerufen wurden.

Betretungsrecht des Leichenschauarztes

Um eine ordnungsgemäße Untersuchung des Verstorbenen sicherzustellen, regeln die einschlägigen Gesetze beziehungsweise Verordnungen, dass der Leichenschauarzt berechtigt ist, die entsprechenden Räumlichkeiten oder auch das entsprechende Grundstück zu betreten. Dieses Zutritts- beziehungsweise Betretungsrecht stellt eine Einschränkung der verfassungsrechtlich in Art. 13 Abs. 1 GG garantierten Unverletzlichkeit der Wohnung dar. Weigert sich der Inhaber des Wohnungsrechtes, dem Leichenschauarzt Zutritt zu gewähren, muss der Zutritt zur Wohnung unter Umständen durch herbeigerufene Polizeibeamte erzwungen werden.

Auskunftspflichten Angehöriger, Dritter und vorbehandelnder Ärzte

Oftmals werden Not- oder Notdienstärzte, die den Verstorbenen nicht kannten, zur Leichenschau gerufen. Angaben zur Todesursache sind aber ohne Kenntnis der Anamnese nicht möglich. Diese kann der Leichenschauarzt von vorbehandelnden Ärzten erfragen und für seine Angaben zur Todesursache und Qualifikation der Todesart nutzen. So heißt es zum Beispiel in Art. 3 Abs. 2 Satz 1 Bayerisches Bestattungsgesetz:

Gesetzestext

„(2) Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tode berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat oder mit der verstorbenen Person zusammengelebt hat oder die Umstände des Todes kennt, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen."

Angabe-, Anzeige- und Meldepflichten des Leichenbeschauers

Nach sorgfältiger Durchführung der Leichenschau hat der Leichenschauarzt ebenfalls unverzüglich und sorgfältig eine Todesbescheinigung auszufüllen.

Derartige Todesbescheinigungen müssen einem von der zuständigen Behörde, in der Regel das zuständige Landesministerium bzw. der zuständige Senator, festgelegten Muster entsprechen (Abb. 3.3). Dieses Muster bzw. diese Todesbescheinigung verlangt Angaben, die u. a. zur Erfüllung anderweitig festgelegter Vorschriften notwendig sind (etwa Vorschriften des Personenstandsgesetzes, des Infektionsschutzgesetzes).

Der Tod eines Menschen muss dem Standesamt, in dessen Zuständigkeitsbereich er gestorben ist, mündlich, oder bei Anzeige durch Einrichtungen und Behörden schriftlich spätestens am dritten auf den Tod folgenden Werktag angezeigt werden (§ 28 PersonenstandsG vom 19.02.2007).

Die Todesbescheinigung selbst gliedert sich in einen vertraulichen und einen nichtvertraulichen Teil. Der **nichtvertrauliche Teil** ist für das zuständige Standesamt bestimmt und enthält Angaben zur Person des Verstorbenen – insbesondere die zur Eintragung in das Sterberegister und für die Bestattung erheblichen Angaben gem. § 31 PersonenstandsG –, zur Art der Identifikation, zur Feststellung des Todes, zur Todesart sowie Zusatzangaben bei Totgeborenen und Hinweise zum Infektionsschutzgesetz. Nur die Todesbescheinigung hat die in der jeweiligen Landesverordnung bzw. dem jeweiligen Landesgesetz festgelegten Rechtsfolgen, nicht jedoch der in einigen Bundesländern eingeführte vorläufige Todesbescheinigung.

Der Leichenschauarzt bzw. die Leichenschauärztin müssen in jedem Fall folgende Feststellungen treffen:

- Feststellung des Todes
- Angabe des Todeszeitpunktes
- Angabe der Todesart (z. B. „natürlich" oder „nichtnatürlich" bzw. „ungeklärt", in einigen Bundesländern wird grundsätzlich ein natürlicher Tod vermutet und der Leichenschauer hat Gründe für die Qualifikation nichtnatürlich oder nicht geklärt anzugeben)
- Angabe der Todesursache, ggf. stichwortartige Darlegung der zum Tod führenden Kausalkette vom Grundleiden zur letztendlichen Todesursache
- Angabe und Anzeige einer Berufskrankheit
- Angabe und Anzeige einer übertragbaren Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes
- Angabe der Personalien des Verstorbenen (soweit bekannt).

Ausstellung eines vorläufigen Leichenscheins

In einigen Bundesländern wurde ein vorläufiger Leichenschein eingeführt. Wenn der Notarzt zu einem anderen Notarzteinsatz gerufen wird und er gerade deshalb die Leichenschau nicht abschließend vornehmen und auch die Todesbescheinigung nicht vollständig ausfüllen kann, so ist er in der Regel durch übergesetzlichen Notstand gerechtfertigt (gemäß § 16 des Gesetzes über die Ordnungswidrigkeiten) und auf diese Weise von der Pflicht zur Leichen-

3

Todesbescheinigung NRW
- Nichtvertraulicher Teil -

Blatt 1 — Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt

Die Todesbescheinigung ist unverzüglich auszuhändigen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen [X]

1. Personalangaben

1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
2 Straße — 3 Hausnummer
4 PLZ, Wohnort, Kreis
5 Geburtsdatum — 6 Geburtsort, Kreis

Wird vom Standesamt ausgefüllt: Standesamt; Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.; Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.; [ ] Erdbestattung [ ] Feuerbestattung

7 Geschlecht [ ] männlich [ ] weiblich
8 Identifikation nach [ ] eigener Kenntnis [ ] Personalausweis/Reisepass [ ] Angaben Angehöriger/Dritter
[ ] nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 [ ] Nach eigenen Feststellungen [ ] Nach Angaben Angehöriger/Dritter am — Tag | Monat | Jahr | um | Stunden | Minuten
10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am — Tag | Monat | Jahr | um | Stunden | Minuten

Ende des Durchschreibeverfahrens! Bitte die Blätter 2 ff. wegklappen und gesondert ausfüllen!

Nicht im Durchschreibeverfahren!

Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g (als Sterbezeitpunkt gilt der Geburtszeitpunkt):

11 [ ] Sterbeort 12 [ ] Auffindeort, falls nicht Sterbeort 13 [ ] als tote Leibesfrucht geboren [ ] in der Geburt gestorben

Name der Einrichtung (des Krankenhauses/Heimes o.ä.)
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
oder Stempel der Einrichtung, falls vorhanden

14 **3. Todesart**

Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten?
(z. B. Selbsttötung, Unfall, Tötungsdelikt, auch durch äußere Einwirkungen evtl. mitverursachte Todesfälle, Spättodesfälle nach Verletzung)

[ ] nein — wenn nein, Todesart [ ] natürlich oder
[ ] ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod

[ ] ja (Wenn ja oder ungeklärt, im Vertraulichen Teil, Blätter 2 ff. Ziff. 20 [Epikrise] nähere Hinweise [falls möglich])

15 **4. Warnhinweise**

Liegen Hinweise dafür vor, dass die/der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit nach § 6 oder § 7 Infektionsschutzgesetz (einschließlich HIV) erkrankt war? [ ] ja [ ] nein

16 Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten?
[ ] nein [ ] ja, welche?

17 [ ] Sonstiges (z. B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien):

Fortsetzung des Durchschreibeverfahrens!

18 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am — Tag | Monat | Jahr | um | Stunden | Minuten | Uhr

Ort, Datum | Unterschrift | Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

a

Abb. 3.3a,b Vertraulicher (**a**) und nichtvertraulicher Teil (**b**) des Leichenschauscheins in NRW

Todesbescheinigung NRW
- Vertraulicher Teil -

Blatt 2 Untere Gesundheitsbehörde zum Verbleib

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen [X]

1. Personalangaben

1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)

2 Straße | 3 Hausnummer

4 PLZ, Wohnort, Kreis

5 Geburtsdatum | 6 Geburtsort, Kreis

Ausfüllung: Standesamt, hilfsweise Untere Gesundheitsbehörde

Standesamt

Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.

☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung

7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

8 Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/ Reisepass ☐ Angaben Angehöriger/Dritter

☐ nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am Tag | Monat | Jahr um Stunden | Minuten

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am Tag | Monat | Jahr um Stunden | Minuten

Blätter 2 - 5 im Durchschreibeverfahren!

Sichere Zeichen des Todes

11 ☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod

☐ Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ☐ ja ☐ nein

14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)

Name des Krankenhauses/Arztes o. ä.

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

oder Stempel (falls vorhanden)

Wer hat die Todesursache festgestellt?

13 ☐ Behandelnder Arzt ☐ Nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes ☐ Nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes

Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen) | ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod *)

15 I a) Unmittelbare Todesursache:

16 b) Dies ist eine Folge von b1*)

17 b2*)

18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: *)

19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: *)

*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich

20 **Epikrise**
Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich
(z. B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang): bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels

21 **Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)**

☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall) ☐ Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)

☐ Wegeunfall ☐ Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)

☐ häuslicher Unfall ☐ sonstiger Unfall ☐ Verkehrsunfall ☐ unbekannt

24 Diagnose durch Obduktion gesichert? ☐ nein ☐ ja

25 Liegt der Obduktionsbefund bei? ☐ nein ☐ ja

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt

22 Liegt eine Schwangerschaft vor? ☐ nein ☐ ja Monat ☐ unbekannt

23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ☐ ja ☐ nein

26 Bei ungeklärter Identität der Leiche:
Bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart:
Polizei unterrichtet? ☐ ja ☐ nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen

27 Wo wurde das Kind geboren? ☐ im Krankenhaus ☐ zu Hause ☐ sonstiger Ort

28 Mehrlingsgeburt? ☐ nein ☐ ja Geburtsgröße cm Geburtsgewicht g

29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:
☐ Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche

Lebensdauer: volle Stunden ☐ unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am Tag | Monat | Jahr um Stunden | Minuten Uhr

Ort, Datum | Unterschrift | Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

b

Abb. 3.3a,b (*Fortsetzung*) Vertraulicher (**a**) und nichtvertraulicher Teil (**b**) des Leichenschauscheins in NRW

Falsch ausgefüllte Todesbescheinigung

Wird jedoch die Todesbescheinigung – vorsätzlich oder fahrlässig – falsch ausgefüllt, so kommt grundsätzlich eine Strafbarkeit wegen mittelbarer Falschbeurkundung (§ 271 StGB) oder schwerer mittelbarer Falschbeurkundung (§ 272 StGB) in Betracht, da die Angaben in der Todesbescheinigung oder auch auf dem Obduktionsschein als Erklärungen, Verhandlungen oder Tatsachen, welche für Rechte oder Rechtsverhältnisse von Erheblichkeit sind, in öffentlichen Urkunden, Büchern, Dateien oder Registern als abgegeben oder geschehen beurkundet oder gespeichert werden, gelten.

schau und Ausstellung der Todesbescheinigung befreit. Er soll in derartigen Fällen aber trotzdem den „vorläufigen Leichenschein" ausstellen. Zugleich soll der Notarzt die Angehörigen des Verstorbenen darauf hinweisen, dass sie von sich aus die Ausstellung der Todesbescheinigung durch einen anderen Arzt veranlassen müssen.

Schweigepflicht des Leichenschauarztes

Die Vornahme der ärztlichen Leichenschau ist vollwertige ärztliche Tätigkeit, auch für sie gilt die ärztliche Schweigepflicht, bei deren Verletzung einerseits gem. § 203 StGB strafrechtliche Konsequenzen möglich sind und andererseits auch berufsrechtliche Sanktionen nicht ausgeschlossen werden können.

In drei Fällen ist der Arzt von der Schweigepflicht befreit:

- wenn die Offenbarung des Privatgeheimnisses zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist,
- wenn gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten dies verlangen und
- wenn die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht nach Abwägen aller Aspekte dem mutmaßlichen Willen des Patienten bzw. des Verstorbenen entspricht.

Sanktionen bei unsachgemäßer Leichenschau

Die Landesgesetze bzw. Landesverordnungen behandeln Verstöße gegen Vorschriften der Leichenschaugesetze bzw. Leichenschauverordnungen als **Ordnungswidrigkeiten**. Derartige Ordnungswidrigkeiten können mit einer Geldbuße von bis zu 25.000 Euro geahndet werden (vgl. etwa § 21 Abs. 3 des „Gesetzes über das Leichenwesen" der Freien Hansestadt Bremen). Aus der langen Liste der denkbaren Ordnungswidrigkeiten sind für den Leichenschauer besonders bedeutsam:

- die nicht rechtzeitige (d. h. unverzügliche) Vornahme der Leichenschau,
- die unzureichende Vornahme einer ärztlichen Leichenschau,
- das unterlassene unverzügliche Bestellen einer Vertretung im Falle der eigenen Verhinderung,
- die Missachtung der Meldepflicht an die zuständige Polizeibehörde bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod (einschließlich Suizid, Unfall oder sonst durch äußere Einwirkung verursachten Tod) oder auch das nicht rechtzeitige Melden derartiger Anhaltspunkte,
- das Unterlassen eines Hinweises auf eine übertragbare Krankheit und
- das Unterlassen, das nicht richtige oder nicht vollständige Ausstellen einer Todesbescheinigung.

Kommen durch eine unsachgemäße Leichenschau und daraus resultierender Nichterkennung einer Gefährdungsquelle Lebende zu Schaden, greifen darüber hinaus die §§ 230, 222 StGB (fahrlässige Körperverletzung, fahrlässige Tötung).

Besonders bedeutsam sind neben der mangelnden Sorgfalt bei der Untersuchung des Leichnams insbesondere Unkorrektheiten bei der Beurkundung des Zeitpunkts des Todeseintritts. Unterlässt der Leichenschauarzt die Unterrichtung der Polizei, obwohl ein Fremdverschulden als Todesursache nicht gänzlich auszuschließen ist, so setzt er sich möglicherweise dem Vorwurf der Strafvereitelung, § 258 StGB, aus.

Das Ausstellen einer Todesbescheinigung mit falschen Angaben durch den Leichenschauarzt ist keine Urkundenfälschung im Sinne des § 267 StGB und erfüllt auch nicht den Tatbestand der Fälschung eines Gesundheitszeugnisses gem. § 277 StGB, da als Täter im Sinne des § 277 StGB nur nichtmedizinisch qualifizierte Personen in Betracht kommen. Darüber hinaus werden Bescheinigungen über die Todesursache nicht vom Begriff des Gesundheitszeugnisses erfasst (seit RGSt 65, 78), auch § 278 StGB – Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse – ist nicht einschlägig.

Die genannten Strafnormen sollen den Rechtsverkehr vor inhaltlich falschen, d. h. unwahren öffentlichen Urkunden schützen. Die Strafandrohung beträgt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe, auch der Versuch ist strafbar (§ 271 Abs. 2 StGB). Werden die falschen Tatsachen absichtlich als solche in die Todesbescheinigung eingetragen, um „sich oder einem anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen", so lautet die Strafandrohung Freiheitsstrafe von 3 Monaten bis zu 5 Jahren, nur in minder schweren Fällen kommt dann eine Geldstrafe in Betracht (§ 272 Abs. 2 StGB).

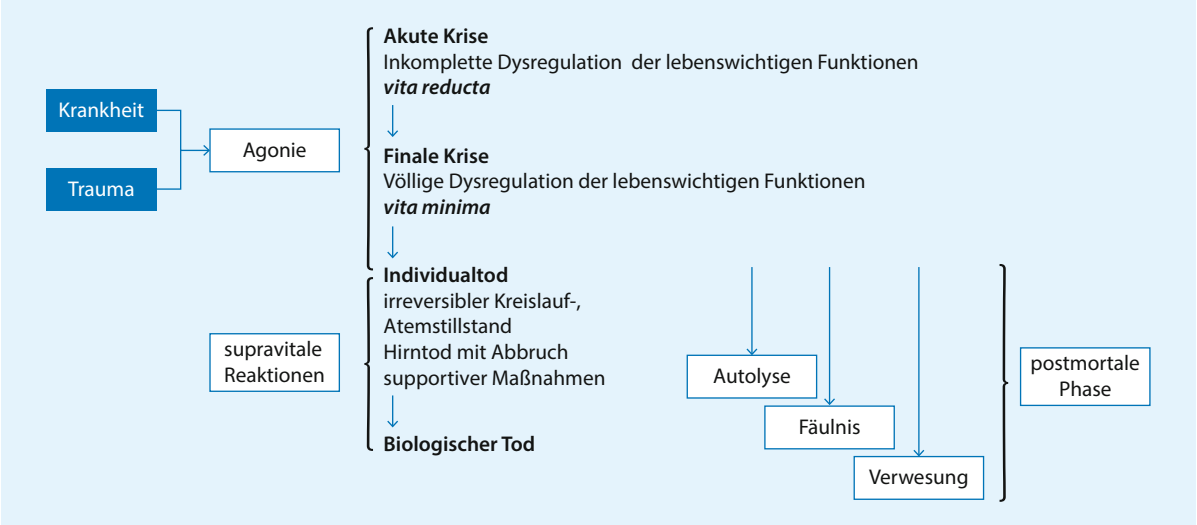

Abb. 3.4 Schema der agonalen Abläufe. (Adaptiert nach Berg)

3.1.2 Feststellung des Todes

Die erste und wichtigste Aufgabe bei der ärztlichen Leichenschau ist die sichere Feststellung des eingetretenen Todes.

Da der Arzt die Differenzialdiagnose zu treffen hat, ob der Patient verstorben ist oder ob ein reanimationspflichtiger Zustand vorliegt, machen nur jene Leichenschauverordnungen Sinn, die dem Arzt die Vornahme der Leichenschau **unverzüglich** nach Erhalt der Anzeige über den Todesfall vorschreiben.

Die Feststellung des eingetretenen Todes ist dabei unproblematisch, wenn sichere Todeszeichen (Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis, mit dem Leben nicht zu vereinbarende Körperzerstörungen) vorliegen. Freilich erleben wir immer wieder, dass auch bei eindeutigen Leichenerscheinungen (Totenflecke, Totenstarre) noch Reanimationsbemühungen vorgenommen werden, offensichtlich aus Unkenntnis dieser sicheren Leichenerscheinungen.

Unsicherheiten bei der Feststellung des Todes treten vor allem in der Zeitphase etwa zwischen scheinbar leblosem Zusammenbrechen und der Ausbildung sicherer Todeszeichen (Livores als erstes sicheres Todeszeichen ca. 20–30 Minuten post mortem) auf oder in einer Phase der Vita minima bzw. Vita reducta mit bei oberflächlicher Untersuchung nicht unbedingt „ins Auge springenden" Lebenszeichen.

„Der Tod des Menschen, der sog. Individualtod, wird durch das Sterben eingeleitet, das in Abhängigkeit von der Zeit bei längerem Andauern als Vorbote des Todes unverkennbar ist, bei kurzer Dauer aber nicht als prämortale Phase konkret fassbar in Erscheinung tritt. Das Ende des Individuallebens wird gemeinhin mit dem Ausfall der großen Funktionssysteme, zu welchen Kreislauf, Atmung und zentrales Nervensystem gehören, gleichgesetzt." (Masshoff 1960)

Die Irreversibilität des Ausfalles der Lebenserscheinungen (irreversibler Stillstand von Kreislauf, Atmung, Gesamtfunktion des Gehirns) ist das entscheidende Kriterium zur Charakterisierung des Lebensendes. Bei langer Agoniephase kann sich das Lebensende ankündigen, bei vielen rechtsmedizinisch relevanten Todesfällen mit kurzer (Strangulation, äußeres Verbluten, Ertrinken) und ultrakurzer Agonie (augenblickliche Zertrümmerung des Körpers etwa bei Explosionsverletzungen oder Sturz aus großer Höhe) tritt der Tod plötzlich ein.

Agonieformen

Sterben und Tod sind Prozesse, die gekennzeichnet sind durch den Funktionsverlust der großen Systeme (Herz-Kreislauf-, Atem-, zentrales Nervensystem) und ihrer Koordination (Abb. 3.4). Mit dem Verlust der Koordination setzt eine zunehmende Dissoziation der Organfunktionen ein.

Definition

Die Phase des Sterbens bezeichnet man als Agonie, deren Dauer in Abhängigkeit vom schädigenden Agens und den verbleibenden Reaktionsmöglichkeiten stark variieren kann.

Ultrakurze bzw. fehlende Agonie (Bruchteile von Sekunden) Bei vollständiger gröbster Zertrümmerung des Körpers (etwa Explosionsverletzungen).

Kurze Agonie (im Minutenbereich) Tritt bei vielen rechtsmedizinisch-relevanten gewaltsamen Todesfällen (Strangulation, Ertrinken, Verbluten bei Stichverletzungen mit