

I. Wissenschaftliche Sitzung: Tod und Leichenschau

F. SCHLEYER (Marburg): Aktuelle Fragen der Leichenschau und Leichenöffnung.

I. Begründung von Reformvorschlägen an Hand kasuistischer Erfahrungen

Die Leichenschau soll bekanntlich zweierlei Zwecken dienen: dem Ausschluß des „Scheintodes“ und der Feststellung der Todesursache. Nun ist es Gemeingut des Wissens mindestens aller Pathologen und Gerichtsmediziner, daß die äußere Leichenschau nur sehr selten einen Rückschluß auf die eigentliche Todesursache gestattet, und daß selbst bei längere Zeit ärztlich behandelten Kranken eine Obduktion eine andere als die vermutete Todesursache aufdecken kann. In Tabelle 1 sind Literaturzahlen aus Prosekturen und Instituten zusammengestellt: die

Tabelle 1. Häufigkeit von Totenschein-Fehldiagnosen im allgemeinen Sektionsmaterial

Autor	Material	n	Fehldiagnosen %
FISCHER, LUBARSCH, DOR-MANNS, RINK (zit. bei BORRIS)	Pathologie, nur bösartige Geschwülste		16—30
BORRIS (1952)	Pathologie	1078	33
HÜBNER-GÜTHERT (1922—1944)	Jena Verw.-Sektionen	845	85
HEASMAN (1962)	England-Scotland-Wales, Klinik	9501	45
KOCH-BECKER (1958)	Halle Feuerbestattung	900 „Alters-schwäche“	100
DIETZ (1959)	Leipzig Feuerbestattung	27	85
DÜRWALD (1964)	Leipzig Feuerbestattung	200	50—70
BESANÇON (19??)	Paris, Klinik	1000	55

Fehldiagnosen reichen bis zu 100%. Daraus folgt zunächst, daß die Todesursachenstatistik mit großer Wahrscheinlichkeit unzuverlässig ist — wie schon lange bekannt. Pathologen (HÜBNER und GÜTHERT) haben die Todesbescheinigung ohne Verifizierung durch Sektion „eine Spielerei mit ernsten Dingen“ genannt. ROCHE (Lyon) nennt die Diagnose auf dem Totenschein nur nach äußerlicher Untersuchung der Leiche eine „wissenschaftliche Gaukelerie“.

Schwerer muß aber wiegen, daß falsche Diagnosen auf dem Leichenschauschein *rechtliche* Bedeutung haben können. Es ließen sich 3 Statistiken in der Literatur finden, die die Wirklichkeit erahnen lassen. Tabelle 2 zeigt, daß Obduktionen immerhin jeweils in einigen Prozent sowohl einen gewaltsamen Tod statt eines natürlichen, als auch einen natürlichen Tod statt eines vermuteten gewaltsamen Todes an den Tag bringen. Das alles ist für uns nichts Neues, aber man muß bedenken,

Tabelle 2. *Fehldiagnosen von rechtlicher Relevanz*

Autor	Material	n	Fehldiagnosen
HÜBNER-GÜTHERT (1922—1944)	Jena Verwaltungs- Sektionen	1288	4% gewaltsamer Tod
TURKEL (1955)	St. Francisco	232	6% „natürlicher Tod“ gewaltsamer Tod oder ansteckende Krankheiten
		154	3% gewaltsamer Tod natürlicher Tod
BEHRENDT (1948—1965)	Institut Heidelberg, gerichtliche Sektionen und voll- ständige Ermittlungen	5117	0.5% gewaltsamer Tod oder Fremd- verschulden oder Unfall oder „Vorsatz“ statt: „natürlicher Tod“, „Selbst- verschulden“, „Selbst- mord“, „Notwehr“ 2,3% natürlicher Tod oder Selbstmord statt: „gewaltsam“ oder „fremde Hand“

daß diese Zahlen bei Verwaltungs- oder gerichtlichen Sektionen gewonnen wurden, daß jedoch die Todesfälle ohne Sektion ebenso eine Quote anderer als angenommener Todeshergänge enthalten müssen. Gegen den Einwand, gerade die verdächtigen Fälle seien schon zur Legalsektion gekommen, beim Gros der Sterbefälle sei also kein Irrtum über die Todesursache anzunehmen, spricht allein bereits die regional äußerst unterschiedliche Häufigkeit der gerichtlichen Leichenöffnungen. Es gibt große Landgerichtsbezirke mit höchstens etwa 10 gerichtlichen Obduktionen im Jahr! Auf Grund der Erfahrungen in S. Francisco hat TURKEL zu berechnen versucht, wieviel Sektionen anfallen müßten, damit alle gewaltsamen sowie alle verdächtigen Todesfälle nebst allen Todesfällen bei unbekannter Vorgeschichte oder ohne vorangegangene ärztliche Behandlung erfaßt würden: er kam auf 21 % der Sterbefälle,

und allein zur Aufdeckung des *strafbaren Fremdverschuldens am Tode* nebst den „verdächtigen Todesfällen“ müßten nach TURKEL 14% aller Verstorbenen obduziert werden.

Die besondere gerichtlich-medizinische Erfahrung gestattet es, *klassische Standardtypen* von Fehldiagnosen des Leichenschau-scheines aufzustellen. Die folgenden Tabellen seien mit einigen kasuistischen Aphorismen illustriert; die Beispiele könnten von jedem anderen Referenten durch gleichartige ersetzt werden: in der gerichtlichen Medizin gilt das Gesetz von der „Gleichförmigkeit charakteristischer Fälle“ (PROKOP).

Zu Ia der Tabelle 3 ist zu erwähnen, daß nach einer Dissertation aus dem Zürcher Institut (SCHINDLER) fast ein Fünftel aller Badewannentodesfälle CO-Vergiftungen sind. Aus dem Heidelberger Material ist ein Fall veröffentlicht worden, in dem nach dem ersten Todesfall noch vier andere Personen in derselben Wohnung durch Kohlenoxid verstarben, weil im ersten und zweiten Falle als Todesursache „Herztod“ und „apoplektischer Insult“ bescheinigt worden waren (BEHRENDT).

Tabelle 3
Standardtypen von Fehldiagnosen mit verkanntem fremdem Verschulden am Tode

- I. Totenscheindiagnose „Herztod“ („Herzschlag“), „Herz-Kreislaufversagen“, „Embolie“, „Schlaganfall“ oder dergl., in Wirklichkeit aber:
 - a) Vergiftung.
 - b) Abtreibung.
 - c) Strangulation.
 - d) Erschießen.
 - e) Verkehrs- oder anderer Unfall.
 - f) Stromtod.
 - g) Andere Gewalteinwirkungen.
- II. Totenschein-Fehldiagnose „Alterstod“, in Wirklichkeit aber z.B. *Sturz* mit inneren Verletzungen.
- III. Totenschein-Fehldiagnose „Hämorrhagische Diathese“ bei Kindern, in Wirklichkeit aber Tod durch *Mißhandlungen*.
- IV. Fehldiagnose „Selbstmord durch Erhängen“, in Wirklichkeit aber *Mord* durch Erdrosseln oder Erwürgen.
- V. Fehldiagnose „Alkoholrausch“, in Wirklichkeit aber Tod an *Schädel-Hirntrauma*.
- VI. Fehldiagnose „Schnittverletzung“, in Wirklichkeit aber *Stich*.
- VII. Totenschein-Fehldiagnose „Polyneuritis“, in Wirklichkeit aber *Thalliumvergiftung*.
- VIII. Fehldiagnose „Vergiftung“, in Wirklichkeit aber Tod aus gewaltsamer Ursache *anderer Art*.
- IX. Fehldiagnose „Unfall“ (auch „Verkehrsunfall“, „Sturz“), oder andere Gewalteinwirkung, in Wirklichkeit aber *Mord* oder (u.U. dissimulierter) *Selbstmord*.

Ein „Herzschlag“ wurde erst durch Exhumierung als Mord durch E 605 erkannt, als ein zweiter Angehöriger des Täters ebenso unerwartet verstarb (Institut Bonn). Hierhin gehört auch der Bonner Insulinmord (JANITZKI u. Mitarb.), bei dem der Arzt bei der Leichenschau dieser 32jährigen Frau die vielen Spritzenhämatome übersehen und als Todesursache „Herzmuskelschwäche“ bescheinigt hatte. Oder der Fall von DÜRWALD (1959): auf dem Leichenschauschein „akutes Herzversagen“ eines 68jährigen, in Wirklichkeit erst Injektion von Morphin durch die Ehefrau, danach Hineinstopfen von 15 Barbituratabletten tief in die Trachea und Ersticken in der Bewußtlosigkeit. Ein fast unglaublicher eigener Fall der Kategorie Ic: eine 66jährige Frau mit „Myokardschaden“ wurde völlig nackt auf dem Fußboden ihrer Wohnung tot aufgefunden. Diagnose des Hausarztes: „Hirnschlag“ (da linke Gesichtshälfte „bläulich verfärbt“), „vielleicht nach sexueller Betätigung“. Eine Privatobduktion fand massenhaft Weichteilsuffusionen, auch am Halse, und in der Vagina ein Streichholz(!). Die Spuren der Gewalteinwirkung wurden auf „Herumtaumeln“ zurückgeführt. Bei der endlich veranlaßten gerichtlichen Nachobduktion fanden sich Bindehautekchymosen, Zungenblutungen, Fettembolie. Diagnose: Erwürgen, typische Gegenwehrverletzungen (Institut Bonn, L 673/61). Für die Gruppe Ic noch ein Beispiel: eine 76jährige Frau wurde im Freien tot aufgefunden. Bei der polizeilichen Leichenschau wurden „Kratzspuren“ am Halse auf das Reiben einer Zustecknadel im Halstuch beim Hinstürzen zurückgeführt. Die Obduktion ergab allerschwerste innere Verletzungen durch brutales Würgen und durch Kneien des Täters auf Thorax und Abdomen (Institut Bonn, L 82/63). Zu Ig ein Literaturfall: Totenscheindiagnose „Kopfverletzungen durch Sturz bei tödlichem Schlaganfall“, in Wirklichkeit tödliches Schädeltrauma durch Hieb mit einer Flasche bei einem Raubüberfall (SCHMITZ). Die Unterschrift des Arztes „mit der Eintragung Herztod“ hat wahrlich eine „entscheidende Macht“ (HOLZER).

Zu den Gruppen II—VII kennt jeder Gerichtsarzt eine Fülle typischer Beispiele. Ein Beispiel zu Gruppe VIII hat HÄNDEL aus dem Heidelberger Material veröffentlicht: angeblicher Tablettenselfstmord eines Schizophrenen, in Wirklichkeit Schädelbruch mit epiduralem Hämatom durch Hieb bei Familienstreit. Zu der großen Gruppe IX der Fall von WUERMELING: scheinbar Tod durch Sturz aus dem fahrenden Zuge, in Wirklichkeit vorher Würgen und Tod nach dem Herausstürzen durch Stich in die Drosselgrube und Luftembolie.

Geradezu spektakulär ist ein von RAUSCHKE obduzierter Fall (mitgeteilt von HENNINGER): anscheinend Schädeltrauma durch Wurf mit einem Aschenbecher. Obduktion nur, weil 14 Std später auch die Schwester des Verstorbenen plötzlich verstarb. Aufklärung durch die Sektio-

nen und die chemische Untersuchung: Mord und Selbstmord mit E 605. Die Totenscheindiagnose bei der Täterin hatte aber gelautet: „Herztod“ durch die „Aufregungen“ infolge des Todes des Bruders! Ohne die Sektionen wäre der zuerst verdächtigte „Täter“ wegen Körperverletzung mit Todesfolge bestraft worden und hätte wohl die Strafe angenommen!

In Tabelle 2 wurde schon der *umgekehrte* Sachverhalt erwähnt: *Ausschluß* eines fremden Verschuldens am Tode durch die Obduktion. Dies ist ihre vornehmste Aufgabe. Auch hier gibt es Standardtypen (Tabelle 4). Aus Gruppe 1 kennt jeder Obduzent zahlreiche Beispiele.

Tabelle 4
Standardtypen von Fehldiagnosen mit fälschlich angenommenem Fremdverschulden

-
- I. Scheinbar gewaltsamer Tod, in Wirklichkeit aber:
 - a) Herztod bei psychischer Erregung oder körperlicher Anstrengung bei vorgegebenem Herzschaden oder Tod bei anderen krankhaften Zuständen („Bagatellanlaß“);
 - b) Platzen von Aneurysmen bei emotionaler Blutdrucksteigerung oder körperlicher Anstrengung (ebenso Hirnschlaganfälle);
 - c) „Badetod“ (statt „Ertrinken“ bei scheinbar fahrlässigem Fremdverschulden).
 - II. Totenschein-Fehldiagnose „Erstickung“ bei Säuglingen, in Wirklichkeit aber Infekt.
 - III. Fehldiagnose „Tod durch Verhungern“ bei Säuglingen, in Wirklichkeit aber Pädatrophie.
 - IV. Fehldiagnose „Unfall“ (auch „Verkehrsunfall“), in Wirklichkeit aber Tod aus innerer natürlicher Ursache.
 - V. Fehldiagnose „Tod durch ärztliches Verschulden“, in Wirklichkeit aber Tod aus innerer natürlicher Ursache.
 - VI. Fehldiagnose „Mord“ oder „Totschlag“ oder „Vergiftung“, in Wirklichkeit aber Unfall oder Selbstmord oder Tod aus innerer Ursache.
-

In Gruppe II lässt sich wohl immer eine natürliche Todesursache finden, wenn „zufälliges Ersticken“ vermutet wurde. Zu Gruppe III ein eigenes Beispiel: bei einem verstorbenen Säugling stellten ein Facharzt für Psychiatrie und ein praktischer Arzt als Obduzenten auf Grund der Leichenschau und der Öffnung der Brust- und Bauchhöhle die Diagnose „Verhungern“. Die uneheliche Mutter und der Kindesvater wurden zu lebenslangem Zuchthaus verurteilt. Im Wiederaufnahmeverfahren nach 7 Jahren ließ sich als Todesursache eine Pädatrophie sehr wahrscheinlich machen. Zu Gruppe IV gehören etwa die Fälle von Herztod am Steuer schon vor dem „Unfall“ oder von natürlichem Tod kranker Fahrzeuginsassen unmittelbar nach einem Unfall infolge der „Grenzbelastung“. Die Annahme einer Unfallursächlichkeit ohne Leichenöffnung kann hier zu schwersten Fehlurteilen führen. In den Fällen der Gruppe V

III. Todesart:¹⁾

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| natürlicher Tod . . . | <input type="checkbox"/> | Tötung | <input type="checkbox"/> |
| Unglücksfall | <input type="checkbox"/> | Verdacht einer strafbaren Handlung | <input type="checkbox"/> |
| Selbstmord. | <input type="checkbox"/> | nicht aufgeklärt | <input type="checkbox"/> |

IV. Zuletzt behandelnder Arzt:
Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses**V. Wer hat die Todesursache festgestellt?¹⁾**

- | | |
|--|--------------------------|
| Behandelnder Arzt | <input type="checkbox"/> |
| ärztl. Leichenschauer nach Angaben des behandelnden Arztes . . . | <input type="checkbox"/> |
| ärztl. Leichenschauer ohne Angaben des behandelnden Arztes . . . | <input type="checkbox"/> |

VI. Todesursache:¹⁾

Der Tod trat ein unter:

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Herzstillstand | <input type="checkbox"/> | Koma | <input type="checkbox"/> | Kreislaufversagen | <input type="checkbox"/> |
| Marasmus . . . | <input type="checkbox"/> | Atemlähmung | <input type="checkbox"/> | Verblutung | <input type="checkbox"/> |

Zeitdauer zwischen
Krankheitsbeginn und Tod

- | | |
|--|-------|
| 1. Welches Leiden hat den Tod <u>unmittelbar</u> herbeigeführt? | |
| 2. Welche Krankheiten od. äußerer Ursachen sind dem Leiden <u>ursächlich</u> vorausgegangen? | |
| 3. Andere wesentliche Krankheitszustände, die z. Zt. des Todes bestanden haben: | |
|
4. Bei Unfall, Berufskrankheit, Vergiftung oder Gewalteinwirkung (Selbstmord) | |
| a) Zustandekommen (äußere Ursache) des Schadens: | |
| b) Medizinische Diagnose des Schadens und seiner Komplikationen: | |
| c) Unfallkategorie (Dienst- oder Arbeitsunfall, Unfall im Bergbau, Verkehr, Sport, Haushalt usw.): | |

<p>18. Cause of death / Enter only one cause per line for (a), (b), and (c).]</p> <p>Part I. death was caused by:</p> <p>Immediate cause (a)</p> <p><i>Conditions, if any,</i></p> <table border="1"> <tr> <td>which gave rise to above cause (a), stating the under- lying cause last.</td> <td>Due to (b)</td> </tr> </table> <p>Part II. Other significant conditions contributing to death but not related to the terminal disease condition given in part I (a)</p>			which gave rise to above cause (a), stating the under- lying cause last.	Due to (b)	Interval between onset and death						
which gave rise to above cause (a), stating the under- lying cause last.	Due to (b)										
20a. Accident	Suicide	Homicide	20b. Describe how injury occurred. (Enter nature of injury in Part I or Part II of item 18.)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<p>20c. Time of injury</p> <table> <tr> <td>Hour</td> <td>Month</td> <td>Day</td> <td>Year</td> </tr> <tr> <td>a.m.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Hour	Month	Day	Year	a.m.				20f. City, town or location
Hour	Month	Day	Year								
a.m.											
20d. Injury occurred While at <input type="checkbox"/> Not while <input type="checkbox"/> at work	20e. Place of injury (e.g., in or about home, farm, factory, street, office bldg., etc.).	County	State								
<p>21. I attended the deceased from _____ Death occurred at _____</p> <p>on the date stated above; and to the best of my knowledge, from the causes stated.</p>			22c. Date signed								
<p>22a. Signature</p> <p>(Degree or title)</p>		22b. Address	22c. Date signed								
Burial, cremation. Removal (Specify)	23b. Date	23c. Name of cemetery or crematory	23d. Location (City, town, or county) (State)								

Schema 2. Ausschnitt aus dem Leichenschauauschein der USA 1956 (aus DUNN)

		Diagnosis in Latin and Finnish		Cause of death List No.	Duration of Illness
I A Immediate cause of death B Antecedent condition C Underlying cause of death = underlying disease to be clearly marked "C" II Other diseases, defects and invalidities also present					
11. Circumstances of death If accident, violence or poisoning connected with the death, always explain when, where and how		<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> War, etc. <input type="checkbox"/> Not clear	<input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> Clin. Lab. <input type="checkbox"/> Radiology. <input type="checkbox"/> Virolog.	Physician saw body	
12. Deceased had been examined by physician at <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Patient's home <input type="checkbox"/> Institution				<input type="checkbox"/> Other examination or operation:	
Cause of death (C, B, A) based on following data and examinations <input type="checkbox"/> Case history <input type="checkbox"/> Clin. Forensic-Chemical <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Microsc. <input type="checkbox"/> Chemical				<input type="checkbox"/> Sero-bac- <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Police examination <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Medical	
External examination of body <input type="checkbox"/> Medical				<input type="checkbox"/> Cause of death was <input type="checkbox"/> Verified <input type="checkbox"/> Assumed	
Partial autopsy <input type="checkbox"/> Medical				<input type="checkbox"/> No further inv. needed	
Complete autopsy <input type="checkbox"/> Medical				Examination was inconvenienced by:	

Schema 3: Ausschnitt aus dem finnischen Leichenschauerschein 1960 (aus ISOTAO, vom Autor selbst übersetzt)

kann die Obduktion die Beschuldigten in aller Regel entlasten. Zu Gruppe VI sei als Beispiel der Fall einer angeblichen „Lebensmittel“-, in Wirklichkeit aber CO-Vergiftung erwähnt (BREITENECKER).

Zur Leichenschau gehört der *Leichenschauabschein*. 1955/56 ist bekanntlich ein neues Formular eingeführt worden (Schema 1), an dessen Ausarbeitung aber nur Beamte der Medizinalverwaltung und Statistiker beteiligt waren. Der Schein soll daher auch zugegebenermaßen „einer Arbeitsvereinfachung bei der Ausfüllung und Auswertung“ und „einer Verbesserung der Ergebnisse der Todesursachenstatistik“ dienen („Leben und Sterben in der Bundesrepublik Deutschland“, Amtliches Merkheft für Ärzte). Auf die Unbrauchbarkeit dieses Formulares für die Aufklärung gewaltsamer Todesfälle wurde schon mehrfach hingewiesen, zuletzt von BOSCH und von SCHWERD (vgl. auch SCHLEYER). Zusammengefaßt lauten die wichtigsten Bedenken: es fehlt unter III der Hinweis, daß auch eine fahrlässige Tötung, z.B. Tod nach fremdverschuldetem Straßenunfall, eine „Tötung“ ist (was die meisten Ärzte nicht wissen); unter V fehlt die Möglichkeit, auch die Angehörigen oder Außenstehende zu nennen; vor der Unterschrift fehlt der zwingende Hinweis auf die Untersuchung der *entkleideten* Leiche; die Einordnung der 6 Rubriken der Ziffer VI unter „Todesursache“ ist irreführend, die Rubriken sind außerdem unvollständig und pathophysiologisch verschwommen; die Ziffer VI, 4 fordert vom Leichenschauer Qualifizierungen von rechtlicher und kriminalistischer Bedeutung, wo er unter Umständen nur Vermutungen äußern kann (SCHWERD); der anscheinend erläuternde Zusatz „Selbstmord“ zu „Gewalteinwirkung“ ist ganz fehlerhaft. Zum Vergleich das Einheitsformular der USA von 1956 (Schema 2, aus DUNN) und das finnische Formular von 1960 (Schema 3, aus ISOTALO). Beide erscheinen in der hier interessierenden Beziehung besser.

Eines vermag allerdings auch das beste Leichenschauformular nicht: eine oberflächliche Leichenschau oder eine grobfahrlässig oder bewußt falsche Angabe der Todesursache zu verhindern. Man kann abschließend mit DETTLING sagen: die Unterschrift im Totenschein ist die am schwersten wiegende des Arztes.

Leichenschauabschein und Indikation zur behördlich anzufordnenden Leichenöffnung bedürfen einer *Reform* — dies zu begründen war der Sinn dieser Darlegungen.

Zusammenfassung

An Hand von Statistiken der Literatur, der klassischen Standardtypen von Fehldiagnosen auf dem Leichenschauabschein und typischer Beispiele werden die grundsätzliche Unfähigkeit der äußeren Leichenschau zur Feststellung der wirklichen Todesursache und die rechtsbedeutsamen Folgen einer zu geringen Obduktionsfrequenz dargelegt.

Ferner werden die wichtigsten Bedenken gegen das deutsche Formular des Leichenschauscheines von 1955/56 aus gerichtlich-medizinischer Sicht aufgezählt.

Summary

By the help of some statistics published in the literature, of standard types of wrong diagnosis on death certificates and of typical case examples it is proven that an external inspection of the body must fail when the real cause of death is at stake. A too low frequency of post-mortem's must inevitably have grave consequences of forensic significance. The chief objections against the 1955/56 German death certificate form are enumerated.

Literatur

- BEHRENDT, R.: Zur „Erfolgsbilanz“ gerichtlicher Sektionen. Diss. Heidelberg 1966.
- BESANÇON: Sem. Hôp. Paris, zit. nach J. LE GUEUT: La Médecine légale judiciaire. Bull. Méd. lég. 9, 235 (1966).
- BORRIS, W.: Die Bedeutung der Verwaltungssektion für die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik. Z. ärztl. Fortbild. 46, 471 (1952).
- BOSCH, K.: Kritische Betrachtungen zur ärztlichen Leichenschau. 44. Tagg Dtsch. Ges. gerichtl. Med. Hamburg 1965. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 59, 200 (1967).
- BREITENECKER, L.: Lebensmittelvergiftung als Kohlendunstvergiftung aufgeklärt. Beitr. gerichtl. Med. 19, 82 (1955).
- DIETZ, G.: Über Wert und Praxis der ärztlichen Leichenschau aus der Sicht des Gerichtsmediziners. Dtsch. Gesund.-Wes. 15, 603 (1959).
- DÜRWALD, W.: Mord durch Fremdkörperaspiration. Arch. Kriminol. 123, 153 (1959).
- Vorstellungen über den Aufbau eines gerichtärztlichen Dienstes usw. Z. ärztl. Fortbild. 14, 779 (1964).
- DUNN, H.: 1956 revisions of standard birth and death certificates. J. Amer. med. Ass. 159, 1184 (1955).
- HÄNDEL, K.: Gerichtliche Leichenöffnungen. Kriminalistik 11, 290 (1957).
- HEASMAN, M.: Accuracy of death certification. Proc. roy. Soc. Med. 55, 733 (1962).
- HENNINGER, G.: Zur Bedeutung der gerichtlichen Leichenöffnung für die Verbrechensaufklärung. Arch. Kriminol. 125, 44 (1960).
- HOLZER, F.: Totenbeschau und ihre Bedeutung für spätere Gutachten. Mitt. öst. Sanit.-Verwalt. 59, 4.3 (1958).
- HÜBNER, O., u. H. GÜTHERT: Erfahrungsbericht über die Verwaltungssektionen am Pathologischen Institut Jena usw. Virchows Arch. path. Anat. 312, 421 (1944).
- ISOTALO, A.: Medico-legal aspects of medical certification of cause of death. Bull. Wld Hlth Org. 23, 811 (1960).
- JANITZKI, U., W. PROCH, F. SCHLEYER, H. DITSCHUNEIT u. E. PFEIFFER: Über den Insulinachweis in der Leiche bei Insulinvergiftung. Med. exp. (Basel) 3, 17 (1960).
- KOCH, R., u. H. BECKER: Wesen und Wert der Todesursache „Altersschwäche“ usw. Münch. med. Wschr. 1958, 381.
- ROCHE, L.: Zit. nach LE GUEUT.
- SCHINDLER, R.: Der Tod in der Badewanne. Diss. Zürich 1963.

- SCHLEYER, F.: Gerichtsärztliche Bemerkungen zu dem deutschen Leichenschau-schein. *Öff. Gesundh.-Dienst* 24, 278 (1962).
- SCHMITZ, W.: Ärztliche Fehlbeurteilung bei unbekannten Verbrechen. *Berl. med. Z.* 1, H. 27/28 (1950).
- SCHWERD, W.: Kritische Bemerkungen zur Leichenschau. *Bundesgesundheitsblatt* 8, 365 (1965).
- TURKEL, H.: Evaluating a medicolegal office. *J. Amer. med. Ass.* 158, 1485 (1955).
- WUERMELING, H.: Strangulationszeichen bei Verkehrsunfällen. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* 51, 562 (1961).

Prof. Dr. F. SCHLEYER
Institut für gerichtliche Medizin
der Universität
355 Marburg, Mannkopffstr. 2

B. MUELLER (Heidelberg): Aktuelle Fragen der Leichenschau und Leichenöffnung.

II. Rechtliche Seite

Auch der bestausgeklügelte Leichenschauschein kann die exakten Feststellungen einer inneren Leichenuntersuchung nicht ersetzen; dies ergab sich mit Deutlichkeit aus den Ausführungen von Herrn SCHLEYER. Wir sezieren zu wenig; dies geschieht zum Schaden der Allgemeinheit; wichtige Vorgänge, die sich vor dem Tode abspielten, bleiben unbekannt; es entstehen Gerüchte, die sehr unangenehm sein können. Die Unterrassung einer Leichenöffnung könnte sich mitunter auch zum Schaden der Angehörigen auswirken, weil es dann schwerer ist, Haftpflicht- und Versicherungsansprüche zu verfolgen [16].

Die einzige Art der behördlichen Obduktion ist in der Bundesrepublik die gerichtliche Leichenöffnung laut § 87 StPO. Wir kennen alle die Bestimmungen und ihre Auswirkungen: Antrag der Staatsanwaltschaft beim Amtsgericht aufgrund der polizeilichen Ermittlungen, die Leichenöffnung wird vom Amtsrichter angeordnet. Es handelt sich um einen offiziellen Gerichtstermin. Der Richter muß anwesend sein, zwei Ärzte führen die Obduktion durch, einer von ihnen muß der zuständige Gerichtsarzt sein, dies ist — soweit nicht Sonderregelungen durch Vertrag bestehen — der Amtsarzt oder einer seiner Stellvertreter; das Protokoll wird von einem Urkundsbeamten niedergelegt; meist beherrscht er die Schreibweise der medizinischen Ausdrücke trotz Verdeutschung nicht hinreichend; man muß in der Regel eine Sekretärin des Instituts für die Protokollierung mitnehmen; wenn der Obduzent das Tonband benutzen will, haben manche Richter erhebliche rechtliche Bedenken.

In den Amtsgerichten der Großstädte gibt es mitunter einen Richter, der für Sonderaufgaben, so auch für die gerichtlichen Sektionen abgestellt ist. Eine Vertretung durch Referendare als Richter kraft Auftrages