

Die ärztliche Leichenschau

Burkhard Madea • Elke Doberentz
Hrsg.

Die ärztliche Leichenschau

Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen

5. Auflage

Hrsg.
Burkhard Madea
Institut für Rechtsmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Bonn, Deutschland

Elke Doberentz
Institut für Gerichtliche Medizin
Medizinische Universität Innsbruck
Innsbruck, Österreich

ISBN 978-3-662-71106-4
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-71107-1>

ISBN 978-3-662-71107-1 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 1999, 2006, 2014, 2019, 2025

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Ulrike Hartmann

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Vorwort zur 5. Auflage

Ein Vierteljahrhundert nach der Erstauflage erscheint die fünfte Auflage der ärztlichen Leichenschau – offensichtlich ist ein solches Buch nach wie vor notwendig.

Was hat sich in diesem Vierteljahrhundert geändert? Im Detail sehr viel (z. B. die anzeigepflichtige Fehlgeburt bei einer Schwangerschaftsdauer von 24 Wochen, Verhaltensmaßregeln bei infektiösen Leichen, neue Bestattungsformen wie die Reerdigung; coronabedingte Übersterblichkeit), während das Leichenschausystem mit den systemimmanenten Schwächen weitgehend unverändert blieb.

Die strukturellen Defizite bestehen nach wie vor. Dazu zählen eine fehlende bundeseinheitliche Regelung, fehlende behördliche Sektionen bei durch die Leichenschau nicht zu klärender Todesursache und der Aktivismus der Bundesländer auf Novellierung der Bestattungsgesetze, der unverändert anhält.

Der Bundesminister eines Bundeslands rühmte sich: „Die Bedeutung der Themen Tod und Bestattung haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert und weiterentwickelt. Hinzu kommt der gesellschaftliche Wandel, der den Bedarf an alternativen Bestattungsformen hat steigen lassen. Dem tragen wir nun Rechnung. Rheinland-Pfalz bekommt das modernste Bestattungsrecht.“

Die bundesdeutsche Kleinstaaterei im Bestattungsrecht wird ganz offensichtlich noch für Profilierungsversuche genutzt.

Im Hinblick auf die Rechtslage zur Obduktion zu wissenschaftlichen Zwecken im europäischen Rechtsvergleich diagnostizierte *Spickhoff* eine wenig ruhmreiche, weil zersplitterte und im Verhältnis der Landesregelungen zueinander zum Teil widersprüchlichen Rechtslage, was Anlass gäbe, über die Schaffung einer Gesetzgebungskompetenz des Bundes nachzudenken. Dies gilt in gleicher Weise für Regelungen der ärztlichen Leichenschau.

Ein Entwurf der Bundesärztekammer zur bundeseinheitlichen Regelung der ärztlichen Leichenschau (2002) ist bekanntlich im Sande verlaufen, und es besteht Anlass zur begründeten Vermutung, dass sich daran auch künftig nichts ändern wird.

Damit dürfte das Fazit *Spickhoffs* auch zukünftig gültig sein: „Im Ergebnis fällt die Analyse der Rechtslage in Deutschland wenig ruhmreich aus.“

Die für die Ärzteschaft erfreulichste und wichtigste Neuerung ist sicherlich die seit dem 01.01.2020 gültige Gebührenordnung der ärztlichen Leichenschau gemäß GOÄ, die gegenüber den zuvor bestehenden Regelungen eine deutliche Verbesserung darstellt. Bei der derzeitigen Vergütungssituation können individuelle Mängel bei der Leichenschau sicherlich nicht mehr mit einer völlig unzureichenden Honorierung begründet werden.

Als „Reerdigung“ bezeichnet man eine neuartige Bestattungsform mit der beschleunigten Zersetzung eines Leichnams innerhalb von 40 Tagen und der Umwandlung in Erds substrat: Laut Herstellerangaben wird der Körper durch die Zugabe von pflanzlichem Substrat in einem Behälter durch körpereigene Bakterien in Humus („Erds substrat“) umgewandelt. Die verbliebenen Knochen werden entnommen, gemahlen und anschließend der Erde beigegeben. Bislang wurde eine kontrovers diskutierte wissenschaftliche Pilotstudie an zwei Reerdigungsprozessen durchgeführt. Laut Autoren sind aufgrund der Ergebnisse hochinfektiöse Leichen, welche nach dem Infektionsschutzgesetz zwingend kremiert werden müssen, von der Reerdigung auszuschließen. Vor jeder Reerdigung ist zwingend eine zweite (rechtsmedizinische bzw. amtsärztliche) Leichenschau durchzuführen (wie bei Kremationen).

In Schleswig-Holstein wurden mit § 15 a des Bestattungsgesetzes vom 29.01.2024 (Erprobung bisher gesetzlich nicht geregelter Bestattungsarten) die Voraussetzungen zur Überprüfung dieser Bestattungsform geschaffen. „Reerdigungen“ als alternative Bestattungsformen sind auch in anderen Bundesländern in der Diskussion.

In Rheinland-Pfalz soll die Möglichkeit einer „Seebestattung“ der Asche in den vier großen Flüssen des Landes ermöglicht werden. Der zuständige Minister bewirbt die Novellierung des Bestattungsgesetzes (etwas marktschreierisch): „Mit der Möglich-

keit einer Seebestattung der Asche [] in einem der vier größten Flüsse im Land nimmt Rheinland-Pfalz hier eine Vorreiterrolle ein. Uns gelingt die Verknüpfung von Würde und Willen des Verstorbenen.“

Die Einführung und in ihrem Ursprungsland Schweiz weitgehende akademische Verankerung der postmortalen bildgebenden Diagnostik haben zu einem deutlichen Erkenntnisfortschritt und eigenständigem Forschungsprofil geführt. In der Schweiz wird die bildgebende Diagnostik auch für die Todesursachenfeststellung im Rahmen der Leichenschau genutzt bzw. ersetzt in entsprechend gelagerten Fällen gerichtliche Obduktionen. Dies war im Kontext der nicht nur in diesem Punkt heterogenen deutschsprachigen Ländern darzustellen.

Während Infektionen weltweit als Todesursache nach wie vor an erster Stelle stehen (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit Tuberkulose, Diarrhoe, Malaria, AIDS, Hepatitis B), machen sie in Deutschland ca. 2 % der Todesfälle aus (z. B. 2015 19.943 Todesfälle von insgesamt 925.200 entsprechend 2,2 %).

Die Corona-Pandemie führte die Bedeutung von Infektionskrankheiten als Todesursache noch einmal drastisch vor Augen. Die Corona-Pandemie hatte naturgemäß auch eine Bedeutung für die Leichenschau und Obduktion mit der Novellierung von Gesetzen (Infektionsschutzgesetz, aber auch Bestattungsgesetze) sowie teilweise nicht haltbaren Empfehlungen (des Robert Koch-Instituts, RKI) zur Durchführung von Obduktionen (Obduktionskarenz).

Das österreichische Obduktionsrecht zeichnete sich bislang durch den Grundsatz „Mortui vivos docent“ aus (Bernat). Die klinische Obduktion war auch dann anzuordnen, wenn sie „zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs, erforderlich ist.“ Die Entscheidung über die Vornahme einer klinischen Obduktion trifft nach bisheriger Rechtslage in Österreich allein der Träger jener öffentlichen Krankenanstalt, in der der Patient verstorben ist. Durch eine Entscheidung des EGMR, Urteil vom 20.07.2021, Appl12.886/16, Case Polat v. Austria (OGH-5Ob26/15g), trat hier eine Änderung ein, deren Folgen noch nicht abschließend geregelt sind.

Wie sich aus diesen wenigen einleitenden Bemerkungen ergibt, bleibt die Leichenschau ein ungeheuer spannendes, facettenreiches und lebendiges Thema.

Ein Vierteljahrhundert nach Erscheinen der Erstauflage dieses Buches bleibt folgendes Fazit: Der Gesetzgeber wird weiter mit Novellierungen von LeichenschauGesetzen und -verordnungen fortfahren, praktische Probleme haben wir als Ärztinnen und Ärzte in die eigene Hand zu nehmen und auf regionaler Ebene Regelungen – am besten unter Rückkopplung mit den Ärztekammern – zu treffen: untereinander, mit den zuständigen Polizeidienststellen, im Interesse der Verstorbenen und der Rechtsordnung.

Mein persönliches (B.M.) Fazit nach diesen 25 Jahren ist, dass die Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis die Probleme der ärztlichen Leichenschau – im Gegensatz zu früher – zunehmend ernst nehmen und an pragmatischen Lösungsmöglichkeiten, zu denen auch wir als Rechtsmediziner beitragen, interessiert sind.

Burkhard Madea und Elke Doberentz

Bonn und Innsbruck

Dezember 2024

Nachwort zum Vorwort zur 5. Auflage

Die Zeit nach Einreichung des Manuskriptes haben die Gesetzgeber nicht ungenutzt verstreichen lassen und es liegen inzwischen Gesetzesnovellierungen in mehreren Bundesländern vor.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Änderungen:

Auch in Bayern ist die zweite Leichenschau bei Einäscherung seit dem 01.04.2025 Pflicht. Nur Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Rechtsmedizin, Pathologie, öffentliches Gesundheitswesen oder einer vergleichbaren Qualifikation dürfen die zweite Leichenschau durchführen (§ 17 [4] Bestattungsverordnung).

Jeweils am 11.09.2025 beschlossen die Landtage von Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz neue Bestattungsgesetze.

Ein wichtiger Punkt in Sachsen-Anhalt ist die Einführung einer zweiten Leichenschau vor **jeder** Bestattung, egal, ob Erd- oder Feuerbestattung. Sie muss von einem Arzt oder einer Ärztin mit entsprechender Befähigung durchgeführt werden, der oder die **nicht** schon die erste Leichenschau vorgenommen hat.

Diese Änderung geht auf Forderungen der Strafverfolgungsbehörden zurück, die auf Lücken und Mängel in der bisherigen Praxis hingewiesen hatten.

Rheinland-Pfalz erlaubt neue Bestattungsformen mit einer Abkehr von der Friedhofspflicht.

Die relevanten Regelungen zur Leichenschau, Todesbescheinigung und Obduktion finden sich in §§ 15–19 des Bestattungsgesetzes. Von Bedeutung ist die Obduktionspflicht für Kinder bis zum 6. Lebensjahr.

Hierzu heißt es in § 19 (4) Bestattungsgesetz Rheinland-Pfalz:

» „(4) Bei Kindern, die vor Vollendung des 6. Lebensjahres verstorben sind, soll eine Obduktion durchgeführt werden, wenn die Todesursache nicht zweifelsfrei erkennbar oder nicht zweifelsfrei bekannt ist. Die leichenschauende Ärztin oder der leichenschauende Arzt trifft die Feststellung nach Satz 1 und informiert die Eltern oder sonstige Personensorgeberechtigte und das örtlich zuständige Gesundheitsamt über die nach Satz 1 durchzuführende Obduktion. Vor der Obduktion ist eine zweite Leichenschau gemäß § 15 Absatz 7 durchzuführen, aufgrund deren Ergebnis dann eine Obduktion erfolgen soll, wenn weiterhin Zweifel gemäß Satz 1 bestehen. Ergeben sich im Rahmen der zweiten Leichenschau Anhaltspunkte gemäß § 15 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 3, so ist diese sofort abubrechen und unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.

(5) Die Obduktion darf nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Rechtsmedizin oder Pathologie oder von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung unter entsprechender Anleitung von Fachärztinnen und Fachärzten für Rechtsmedizin oder Pathologie durchgeführt werden.“

Allein diese Änderungen in drei Bundesländern belegen erneut, dass eine bundeseinheitliche Regelung des Bestattungsrechtes sinnvoll wäre.

Wir danken dem Verlag, insbesondere Frau Ulrike Hartmann, dass er das Buch über ein Vierteljahrhundert verlegt hat.

Burkhard Madea, Elke Doberentz
Bonn, Innsbruck
Oktober 2025

Vorwort zur 4. Auflage

20 Jahre nach Erscheinen der Erstauflage der „Ärztlichen Leichenschau“ liegt jetzt die 4. Auflage vor.

Was hat sich zwischenzeitlich getan? Einerseits ungeheuer viel, hinsichtlich der Lösung von praktischen Problemen allerdings fast nichts.

Die Landesgesetzgeber warten mit immer neuen Leichenschaugesetzen auf (z. B. jüngst Bremen, Niedersachsen und Hessen). Es wurde sogar eine neue „Leichenkategorie“ kreiert: das Ungeborene! Selbstverständlich ist aber auch die aus einem „legalen Schwangerschaftsabbruch“ hervorgegangene Leiche eines „nicht natürlichen“ Todes gestorben. Ob der Gesetzgeber dies bedacht hat?

In Reaktion auf die Patiententötungen in Delmenhorst und Oldenburg sind im Niedersächsischen Bestattungsgesetz umfangreiche Meldepflichten normiert worden.

Die Bemühungen um die Einführung einer „professionellen Leichenschau“, die – wie in der Voraufgabe referiert – auf Bundesebene gescheitert ist, wurden inzwischen in Bremen von „Erfolg“ gekrönt: Zur Todesfeststellung sei jeder Arzt verpflichtet, die Leichenschau wird aber nur noch von „qualifizierten“ Leichenschauern – Angehörigen der Rechtsmedizin Bremen – durchgeführt. Auf diese Institution ist auch das Liquidationsrecht übergegangen. Die deutlich erhöhten Kosten bleiben allerdings bei den Angehörigen hängen, obwohl doch das Land an den durch die Leichenschau generierten Daten interessiert ist.

Ob dieses Verfahren zu einer Verbesserung der Qualität der Todesursachenstatistik beiträgt, bleibt abzuwarten und müsste gegebenenfalls extern evaluiert werden. Denn warum soll Dr. B., der den Verstorbenen nicht kannte, hinsichtlich der Feststellung der Todesursache kompetenter sein, als der behandelnde Arzt Dr. A.

Die postmortale bildgebende Diagnostik hat sich in den letzten 20 Jahren erfreulich weiterentwickelt. Bei Massenanfällen von Verstorbenen wie etwa den Terrorangriffen in Paris oder dem Hochhausbrand in London (Grenfell Tower), war das postmortale CT neben der Leichenschau ein maßgebliches Instrumentarium, um die Verstorbenen rasch zu identifizieren und die Todesursache zu klären.

CT und MRT können aber heute die klassische Leichenschau und Obduktion an einem unausgewählten Untersuchungsgut nicht ersetzen. Bei traumatologischen Todesfällen kann das CT der Leichenschau hinsichtlich der Dokumentation von Verletzungen und der Feststellung der Todesursache aber eindeutig überlegen sein.

Wenn durch die Leichenschau die Todesursache nicht zu klären ist, sollte logischerweise eine „Verwaltungssektion“ durchgeführt werden, wie es sie in der DDR gab.

Mit dem postmortal fortwirkenden Persönlichkeitsrecht haben die Juristen allerdings für die Einführung einer Verwaltungssektion inzwischen so hohe Hürden aufgebaut, dass sie sie selbst nicht mehr überwinden können: mit allen Folgen für die Rechtssicherheit in Deutschland.

Die „ambulant“ Verstorbenen haben außer durch eine gerichtliche Obduktion nach § 87 StPO überhaupt keine Chance auf eine objektive Klärung der Todesursache.

Die Zahl der klinischen Obduktionen hat sich nach einer Umfrage des Bundesverbandes Deutscher Pathologen nochmals dramatisch verringert: von ca. 32.000 im Jahr 1993 auf 8290 2014; ein Rückgang um 60 %. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Es bleibt zu hoffen, dass die Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015 und die erklärte Absicht des Gesetzgebers, die Häufigkeit klinischer Sektionen in Krankenhäusern zu erhöhen im Sinne der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Qualitätssicherung, erfüllt werden. Gemäß dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) soll die Auszahlung finanzieller Zuschläge an das Erreichen einer bestimmten Obduktionsquote geknüpft werden. Hier ist vor allem das Engagement der Klinikleitungen gefragt.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin hat zur Verbesserung der Leichenschau und der Aufdeckung nicht natürlicher Todesfälle Vorschläge unterbreitet:

1. Ausbildung im Medizinstudium
 - Leichenschau als theoretisches und praktisches Unterrichtsthema ist obligater Bestandteil des Lehrcurriculums an allen medizinischen Fakultäten.
 - Intensivierung des praktischen Leichenschauunterrichts in Kleingruppen.
 - Aufstockung der Deputatstunden zur Vertiefung der Leichenschaukenntnisse.
2. Postgraduale Fortbildung der Ärzte
 - In Ergänzung zum Erlernten im Studium regelmäßiges Wiederholen des erforderlichen Wissens.
 - Verpflichtende Fortbildung zur Leichenschau für alle Ärzte (z. B. auch auf elektronischem Wege).
 - Festlegung einer obligaten Stunden-/CME-Punktezahl zum Thema Leichenschau.
3. Steigerung der Obduktionsrate
 - Sämtliche Studien, die die Misere des Leichenschauwesens in Deutschland aufzeigen, beruhen auf Obduktionsergebnissen. Alleine aufgrund der (qualitativ noch so guten) äußeren Leichenschau kann bei unklarer Krankheitsvorgeschichte über die tatsächliche Todesursache allenfalls spekuliert werden.
 - Ohne Obduktion keine Evaluation über die Qualität der Leichenschau.
 - Immer Obduktion, wenn Todesart nicht natürlich oder ungeklärt.
 - Immer Obduktion, wenn Todesursache unklar, da dann in aller Regel auch die Todesart ungeklärt ist (nur so wären Tötungsserien in Krankenhäusern aufdeckbar).
 - Vermehrt (klinische) Obduktionen, wenn der Todeseintritt in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit den ärztlichen Maßnahmen (verdachtsunabhängige Qualitätskontrolle) stand.
4. Rückkopplung an Ärzte
 - Stärkung der Rolle des Leichenschauarztes, wenn er für eine Obduktion votiert.
 - Rückkopplung der Obduktionsergebnisse an den leichenschauenden Arzt; Ermächtigung der Rechtsmedizin, die Obduktionsergebnisse an den Arzt weiterzugeben (Ausnahme: Behandlungsfehlervorwürfe).
5. Kremationsleichenschau
 - Ein Verzicht auf die Kremationsleichenschau kann in Anbetracht der Qualität der ersten Leichenschau gegenwärtig nicht empfohlen werden.
 - Man sollte eher über eine Ausdehnung auf Fälle mit ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart nachdenken, die ohne vorangegangene Obduktion kremiert werden sollen.
6. Honorar
 - Angemessenes Honorar für die Leichenschau (Empfehlung: Leichenschau im Krankenhaus oder vergleichbarer Einrichtung: mind. 75,- EUR, alle übrigen: mind. 150,- EUR); Honorierung durch die Krankenkassen.

Zur praktischen Übung der Leichenschau wurden auch E-Learning-Programme für Studierende und Ärzte entwickelt.

20 Jahre nach Erscheinen der Erstauflage dieses Buches bleibt allerdings auch festzuhalten, was sich nicht geändert hat: Zum Beispiel ist immer noch keine bundeseinheitliche Regelung der Leichenschau in Sicht, wie sie die Bundesärztekammer mit einem Gesetzgebungsentwurf bereits am 30.12.2002 gefordert hat. Stattdessen herrscht hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen immer noch „Kleinstaaterei“ wie im Heiligen Römischen Reich. Es ist abzusehen, dass sich hieran vermutlich nichts ändern wird.

Trotz der Regelungswut der Landesgesetzgeber sind die wirklichen Probleme bei der Leichenschau durch die Novellierung der Bestattungsgesetze nicht gelöst und es ist zu vermuten, dass der Gesetzgeber sie auch nicht lösen wird (z. B. verpflichtende Sektion bei durch die Leichenschau nicht zu klärender Todesursache; Interessenkonflikte des leichenschauenden Arztes; unerwartete Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen; Leichenschau aufgrund der Körperproportionen objektiv erschwert oder unmöglich).

Für alle Problembereiche müssen wir als Ärzte auf regionaler Ebene in Rückkoppelung mit den Ärztekammern, aber auch den zuständigen qualifizierten Stellen der Polizei, Lösungsmöglichkeiten finden.

Absprachen der am kassenärztlichen Notdienst beteiligten Kollegen untereinander, aber auch mit regionalen Polizeidienststellen führen zu praktisch tragfähigen Lösungen, auch wenn diese gegebenenfalls dem Wortlaut des Leichenschaugesetzes widersprechen (z. B. ist der behandelnde Arzt während des kassenärztlichen Notdienstes nicht erreichbar, Informationen können erst nach dem Wochenende eingeholt werden, sodass die Todesbescheinigung nicht sofort ausgehändigt werden kann). Auch Notärzte haben tragfähige Vereinbarungen mit der Polizei getroffen: Sobald sie feststellen, dass sie einen natürlichen Tod nicht werden bescheinigen können, gilt die Hinzuziehung der Polizei und die gemeinsame Durchführung der Leichenschau.

An Fortbildungsveranstaltungen zur ärztlichen Leichenschau nehmen immer häufiger auch Polizeibeamte der örtlich zuständigen Polizeidienststellen teil, sodass die Probleme interdisziplinär besprochen werden können.

20 Jahre nach der ersten Auflage ist ein Fazit: Die Lösung von praktischen Problemen müssen wir als Ärzte in die eigene Hand nehmen und auf regionaler Ebene Absprachen treffen: nicht nur untereinander, sondern auch mit den zuständigen Polizeidienststellen. Wir Rechtsmediziner stehen dabei gerne beratend beiseite. Dazu will auch die 4. Auflage des Buches einen Beitrag leisten.

Burkhard Madea

Bonn, Deutschland

Sommer 2019

Vorwort zur 3. Auflage

Sechs Jahre nach Erscheinen der 2. Auflage wurde die Vorbereitung einer 3. Auflage der vorliegenden Monografie zur ärztlichen Leichenschau notwendig. Wieder bleibt festzuhalten, dass die Regelungswut der Landesgesetzgeber im Hinblick auf die Verabschiedung neuer LeichenschauGesetze und -verordnungen, inklusive der Einführung neuer Todesbescheinigungen, ungebremselt anhält, ohne dass die strukturellen Probleme bei der ärztlichen Leichenschau gelöst wurden. Nach wie vor erweist sich der Föderalismus auf dem Feld der LeichenschauGesetzgebung nicht als Segen, daher sind bundeseinheitliche Regelungen inklusive der zwingenden Einführung von Verwaltungssektionen bei medizinisch ungeklärter Todesursache anzustreben. Europäische Nachbarländer (Großbritannien, Schweden, Finnland, Litauen) bieten sich hier als Modell an.

In Deutschland verlaufen hingegen Reformbemühungen zur Hebung der Qualität der ärztlichen Leichenschau zyklisch nach vorgegebenem Muster. Bereits 1983 waren nacheinander Generalbundesanwalt und Generalstaatsanwälte, Justizministerkonferenz, Gesundheitsministerkonferenz und schließlich eine von diesen eingesetzte Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder mit der Zielsetzung der Erarbeitung eines bundeseinheitlichen Leichenschauscheins tätig. Deren Bemühungen sind bekanntlich im Sande verlaufen.

Ab 2007 ist wiederum die Justizministerkonferenz mit der Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau befasst. Der Strafrechtsausschuss der Justizministerkonferenz richtete eine Projektgruppe ein, die Empfehlungen aussprach. Daraufhin wurde wiederum die Gesundheitsministerkonferenz tätig, die die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beauftragte, die Reformvorschläge der Projektgruppe zu überprüfen. Die AOLG hält die Vorschläge der Projektgruppe (Entkoppelung von Todesfeststellung und äußerer Leichenschau, Leichenschau darf nur von einem speziell aus- und weitergebildeten Arzt durchgeführt werden) für nicht umsetzbar.

Als lokale Initiative ist die Empfehlung zur Wiedereinführung des Laien-Leichenschauers zu registrieren. Hier wird vorgeschlagen, die „forensische Leichenschau“ auch von qualifizierten Nicht-Ärzten besonderer Bestallung (Polizisten, Feuerwehrleuten, Rettungssanitätern etc.) durchführen zu lassen.

Derartige „Reformbestrebungen“ kann man nur staunend und mit Verwunderung zur Kenntnis nehmen, da sie nichts an den seit Jahrzehnten bekannten strukturellen Problemen der Leichenschau und den Schwierigkeiten, mit denen die Kollegen in Klinik und Praxis zu kämpfen haben, ändern.

Da die Systemmängel der ärztlichen Leichenschau wohl auf absehbare Zeit bestehen bleiben und manche „Reformempfehlungen“ (z. B. Einführung eines amtlichen Leichenschauers für jeden Todesfall, der die Anamnese und Umstände des Todesintritts jeweils vom behandelnden Arzt erfragen müsste) zu ganz neuartigen Problemen führen würden, mag die vorliegende Monografie für Kollegen in der Klinik und Praxis, darüber hinaus für Gesundheitsämter und Verwaltungen von Krankenhäusern, nach wie vor nützlich sein.

Gegenüber den Voraufgaben wurden verstärkt die klinisch-pathologischen Aspekte der Todesursachendiagnostik berücksichtigt, da valide Angaben zum Grundleiden und der Todesursache auch unverzichtbar sind für ein geplantes bundesdeutsches Mortalitätsregister.

Dem Springer-Verlag danke ich für die Publikation der vorliegenden Monografie und die angenehme Zusammenarbeit.

Zu danken habe ich darüber hinaus meiner Sekretärin Elke Weinland. Dem Statistischen Bundesamt bin ich wiederum für die Bereitstellung aktuellen Datenmaterials sehr verbunden. Allen Mitarbeitern an dieser Monografie bin ich dankbar für die angenehme Kooperation.

Burkhard Madea
Bonn, Deutschland
Winter 2013

Vorwort zur 2. Auflage

Fünf Jahre nach Erscheinen der Erstauflage wurde die Vorbereitung einer zweiten Auflage der vorliegenden Monografie zur ärztlichen Leichenschau notwendig. Was hat sich in der Zwischenzeit getan?

- In zahlreichen Bundesländern hat es inzwischen neue Leichenschaugesetze und -verordnungen gegeben, die inklusive der neuen Todesbescheinigungen in die vorliegende Auflage eingearbeitet werden mussten.
- Die Bundesärztekammer legte im Januar 2003 einen Entwurf einer bundeseinheitlichen Gesetzgebung zur ärztlichen Leichenschau und Todesbescheinigung vor. Ein Erfolg dieser Initiative ist mehr als fraglich.
- Mit der Einführung des Gesetzes über das Friedhofs- und Bestattungswesen vom 17.06.2003 wurden in Nordrhein-Westfalen neue Todesbescheinigungen eingeführt, in denen dem Arzt im vertraulichen Teil unter anderem Angaben dazu abverlangt werden, ob er die unbekleidete Leiche inklusive aller Körperöffnungen untersucht hat oder nicht. Verneint er die Frage, läuft er Gefahr, dass gegen ihn ein Ordnungswidrigkeitsverfahren eingeleitet wird. Ein Zwang zur Selbstbezeichnung einer Ordnungswidrigkeit ist in unserem Land jedoch schlichtweg rechtswidrig; das hätten auch diejenigen, die diese Verfahrenspraxis inauguriert haben, wissen können.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass die Regelungswut der Landesgesetzgeber im Hinblick auf die Verabschiedung neuer Leichenschaugesetze und -verordnungen inklusive Einführung neuer Todesbescheinigungen ungebremsst anhält, ohne dass die *strukturellen* Probleme bei der ärztlichen Leichenschau gelöst wurden. Auf dem Feld der Leichenschaugesetzgebung erweist sich der Föderalismus in der Tat nicht als Segen, daher sind *bundeseinheitliche* Regelungen inklusive der zwingenden Einführung von *Verwaltungssektionen* bei medizinisch ungeklärter Todesursache notwendig. Der Blick in andere europäische Länder, z. B. Großbritannien, zeigt, dass diese bei der Analyse und Novellierung ihrer Leichenschaussysteme wesentlich rationaler und zielorientierter vorgehen (Death certification and investigation in England, Wales and Northern Ireland. The report of a fundamental review 2003. Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by command of her Majesty, June 2003).

Da die Systemmängel der ärztlichen Leichenschau wohl auf absehbare Zeit bestehen bleiben werden, mag auch die vorliegende Monografie für die Kollegen in Klinik und Praxis, darüber hinaus für Gesundheitsämter und Verwaltungen der Krankenhäuser, nach wie vor nützlich sein.

Ich danke dem Springer-Verlag, insbesondere Herrn H. Küster sowie den Mitarbeitern in Copy-Editing und Herstellung für die Publikation der vorliegenden Monografie.

Zu danken habe ich darüber hinaus meinen Sekretärinnen E. Weinland und M. Pütz für die Schreibarbeiten sowie Frau Dr. A. Thierauf für das Lesen der Korrekturen.

Herrn Rübenach und Herrn Schelhase vom Statistischen Bundesamt danke ich für die Bereitstellung aktuellen Datenmaterials.

Schließlich danke ich allen Mitarbeitern für ihre Kooperation.

Burkhard Madea

Bonn, Deutschland

Frühjahr 2006

Vorwort zur 1. Auflage

Die Klagen über die Qualität der ärztlichen Leichenschau sowie die Dokumentation eklatanter Fehlleistungen und die jahrzehntelangen intellektuellen und publizistischen Bemühungen um eine Besserung des Zustandes verhalten sich geradezu reziprok zum Erfolg.

Warum dann ein neues Buch zur Leichenschau?

- Weil Missstände durch Verschweigen nicht besser werden.
- Weil jede Generation (von Hochschullehrern, Studenten und Ärzten) die jeweils zeitgemäße didaktische Form der Wissensvermittlung finden muss.
- Weil in der Ärzteschaft – dies lehren regelmäßige Anfragen von Kollegen aus Klinik und Praxis – großer Informationsbedarf herrscht.

Bei der zunehmenden Verrechtlichung der Medizin wie des gesamten Lebens mussten die juristischen Aspekte der Leichenschau (im Interesse des Verstorbenen, für die Hinterbliebenen, die Rechtsordnung, den Arzt, die Öffentlichkeit) in den Vordergrund gestellt werden. Gerade zu den rechtlichen Aspekten der Leichenschau erreichten uns die meisten Nachfragen.

Kann die Todesursache durch die Leichenschau nicht geklärt werden, sollte sich konsequenterweise eine Obduktion zur Klärung von Grundleiden und Todesursache anschließen, wie es in einer Vielzahl unserer Nachbarstaaten Tradition ist.

Bei dieser zwingenden Verknüpfung von Leichenschau und Obduktion mussten daher einige Anmerkungen zu Rechtsvoraussetzungen der Sektion aufgenommen werden.

In einem Anhang sind zur Orientierung für Ärzte, Krankenhausträger und Behörden die wesentlichen Bundes- und Landesvorschriften, die bei der Leichenschau zu beachten sind, aufgeführt.

Ich danke dem Springer-Verlag, insbesondere Herrn V. P. Oehm sowie den Mitarbeitern in Copy-Editing und Herstellung für die Publikation der vorliegenden Monografie, die sich auch als Ergänzung zu den Büchern von B. Helpap *Die klinisch-pathologische Konferenz* sowie von H. und H. C. Bankl *Pathologisch-morphologische Diagnostik* versteht, die unlängst im gleichen Verlag erschienen sind.

Viele Gedanken, die in der vorliegenden Monografie vorgetragen werden, gehören zum tradierten Lehrkanon der Rechtsmedizin. Aus dem tradierten Wissensbestand ist vieles auf mich übergegangen durch die Professoren Claus Henßge (Essen) und Manfred Oehmichen (Lübeck), die sich hoffentlich in diesem Buch wiedererkennen.

Die Monografie entstand aus Vorlesungen für Medizin- und Jurastudenten, Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, aber auch Polizeibeamte. Es wäre wünschenswert, wenn das Buch auch diese Adressaten erreichen könnte, darüber hinaus Gesundheitsämter und Verwaltungen der Krankenhäuser.

Zu danken habe ich meinen Mitarbeitern, allen voran Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer, der mich in den Vorbereitungen unermüdlich unterstützt hat, Frau Dr. S. Banaschak für das Lesen der Korrekturen, meinen Sekretärinnen C. Ahlemeyer und M. Gunst für die Schreibarbeiten sowie unserem Fotografen H. Schoska.

Herr Christopher Gräß hat uns mit der bereitwilligen Anfertigung von Grafiken auf der Basis des Datenmaterials des Statistischen Bundesamtes sehr geholfen.

Schließlich danke ich allen Mitautoren für ihre Kooperation.

Burkhard Madea

Bonn, Deutschland

Januar 1999

Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz	HBV	Hepatitis-B-Virus
AG	Arbeitsgemeinschaft	HCV	Hepatitis-C-Virus
AGFB	AG Forensische Bildgebung	HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
AGFRB	AG Forensisch-Radiologische Bildgebung	IfSG	Infektionsschutzgesetz
AGNNW	Arbeitsgemeinschaft Notärzte in NRW	KAG	Krankenanstaltengesetz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
ALS	Advanced Life Support	KV	Kassenärztliche Vereinigung
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden	KV-Arzt	Vertragsarzt der Kassenärztlichen Vereinigung
Art	Artikel	LGBI	Landesgesetzblatt
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit	Lit	Buchstabe (Litera)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	NA	Notarzt
BestatG/BestattG	Bestattungsgesetz	MPMCTA	Multi-phase-post-mortem-CT-Angiografie
BestV	Bestattungsverordnung	MRT	Magnetresonanztomografie
BevStatG	Bevölkerungstatistikgesetz	MUSE	Multicausal and Unicausal Selection Engine
BGBI	Bundesgesetzblatt	NNT	Numbers Needed to Treat
BIPAM	Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin	NPSG	Neue-psychoaktive-Stoff-Gesetz
BKA	Bundeskriminalamt	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
B-VG	Bundesverfassungsgesetz	OSCE	Objective Structured Clinical Evaluation
CT	Computertomografie	OTPG	Organtransplantationsgesetz
DAD	DNA-Analysedatei	OWi	Ordnungswidrigkeit
DRG	Deutsche Röntgengesellschaft	PEI	Paul-Ehrlich-Institut
eTB	Elektronische Todesbescheinigung	PMCT	Postmortale Computertomografie
FFPE	Formalin fixiert, Paraffin eingebettet	PStG	Personenstandsgesetz
FU	Fürsorgerische Unterbringung	RGBI	Reichsgesetzblatt
GDG	Gesundheitsdienstgesetz	RGU	Referat für Gesundheit und Umwelt
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
		RKI	Robert Koch-Institut
		ROSC	Return of Spontaneous Circulation

SARS	Severe acute respiratory syndrome	WHO	Weltgesundheitsorganisation
SHT	Schädel-Hirn-Trauma	WiFAS	Wissensbasierte Fallsammlung
SSW	Schwangerschaftswoche		
StPO	Strafprozessordnung	Wr.KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz
StGB	Strafgesetzbuch		
TB	Todesbescheinigung	Z	Ziffer
TEP	Totalendoprothese	ZPO	Zivilprozessordnung
TP	Taxpunkt看	ZStV	Zivilstandsverordnung

Inhaltsverzeichnis

1	Herkunft, Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau	1
	<i>Burkhard Madea</i>	
1.1	Leichenschau als ärztliche Aufgabe	2
1.2	Zur Geschichte der Leichenschau	3
1.3	Zur Geschichte der Klassifikation von Todesursachen	5
1.4	Kritik und Reformbestrebungen	6
1.5	Statistik: Sterbeorte, Sterbefälle pro Jahr, Todesursachen	9
	Literatur	20
2	Rechtsgrundlagen der Leichenschau	23
	<i>Burkhard Madea, Elke Doberentz, Johanna Preuß-Wössner, Stefan Pollak, Annette Thierauf-Emberger und Christian Jackowski</i>	
2.1	Deutschland	25
2.2	Gesetzliche Bestimmungen zur Leichenschau in Österreich	55
2.3	Rechtsgrundlagen der Leichenschau: Schweiz	59
	Literatur	64
3	Zur Person des Leichenschauers	67
	<i>Burkhard Madea und André Luhmer</i>	
3.1	Medizinischer Laie	68
3.2	Behandelnder Arzt	68
3.3	Amtsarzt	69
3.4	Gerichtsarzt	70
3.5	Sogenannter professioneller Leichenschauer	70
3.6	Kriminalpolizei	72
3.7	Notarzt	75
	Literatur	75
4	Praktische Durchführung der ärztlichen Leichenschau – Aufgabenkomplexe	77
	<i>Burkhard Madea, Elke Doberentz, Peter Schmidt, André Luhmer, Johanna Preuß-Wössner, Albrecht Stenzinger, Ewgenija Gutjahr, Manfred Dietel, Sarah Heinze und Silke Grabherr</i>	
4.1	Todesfeststellung und Agonieformen	79
4.2	Todeszeit	89
4.3	Identifikation bzw. Identitätsfeststellung	110
4.4	Feststellung der Todesursache	111
4.5	Besondere Leichenschaukonstellation	129
4.6	Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung	176
4.7	Todesursachendiagnostik aus der Sicht der Pathologie	180
4.8	Bildgebende Diagnostik und Leichenschau	188
	Literatur	193
5	Notarzt und Leichenschau	201
	<i>Andreas Bartsch, Matthias Fischer, Claas Buschmann und Christian Kleber</i>	
5.1	Zuständigkeiten, Rechtsvorschriften	202
5.2	Notärztliche Maßnahmen, Reanimation, Reanimationsverletzungen, Dokumentation	203
5.3	Todesursache, Todesart und notärztliches Vorgehen	203
5.4	Verhalten gegenüber den Ermittlungsbehörden	206
5.5	Iatrogene Todesfälle – Melde- und Offenbarungspflichten	207
5.6	„Rücksichtnahme“ des Arztes auf Angehörige, Heimleitung, Krankenhaus, eigene Interessen, Polizei	208
5.7	Reanimation, Reanimationsverletzungen und Folgen notärztlicher Maßnahmen	209
	Literatur	221

6	Gebühren der Leichenschau	225
	<i>Anja Pieritz, Andreas Bartsch, Matthias Fischer, Stefan Pollak, Annette Thierauf-Emberger und Christian Jackowski</i>	
6.1	Gebühren der Leichenschau in Deutschland	226
6.2	Besonderheiten im Notarzdienst	237
6.3	Österreich	238
6.4	Schweiz	239
	Weiterführende Literatur	239
7	Feuerbestattungsleichenschau (Kremationsleichenschau) und Versorgung des Leichnams	241
	<i>Burkhard Madea und Wolfgang Grellner</i>	
7.1	Rechtsgrundlage	242
7.2	Kasuistiken	251
7.3	Entnahme von Herzschrittmachern	252
7.4	Versorgung des Leichnams	252
7.5	Reerdigung	254
	Literatur	254
8	Obduktionen	257
	<i>Burkhard Madea, Elke Doberentz, Albrecht Stenzinger, Ewgenija Gutjahr, Manfred Dietel, Stefan Pollak, Annette Thierauf-Emberger, Christian Jackowski und Wolfgang Grellner</i>	
8.1	Aufgabe und Bedeutung	262
8.2	Sektionsarten und Rechtsgrundlagen in Deutschland	263
8.3	Klinische Obduktion	271
8.4	Gesetzliche Regelung des Obduktionswesens in Österreich	277
8.5	Obduktionswesen in der Schweiz	280
8.6	Exhumierungen	280
	Literatur	289
9	Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Aufgaben bei Sterbefällen ...	293
	<i>Sabine Gleich und Benno Schäffer</i>	
9.1	Strukturen des ÖGD in Deutschland	294
9.2	Allgemeine Aufgaben des ÖGD	294
9.3	Aufgaben des ÖGD bei Sterbefällen	294
	Literatur	301
10	Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder	303
	<i>Olaf Eckert</i>	
10.1	Geschichte der Todesursachenstatistik	304
10.2	Rechtliche Grundlagen	304
10.3	Ablauf der Todesursachenstatistik in Deutschland	305
10.4	Elektronische Signierung von Todesbescheinigungen	308
10.5	Auswertung und Veröffentlichung der Daten	310
10.6	Qualität der Todesursachenstatistik	311
10.7	Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung in der Todesursachenstatistik	312
10.8	Fazit	314
	Literatur	314
11	Standards für Mortalitäts-Follow-Up in Beobachtungs- und Interventionsstudien	317
	<i>Ulrich Mueller und Andrea Werdecker</i>	
11.1	Ziele	318
11.2	Erhebungsinstrumente	318

11.3	Limitationen des Kapitels	320
11.4	Ausgangssituation	320
11.5	Standardlösungen für diese Probleme	321
11.6	Perspektiven der Todesursachenepidemiologie	328
	Literatur	328
12	Bildtafeln	329
	<i>Burkhard Madea und Elke Doberentz</i>	
12.1	Tafel 1: Mumifikation	331
12.2	Tafel 2: Befunde im Bereich des Mundes	332
12.3	Tafel 3: Stauungsblutungen	334
12.4	Tafel 4: Blutung aus dem Ohr	336
12.5	Tafel 5: Atonischer Sturz	338
12.6	Tafel 6: Pulsaderschnitte	339
12.7	Tafel 7: Konturierte Hämatome	340
12.8	Tafel 8: Autoerotischer Unfall	342
12.9	Tafel 9: Unterkühlung	343
12.10	Tafel 10: Stromtodesfälle	344
12.11	Tafel 11: Schussverletzungen	345
12.12	Tafel 12: Erhängen	347
12.13	Tafel 13: Drosseln und Würgen	349
12.14	Tafel 14: Ersticken	352
12.15	Tafel 15: Wasserleichen	353
12.16	Tafel 16: Drogentodesfälle	355
12.17	Tafel 17: Suizid	356
12.18	Tafel 18: Verletzungen durch stumpfe Gewalt	358
12.19	Tafel 19: Verbluten aus rupturierter Varize	360
12.20	Tafel 20: Absturz im Gebirge	361
12.21	Tafel 21: Lawinenunfall	362
	Serviceteil	
	Zum Nachschlagen	364
	Bundesgesetze	364
	Landesgesetze	364
	Leitlinien	367
	Internetadressen	367
	Stichwortverzeichnis	368

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Über die Herausgeber



Prof. Dr. Burkhard Madea

Geb. 1957. Nach Medizinstudium und Wehrdienst ab 1984 Weiterbildung zum Facharzt für Rechtsmedizin an den Instituten für Rechtsmedizin der Universitäten Münster und Köln. 1989 Habilitation für Rechtsmedizin an der Universität zu Köln. 1991 Ernennung zum Universitätsprofessor für Rechtsmedizin an der Universität zu Köln. Seit 1996 Universitätsprofessor für Rechtsmedizin an der Universität Bonn und Direktor des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Bonn (bis September 2022). Der Herausgeber zählt zu den meistzitierten akademischen Rechtsmedizinern weltweit.



Prof. Dr. Elke Doberentz

Nach Medizinstudium an den Universitäten Leipzig sowie Frankfurt/Main ab 2007 Weiterbildung zur Fachärztin für Rechtsmedizin am Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn. 2017 Habilitation für Rechtsmedizin an der Universität Bonn. 2022 Ruf auf Lehrstuhl für Rechtsmedizin an der Universität Umeå in Schweden. 2022 kommissarische Direktorin des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Bonn. 2023 Ernennung zur Universitätsprofessorin für Gerichtliche Medizin an der Medizinischen Universität Innsbruck und Direktorin des Institutes für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck.

Autorenverzeichnis

Dr. med. Andreas Bartsch Notarzdienst Stadt Bonn, Bonn, Deutschland

Prof. Dr. med. Claas Buschmann Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel und Lübeck, Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Dietel Institut für Pathologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. med. Elke Doberentz Institut für Gerichtliche Medizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Dr. rer. biol. hum. Dipl. Phys. Olaf Eckert Zweigstelle Bonn, Statistisches Bundesamt, Bonn, Deutschland

Prof. Dr. med. Matthias Fischer Institut für Rettungs- und Notfallmedizin – Deutsches Reanimationsregister der DGAI, UKSH Standort Kiel, Deutschland

Prof. Dr. med. Sabine Gleich Gesundheitsreferat, Landeshauptstadt München, München, Deutschland

Prof. Dr. med. Silke Grabherr Centre Universitaire Romand de Médecine Légale, Lausanne, Schweiz

Prof. Dr. med. Wolfgang Grellner Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Dr. med. Ewgenija Gutjahr Institut für Pathologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Prof. Dr. med. Sarah Heinze Diagnostik- & Forschungsinstitut für Gerichtliche Medizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

Prof. Dr. med. Christian Jackowski Institut für Rechtsmedizin, Universität Bern, Bern, Schweiz

Prof. Dr. med. Christian Kleber Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland

André Luhmer Polizeiwache Duisdorf, Polizeipräsidium Bonn, Bonn, Deutschland

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

Prof. Dr. phil. Dr. med. Ulrich Mueller Institut für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie / Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

Dr. med. Anja Pieritz Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf, Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Stefan Pollak Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Prof. Dr. med. Johanna Preuß-Wössner Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

Dr. med. Ass. jur. Benno Schäffer Institut für Rechtsmedizin der Universität München, München, Deutschland

Prof. Dr. med. Peter Schmidt Institut für Rechtsmedizin der Universität Homburg-Saar, Homburg/Saar, Deutschland

Prof. Dr. med. Albrecht Stenzinger Leitung Molekularpathologisches Zentrum des Instituts für Pathologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Prof. Dr. med. Annette Thierauf-Emberger Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Dr. rer. med. Andrea Werdecker Kompetenzzentrum Mortalitäts-Follow-Up der Nationalen Kohorte, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, Deutschland