

## Die ärztlichen Gesichtspunkte bei der inneren Leichenschau

*Die in der Herder-Korrespondenz (7. Jhg., S. 148 f.) veröffentlichte Stellungnahme zur Frage der inneren Leichenschau hat von ärztlicher Seite einigen Widerspruch gefunden. Es wurde vor allem beanstandet, daß die ärztlichen Gesichtspunkte darin nicht genügend berücksichtigt und daß die ethischen und religiösen Motive der Ablehnung oder Zustimmung zur Leichenschau verkürzt dargestellt seien.*

*Wir haben deshalb einen der führenden deutschen Pathologen, Univ.-Professor Dr. med. Franz Büchner, Freiburg i. Br., um ein Gutachten zu diesen Fragen gebeten. Die Äußerungen, die er uns zur Verfügung gestellt hat, lagen einer Aussprache zwischen Vorstandsmitgliedern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Pathologie zugrunde und wurden von beiden Gruppen gutgeheißen.*

Nur zögernd komme ich der Bitte der Schriftleitung der Herder-Korrespondenz nach, mich über die ärztlichen Gesichtspunkte bei der inneren Leichenschau in öffentlichen Krankenanstalten zu äußern, zögernd deshalb, weil wir seit längerem an einer unverantwortlichen Preisgabe ernstester Probleme der Medizin und des Arzttumes in Presse und Film kranken, zögernd vor allem aber auch, weil die Subtilität und die Bedeutung der im Thema angeschlagenen Fragen für den Nichtarzt kaum zu überblicken sind. Die Auseinandersetzung über die zur Diskussion stehenden Fragen ist aber durch eine Reihe von Veröffentlichungen der letzten Zeit in die allgemeine Publizistik hineingetragen und mehrfach aus der Perspektive des Nichtarztes beleuchtet worden. Das Schweigen des Arztes in einer Zeitschrift, die selbst kürzlich zu diesen Fragen Stellung genommen hat, könnte daher mißverstanden werden.

### *Zur heutigen Rechtsauffassung*

Zur derzeitigen Rechtsauffassung möchte ich einleitend nur so viel bemerken, daß alle neueren Rechtsgutachten und Gerichtsurteile in der Auffassung übereinstimmen, daß die innere Leichenschau an öffentlichen Krankenanstalten einen strafrechtlichen Tatbestand überhaupt nicht darstellt. Darüber hinaus wurde von zwei führenden Hochschuljuristen, Professor Dr. Walter Becker-Mainz (Manuskript Gesellschaft für Bürgerrechte 1950) und Professor Dr. Eberhard Schmidt-Heidelberg (Krankenhausarzt 1952) die Auffassung herausgearbeitet, daß auch zivilrechtlich gegen die innere Leichenschau an öffentlichen Krankenanstalten nichts Entscheidendes eingewandt werden kann, auch dann nicht, wenn eine ausdrückliche Befragung des Verstorbenen zu Lebzeiten oder der Hinterbliebenen nicht erfolgt ist. Ein inzwischen veröffentlichtes Memorandum der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Das Krankenhaus 1952, S. 221) vertritt allerdings einen strengeren Standpunkt. Die Abklärung dieser juristischen Fragen müssen wir der weiteren Erörterung der Fachjuristen überlassen. Es wäre aber irreführend, würde man in der Öffentlichkeit die Meinung vertreten, bei der Leichenöffnung an öffentlichen Krankenanstalten ohne ausdrückliche Einwilligung des Verstorbenen oder der Hinterbliebenen läge eine rechtswidrige Handlung

vor. Das einzige, was feststeht, ist die Tatsache, daß die hier zur Diskussion stehenden Fragen noch weiterer juristischer Klärung bedürfen.

### *Die ärztlichen Gesichtspunkte*

Um so notwendiger ist es, in dem ganzen Fragenkomplex die ärztlichen Gesichtspunkte bei der inneren Leichenschau an öffentlichen Krankenanstalten klar herauszustellen. Dies ist in allen entscheidenden juristischen Gutachten der Vergangenheit und insbesondere in den oben angeführten Gutachten von Prof. Becker-Mainz und Prof. Schmidt-Heidelberg ausgiebig geschehen. Wenn ich im folgenden aus einer 30jährigen Berufserfahrung heraus diese ärztlichen Gesichtspunkte bei der inneren Leichenschau an öffentlichen Krankenanstalten noch einmal darstelle, so kann ich es nicht anders als ganz und gar aus der Perspektive des Arztes. Dem Arzte ist es unmöglich, primär mit juristischen Fragestellungen an dieses Gebiet heranzutreten. Denn der Kranke, der eine öffentliche Krankenanstalt zu seiner Behandlung, Beratung und Heilung aufsucht, begibt sich ja nicht nur in ein juristisch definierbares Vertragsverhältnis zu der Krankenanstalt, sondern darüber hinaus und in allererster Linie in ein enges Vertrauensverhältnis zu dem leitenden Arzte der Anstalt. Nicht der Vertrag, sondern das Vertrauen ist die Grundlage der ärztlichen Handlungen und Anordnungen.

In dem angeführten Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (1952) ist nun der Versuch gemacht, dem Arzte bei der inneren Leichenschau an öffentlichen Krankenanstalten eine größere Rechtssicherheit dadurch zu gewähren, daß in jedem Falle von dem Kranken, der eine Krankenanstalt aufsucht, für den Todesfall eine Zustimmung zur Leichenöffnung ausdrücklich schriftlich gegeben werden soll, wobei zugleich in dem vorgeschlagenen Wortlaut die Verweigerung dieser Zustimmung sehr leicht gemacht wird. Dieser Vorschlag ist gewiß gut gemeint, aber bar jeder Erfahrung über die tatsächlichen Verhältnisse an unseren Krankenanstalten. Würde der Arzt auf diese Weise versuchen, bei der Aufnahme oder während der Behandlung die vorsorgliche Zustimmung des Kranken zu einer inneren Leichenschau im Todesfalle zu erwirken, so würde er im Keim das Vertrauen des Kranken, das ihn zu ihm geführt hat, auf das Schwerste gefährden, ja in vielen Fällen vernichten. Denn wie immer die Zustimmung herbeigeführt würde, ob unter dem Wortlaut des Vorschlages im Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder in anderer Formulierung, in jedem Falle würde der Arzt durch ein solches Vorgehen den ärztlichen Takt und die Rücksicht auf die notwendige Zuversicht und Genesungshoffnung des Kranken schwer verletzen. Jeder gewissenhafte Arzt wird es daher ablehnen, mit einem radikal unärztlichen Verhalten seine rechtliche Sicherung zu erkaufen. So wird sich auch in Zukunft an der bisherigen Gepflogenheit nichts ändern können, daß diese Frage im allgemeinen zwischen dem Arzt und dem Kranken unerörtert bleibt, daß der Arzt zum mindesten die Frage nicht an den Kranken heranträgt und daß sie nur in den seltenen Fällen ausgesprochen wird, in denen der Kranke ausdrücklich gegenüber seinem Arzt den Willen bekundet, daß nach seinem Tode eine innere Leichenschau stattfindet oder unbedingt unterbleibt. Nach allgemeiner Gepflogenheit an deutschen Krankenanstalten, über die sich kein Arzt hinwegsetzen wird, wird dieser Wille des Kranken unbedingt geachtet, es sei denn, daß das Gericht oder die staat-

liche Gesundheitsbehörde aus juristischen oder gesundheitlichen Gründen die Gültigkeit des Einspruches aufheben müssen.

Tritt der Tod eines Kranken ein, so halten es die leitenden Ärzte öffentlicher Krankenanstalten häufig für ihre Pflicht, an dem Leichnam durch den Pathologen eine innere Leichenschau vornehmen zu lassen. Diesen Akt sehen sie in vielen Fällen als notwendig an, um sich über die Richtigkeit oder das Versagen ihrer Diagnose und Behandlung Rechenschaft zu geben, um bei künftigen Patienten mit ähnlichen Krankheitszeichen in der Diagnose sicherer, in der Behandlung hilfreicher zu sein, um beweiskräftige Unterlagen für spätere Fragen der Versorgung und der gesundheitlichen Beratung der Hinterbliebenen zu gewinnen und um die notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsbehörden im Sozialinteresse mit zuverlässigen Beobachtungen zu unterbauen. Jeder erfahrene Pathologe könnte zahlreiche Beispiele dafür anführen, daß einem leitenden Arzt einer Krankenanstalt die zuverlässige Diagnose und die Heilung bei diesem oder jenem Kranken nur dadurch möglich war, daß ihm einige Zeit vorher bei der inneren Leichenschau eines Todesfalles das gleiche Krankheitsbild von dem Pathologen in seinen charakteristischen Befunden demonstriert und in seinen typischen Erscheinungen erläutert wurde. Der Mensch ist nun einmal auf intensive sinnhafte Eindrücke angewiesen, um wichtige Richtbilder seines Handelns nicht aus dem Bewußtsein zu verlieren. Erst recht gilt dies vom Arzte, der tagaus tagein eine große Fülle sinnhafter Erfahrungen bewältigen und ordnen muß.

Jeder erfahrene Pathologe könnte aber auch viele Beispiele beibringen, aus denen hervorgeht, daß nur bei einem geringen Prozentsatz der Todesfälle die Frage der Hinterbliebenenversorgung sofort nach dem Tode gestellt wird. Die Regel ist vielmehr die, daß erst der bei der inneren Leichenschau erhobene Befund die Frage nach dem Zusammenhang des Todes mit Unfallfolgen, Berufsschäden, Kriegsverletzungen, Erkrankungen im Kriegseinsatz und in der Gefangenschaft usw. aufwirft. Daß in solchen Fällen viele Fehlentscheidungen in der Begutachtung durch das Vorliegen eines ausführlichen Protokolls über die innere Leichenschau vermieden werden, liegt für jeden Einsichtigen auf der Hand.

Bei den Aufgaben der Gesundheitsbehörden liegen die Dinge ähnlich. Der erste Todesfall einer Seuche, z. B. eines Typhus, einer Kinderlähmung, der erste Todesfall durch eine neu auftauchende Berufskrankheit wird häufig während des Lebens gar nicht erkannt. Solche Todesfälle entgehen daher der aufsichtführenden Gesundheitsbehörde, und nur die Wachsamkeit des leitenden Arztes des Krankenhauses sorgt hier dafür, daß durch die von ihm angeordnete Leichenöffnung die Seuche im Keim und die Berufskrankheit in ihrem ersten Auftreten erfaßt und dann sogleich wirksam bekämpft werden kann.

Daß bei all dem die behandelnden Ärzte und der die innere Leichenschau durchführende Pathologe zugleich neue wissenschaftliche Erfahrung gewinnen, ist für einen wissenschaftlich geschulten Arzt selbstverständlich. Es wäre aber abwegig, das „Interesse der Wissenschaft“ mit der Nebenbedeutung, es handle sich dabei in erster Linie um die Befriedigung wissenschaftlicher Neugier und wissenschaftlichen Ehrgeizes, als das Entscheidende bei der inneren Leichenschau anzusehen. Sie ist ein ärztlicher Akt

ersten Ranges, von großem Ernst und hoher Verantwortung, aber auch von unermesslicher, indirekter Hilfe.

In den seltensten Fällen können die Angehörigen eines Verstorbenen selbst beurteilen, ob eine innere Leichenschau notwendig ist. Sie sind daher in dieser Frage in der Regel ganz auf das Urteil des Arztes angewiesen. Das Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft fordert nun zur rechtlichen Sicherung des Arztes, daß in solchen Fällen, in denen keine Erklärung des Verstorbenen zur Frage der inneren Leichenschau vorliegt, die Angehörigen des Verstorbenen in aller Form und ausdrücklich um die Erlaubnis zur Leichenöffnung gefragt werden. Diese Forderung ist leicht ausgesprochen, aber in der Praxis des Krankenhauses äußerst schwer zu verwirklichen. Sie bedeutet nämlich, daß in dem Augenblick, in dem die Hinterbliebenen in der ersten schweren Trauer um den Toten stehen und in dem ihnen die notwendige Ruhe, Sammlung und Besinnung gewährt werden sollte, eine für die meisten Nichtärzte untragbare Last der Entscheidung aufgebürdet wird. Ausdrücklich befragt, werden sie daher in den meisten Fällen diese Frage mit einem unbedingten Nein beantworten, das sie vielleicht schon wenige Tage später bei ruhigerem Nachdenken und bei einem gewissen Abstand von den Tagen zwischen Tod und Begräbnis bedauern. Sie denken in diesen Tagen an ihren Toten und an ihren großen Schmerz, und alle Argumente des Arztes, die an das soziale Bewußtsein appellieren, bleiben zumeist fürs erste ungehört.

Aus dieser immer wieder bestätigten Erfahrung hat sich daher die Übung entwickelt, daß der leitende Arzt einer Krankenhausabteilung in der Regel die Entscheidung über die Durchführung einer inneren Leichenschau kraft des Vertrauens verantwortet, das ihn mit dem Verstorbenen verbunden hat und mit den Angehörigen weiter verbindet. Dieses Vertrauen gibt dem Arzt die Gewißheit, daß er in einer formalrechtlich vielleicht noch ungeklärten Situation mit seinen Anordnungen die Sphäre des Rechtes nicht verletzt. In der Regel wird er aber nach einer angemessenen Frist die Angehörigen in geeigneter Form über das Ergebnis der inneren Leichenschau unterrichten. Wo nahe Angehörige spontan die innere Leichenschau ihres Verstorbenen in aller Form verweigern, wird er versuchen, bei ihnen seine ärztlichen Gesichtspunkte zur Anerkennung zu bringen. Wird auch dann noch die Weigerung aufrechterhalten, so wird nach allgemeinen Gepflogenheiten in den deutschen Krankenanstalten die innere Leichenschau nicht ausgeführt, nicht selten allerdings mit dem Ergebnis, daß später auftauchende Fragen der Hinterbliebenenversorgung eine nachträgliche Exhumierung notwendig machen.

Die Erschütterung vieler Grundrechte des Menschen in der jüngsten Vergangenheit hat im westlichen Deutschland der Nachkriegszeit zur Überprüfung vieler Übungen und Gepflogenheiten unseres öffentlichen Lebens auf ihre menschenrechtliche Verantwortbarkeit geführt. Im Zuge dieser notwendigen Besinnung wurde hier und da die Meinung entwickelt, die innere Leichenschau ohne ausdrückliche Einwilligung des Verstorbenen oder seiner Hinterbliebenen sei ein verwerflicher Frevel gegen die Menschenrechte. Von dieser Auffassung ist offensichtlich auch das Memorandum der deutschen Krankenhausgesellschaft beeinflusst. Wer in seinem Berufe tagtäglich mit den Toten umgeht, wird am wenigsten geneigt sein, solche Gesichtspunkte leicht zu nehmen. Von dem Nichtarzt wird

aber dabei leicht übersehen, daß in diesem Falle die Berufung auf die Menschenrechte nicht selten die Ausflucht in eine sehr unsoziale Gesinnung bedeutet. Das Liebesgebot, im sozialen Gefüge menschlicher Gemeinschaften, auch über den Tod hinaus einander hilfreich zu sein, wird dabei in der Regel gar nicht gesehen. Wer aber als Arzt weiß, welcher Segen für die Lebenden und wie viele Hilfe für die Kranken, aber auch für Hinterbliebene von der inneren Leichenschau an öffentlichen Krankenanstalten ausgeht, der kann nicht anders, als die Liebesrücksicht höher stellen als jeden anderen Gesichtspunkt, der hier im Namen der Menschenrechte geltend gemacht werden könnte.

Eine völlige Verkennung der wirklichen Motive und Zusammenhänge ist es in jedem Falle, wenn Dr. jur. Franz Klein in einem Aufsatz über die innere Leichenschau (Krankendienst 1952, 296 u. 326.) der Meinung ist, die derzeitige Obduktionspraxis an den öffentlichen Krankenanstalten sei ein Relikt nationalsozialistischer Ideologien, eine Unterdrückung menschlicher Individualität durch die öffentliche Gewalt. Nicht aus Staatsraison haben sich diese Gepflogenheiten entwickelt, sondern einzig aus der ärztlichen Erfahrung und dem ärztlichen Verantwortungsbewußtsein. Im übrigen haben sie an den deutschen Krankenanstalten eine über 100jährige Geschichte, und in den meisten größeren Städten Deutschlands haben sie sich gerade in den Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts entwickelt, in denen man für die Rechte des Individuums weit hellhöriger war als unsere Zeiten.

Die wichtigste Frage, die sich dem Arzte in diesem Zusammenhang stellt, ist die, ob die innere Leichenschau vom Standpunkt der christlichen Ethik gutgeheißen werden kann. Selbstverständlich kann diese Frage zuständig nur von der christlichen Theologie her beantwortet werden. Aber der Arzt, der in seinem beruflichen Wirken sich als Christ fortgesetzt bemüht, sich über sein Handeln Rechenschaft zu geben, hat in der Regel durch viele Gespräche mit Theologen und durch Lektüre mehr und mehr sein Urteil geklärt. Der Hinweis, daß wir unsere Ehrfurcht vor dem Leichnam mit dem Auferstehungsglauben verbinden (F. Klein, 1952), kann für ihn daher nicht beanspruchen, eine gültige Aussage zur Theologie der inneren Leichenschau zu sein. Um so bedeutungsvoller ist für den christlichen Arzt die Tatsache, daß Papst Pius XII. seit dem

Ausgang des Krieges in einer Reihe wichtiger Ansprachen zu entscheidenden Fragen der ärztlichen Ethik Stellung genommen hat. Diese Ansprachen liegen mir in deutscher Übersetzung vor. Sie enthalten in höchster Form eine Würdigung und Wertung des hohen Berufes des Arztes, wie wir sie in keiner anderen Veröffentlichung unserer Zeit finden. So stellen z. B. die Worte, die Pius XII. am 20. Mai 1948 vor den Teilnehmern des IV. Internationalen Chirurgenkongresses gesprochen hat, einen Lobpreis des Berufes des Chirurgen dar, wie ihn gültiger kein Arzt hätte formulieren können. In diesen Ansprachen, besonders in der vor dem I. Internationalen Kongreß der Neuropathologen vom 14. September 1952 (Herder-Korrespondenz 7. Jhg., S. 71), wird aber auch immer wieder die Frage geprüft, wie weit das Gewissen des Arztes in der jüngsten Zeit wach genug war, und es wird gezeigt, daß diese oder jene Entwicklung in der modernen Medizin eine Grenzüberschreitung vom Standpunkt der natürlichen und der christlichen Ethik darstellt. An keiner Stelle finden sich dabei Einsprüche gegen die Durchführung der inneren Leichenschau. Auf der anderen Seite hat Pius XII. am 12. November 1944 vor den Mitgliedern der italienischen medizinisch-biologischen Vereinigung voll Bewunderung von den Aufgaben des Anatomen gesprochen und dabei den Ausruf des Schöpfers der pathologischen Anatomie im 18. Jahrhundert, des großen Italieners *Morgagni*, gelegentlich einer inneren Leichenschau zitiert: „Könnte ich doch Gott so lieben, wie ich ihn erkenne!“ Auch wollen wir uns hier der Tatsache erinnern, daß der Heilige Franz von Sales als 21jähriger unter dem Eindruck einer schweren Erkrankung verfügt hat, man möge seinen Leichnam den Ärzten zu Studien übergeben, und dies mit der Begründung: „Es wird mir bei meinem Tode eine Erleichterung sein, zu wissen, daß ich als Toter noch der Allgemeinheit etwas nützen werde“ (Elze, Münchn. med. Wschr. 1951, S. 2474). Vor dem Beispiel dieses großen Heiligen sollte jeder verstummen, der die Meinung vertritt, die Leichenöffnung verbiete sich aus Rücksichten der christlichen Religion.

Im übrigen finden die oben dargelegten ärztlichen Gesichtspunkte und Gepflogenheiten die volle Billigung des katholischen Moraltheologen in dem soeben erschienenen Aufsatz von W. Schöllgen über „Die ärztliche Sektion von Leichen in der Sicht der katholischen Moraltheologie“ (Das Krankenhaus 1953, H. 4).

## Aktuelle Zeitschriftenschau

### Theologie

BERBUIR, Eucharius. *Lumen Christi*. In: Wort und Wahrheit Jhg. 8 Heft 4 (April 1953) S. 255—264.

Deutung der neutestamentlichen Geschehnisse durch die Evangelisten im Lichte der Auferstehung Christi und der Pentekoste. Berbuir interpretiert in diesem Sinne die Wunder Jesu vom „Anfang der Zeichen“ in Kana bis zur Auferweckung des Lazarus als Vorwegnahme der Auferstehung und Verherrlichung Jesu, darin sie ihre Erfüllung gefunden haben.

DELHAYE, Ph. *La théologie morale d'hier et d'aujourd'hui*. In: Revue des Sciences religieuses Jhg. 27 Nr. 2 (April 1953) S. 112 bis 130.

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Moraltheologie werden in einem 2. Teil die Erfordernisse einer modernen Moraltheologie dargelegt: sie muß positiv sein, sich auf die Nachfolge Christi gründen, bib-

lisch und patristisch sein, die großen Enzykliken einbeziehen. Neue Gegenstände der Moraltheologie sind vor allem die Arbeit und auf Grund der neuen sozialen Verhältnisse und der Stellung der Frau die Ehe, denn die Moraltheologie muß die Wirklichkeit leiten können. Entsprechend wäre eine Erneuerung der Predigt und der philosophischen Terminologie notwendig.

HOFFMANN, Adolf. *Die Heilsnotwendigkeit der Kirche*. In: Die neue Ordnung Jhg. 7 Heft 2 (1953) S. 90—99.

Interpretation des Satzes: *nulla salus extra ecclesiam* nach einer Erklärung des Hl. Offiziums vom 8. August 1949, die erstmalig in „The American Ecclesiastical Review“ (4/1952) veröffentlicht wurde. Wenn auch diese Erklärung gegenüber *Mystici Corporis* sachlich nichts Neues vorträgt, so bedeutet sie doch einen gewissen Fortschritt in der Ausdrucksweise. Ihr zufolge ist nicht immer der ausdrückliche Wille gefordert, ein vollgültiges Glied der Kirche zu werden, sondern Gott begnügt sich mit der Seelenbereitschaft des Menschen, in die sichtbare Kirche einzutreten, wenn dieser in einem unüberwindlichen Irrtum verstrickt ist.