



Landeshauptstadt
Potsdam

Merkblatt

Durchführung der ärztlichen
Leichenschau und Ausstellen
von Totenscheinen



**Landeshauptstadt
Potsdam**
Der Oberbürgermeister

Merkblatt

Durchführung der ärztlichen Leichenschau und Ausstellen von Totenscheinen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

aus gegebenem Anlass möchte ich Ihnen mit der vorliegenden Broschüre ausführliche Informationen zum Durchführen der ärztlichen Leichenschau sowie des korrekten Ausfüllens der Totenscheine zur Verfügung stellen.

Fehlerhafte oder unvollständig ausgefüllte Formulare haben in der jüngeren Vergangenheit trotz großer Bemühungen zu Missverständnissen und Mehraufwand auf beiden Seiten geführt. Bitte nehmen Sie sich daher einige Minuten Zeit, um in Zukunft eine bessere Zusammenarbeit zum Wohle der Bevölkerung zu ermöglichen.

Der Totenschein basiert auf den amtlich verbindlichen Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Rechtsgrundlage im Land Brandenburg für die Pflicht zur Leichenschau und das Ausstellen von Totenscheinen ist das Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Bestattungsgesetz – BbgBestG) in seiner aktuellen Fassung sowie die aktuelle Version der Verordnung über die Dokumentation der Leichenschau im Land Brandenburg (Brandenburgische Leichenschaudokumentations-Verordnung – BbgLDV).

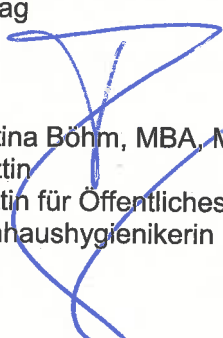
Gemäß §17 Abs. 3 BbgBestG prüft die für den Sterbeort zuständige untere Gesundheitsbehörde unter anderem die ordnungsgemäße Ausstellung der Totenscheine. Es trifft nicht zu, dass das Gesundheitsamt selbstständig fehlende Informationen oder Angaben im Totenschein ergänzen kann bzw. Korrekturen vornimmt. Der Arzt, der den Totenschein ausfüllt, ist persönlich für die Richtigkeit des Inhaltes verantwortlich.

Der Totenschein stellt den letzten Dienst eines Arztes an seinem Patienten dar. Die Eintragungen des Arztes können über den Tod hinaus weitreichende Konsequenzen für die Angehörigen haben (z.B. Ansprüche aus Versicherungen, Einleitungen von Ermittlungsverfahren u.a.).

Ich bitte Sie in diesem Sinne um Beachtung und Umsetzung der Hinweise in dem vorliegenden Merkblatt.

Für Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag


Dr. Kristina Böhm, MBA, MHA
Amtsärztin
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin
Krankenhaushygienikerin

03/2017

Inhaltsverzeichnis

1	Wer stellt den Tod fest und füllt den Totenschein aus?.....	4
2	Sonderfall Notarzt.....	4
3	Grundlegende Pflichten des Arztes bei der Leichenschau	5
4	Wann muss ein Totenschein ausgefüllt werden?.....	5
5	Wie muss ein Totenschein ausgestellt werden?.....	5
5.1	Angaben zur Person sowie zu Todeszeitpunkt, Geschlecht und Todesort/Auffindungsort	6
5.2	Zuletzt behandelnder Arzt	7
5.3	Sichere Zeichen des Todes	7
5.4	Todesursache/ Klinischer Befund	7
5.5	Todesart	9
5.6	Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten.....	10
5.7	Warnhinweise.....	10
5.8	Weitere Angaben bei nicht natürlichem Tod sowie bei Kindern unter einem Jahr und Totgeburten	10
5.9	Ärztliche Bescheinigung	11
6	Korrektur des Totenscheines.....	12
7	Anhang	13

1 Wer stellt den Tod fest und füllt den Totenschein aus?

Ort	Zuständiger Arzt
Im Krankenhaus	Der Chefarzt der jeweiligen Abteilung, in dessen Vertretung jeder dort tätige Arzt
Rettungseinsätze mit Notarztbeteiligung	Der Notarzt
Rettungseinsätze ohne Notarztbeteiligung	Der nächste erreichbare niedergelassene Arzt , ein Arzt im ärztlichen Notfalldienst oder der im nächstgelegenen Krankenhaus diensthabende Arzt
In der häuslichen Umgebung und bei sonstigen Sterbefällen	Jeder erreichbare niedergelassene Arzt , dessen Arzt in Weiterbildung oder Praxisvertreter oder ein Arzt im ärztlichen Notfalldienst

2 Sonderfall Notarzt

Im Land Brandenburg kann sich der Notarzt nach § 5 Abs. 2 BbgBestG ausnahmsweise auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts und der äußeren Umstände beschränken, wenn:

- er durch die Durchführung der vollständigen Leichenschau **an der Wahrnehmung seiner Aufgaben im Notfall- oder Rettungsdienst gehindert wäre und**
- er dafür sorgt, dass ein anderer Arzt eine vollständige Leichenschau durchführt (**Organisationspflicht**) **und**
- er **unverzüglich eine vorläufige Bescheinigung über die Feststellung des Todes ausstellt.**

Hierzu ist gemäß § 3 Abs. 1 BbgLDV unter Beachtung des § 5 Abs. 2 BbgBestG das Formular „Vorläufige Bescheinigung über die Feststellung des Todes“ zu verwenden. Blatt 1 dieses Formulars erhält der Arzt, der die vollständige Leichenschau ausführt; es verbleibt in dessen persönlichen Arztunterlagen. Blatt 2 ist für die Unterlagen des Arztes im Notfall- oder Rettungsdienst bestimmt.

Der **Notarzt bleibt bis zur Ausstellung eines vollständigen Totenscheines in der Verantwortung.**

3 Grundlegende Pflichten des Arztes bei der Leichenschau

- **Feststellung des Todes** mit Dokumentation **der sicheren Todeszeichen** (Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis, Hirntod, nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen)
- Bestimmung **der Todesursache(n)** und der **Grundleiden**
- Bestimmung der **Todesart** (natürlich, nicht-natürlich, ungeklärt)
- Feststellung des **Todeszeitpunktes**
- Prüfung der **Infektionsgefahr**
- Unverzügliches **Anzeigen von meldepflichtigen Erkrankungen/ Erregern** an zuständiges **Gesundheitsamt**
- Ausstellung des **Totenscheines**
- **Unverzügliche Wahrnehmung der Meldepflicht an Polizei** bei / oder Verdacht auf:
 - Nicht-natürlichem Tod
 - ungeklärtem Tod
 - unbekanntem Toten

Die Leichenschau ist an dem Ort, an dem der Tod eingetreten ist oder die Leiche aufgefunden wurde, bei ausreichender Beleuchtung an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen einschließlich der Körperöffnungen durchzuführen. Der Arzt und die von ihm hinzugezogenen Helfer sind berechtigt, jederzeit den Ort zu betreten, an dem sich die Leiche befindet.

Die Unterschreitung dieses Sorgfaltsmaßstabes aus falsch verstandener Rücksichtnahme auf die Angehörigen kann dazu führen, dass die Aufdeckung von *nicht-natürlichen* Todesfällen unterbleibt und kein Todesermittlungsverfahren durch die zuständige Staatsanwaltschaft eingeleitet werden kann. Sollten im Nachgang doch noch Hinweise für eine *nicht-natürliche* Todesursache auftreten, ist die betreffende Leiche unter Umständen schon kremiert bzw. beerdigt und eventuelle Spuren am Sterbeort beseitigt.

4 Wann muss ein Totenschein ausgefüllt werden?

Der Totenschein muss unverzüglich, das heißt, ohne schuldhaftes Verzögern, sofort nach Beendigung der Leichenschau ausgestellt werden. Die Ausstellung des Totenscheins in elektronischer Form ist nicht zulässig.

5 Wie muss ein Totenschein ausgestellt werden?

Die im Bundesland Brandenburg gebräuchliche Version des Totenscheins basiert auf den international gültigen, amtlichen **Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**, nachzulesen im WHO ICD-10, Band 2, Regelwerk, in der aktuellen Version von 2016. Der Totenschein stellt ein ärztliches **Attest**, also eine **urkundliche Bescheinigung schriftlicher Art** dar.

Zum korrekten Ausstellen eines Totenscheins bietet die WHO auf Ihrer Internetseite unter folgendem Link ein kostenloses englischsprachiges Training an:

<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/ICD10Training/ICD-10%20Death%20Certificate/html/index.html>

In der Vergangenheit kam es bei der Prüfung der Totenscheinformulare zu immer wiederkehrenden formalen und inhaltlichen Beanstandungen. Es wird daher gebeten, besonders auf folgende Kriterien zu achten:

- Verwendung des **vorgeschriebenen Totenscheinformulars**
- **Ausreichende Lesbarkeit** des Schriftbildes, keine Verwendung von Akronymen (Abkürzungen)
- vorhandener **Stempel mit dem Namen des Arztes** / vorhandene **Unterschrift** des Arztes

Im Folgenden wird genauer auf die inhaltlichen Anforderungen für das korrekte Ausfüllen des Totenscheinformulars eingegangen:

5.1 Angaben zur Person sowie zu Todeszeitpunkt, Geschlecht und Todesort/Auffindungsort

Der leichenschauende Arzt sollte nur die ihm bekannten Angaben eintragen. **Wenn die Identität nicht geklärt ist, muss die Polizei verständigt** werden und z.B. die **Eintragung „unbekannte Person“** anstelle mutmaßlicher Personalien vorgenommen werden.

Totenschein - vertraulicher Teil -		Blatt 1. Gesundheitsamt
1 Personalangaben		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort, Kreis		
Geburtsdatum		Geburtsort
Tag	Monat	Jahr

Abbildung 1: Angaben zur Person

Ist für den leichenschauenden Arzt die Feststellung des Todeszeitpunktes nicht möglich (z.B. Auffinden in der Häuslichkeit), so empfiehlt es sich, den Zeitpunkt der Leichenauffindung einzutragen und durch Streichung des Wortes „Todeszeitpunkt“ zu verdeutlichen. **Keinesfalls sollten bloße Mutmaßungen über den Todeszeitpunkt** angegeben werden.

Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Todes- bzw. Auffindungsort:	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> sonstige (no)			

Abbildung 2: Todeszeitpunkt, Geschlecht und Todes- bzw. Auffindungsort

5.2 Zuletzt behandelnder Arzt

Bei der Angabe des zuletzt behandelnden Arztes/Hausarztes handelt es sich um eine **notwendige Angabe**, die dem im Krematorium die zweite Leichenschau durchführenden Kollegen und den zuständigen Behörden Nachforschungen erleichtert.

2 Zuletzt behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt Nähere Angaben Teilformulare der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Abbildung 3: Zuletzt behandelnder Arzt

5.3 Sichere Zeichen des Todes

Im Rahmen der Feststellung des Todes einer Person sollten **als sichere Todeszeichen im Regelfall mindestens Totenflecken (Livores)** erkennbar sein, sofern nicht Verletzungen, die mit dem Leben nicht vereinbar sind“ (Verkehrsunfall, Zerstücklung) vorhanden sind.

Die Angaben zu den sicheren Todeszeichen sind auf Plausibilität zu prüfen. So schließen sich z.B. Fäulniszeichen und eine erfolgte Reanimationsbehandlung gewöhnlich aus.

3 Sichere Zeichen des Todes Tolerstarre Tolerflecke Fäulnis Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind Hirntod
Reanimationsbehandlung ja nein

Abbildung 4: Sichere Zeichen des Todes

Die Feststellung des **Hirntodes** erfordert ein gesondertes diagnostisches Procedere im Krankenhaus, Details hierzu können unter folgendem Link auf der Internetseite der Bundesärztekammer abgerufen werden:

<http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user-upload/downloadsdownloads/Hirntodpdf.pdf>

5.4 Todesursache/ Klinischer Befund

Anzugeben sind alle die Erkrankungen, Komplikationen oder Verletzungen, die nach Einschätzung des leichenschauenden Arztes zum Todeseintritt beigetragen haben können.

Ein vollständig ausgefüllter Totenschein beinhaltet eine Kausalkette der Ereignisse/ Erkrankungen, die zum Tod geführt haben, beginnend mit dem **Grundleiden** in Zeile **1c**, welches einen **Folgezustand/ eine Folgeerkrankung** herbeigeführt hat (in Zeile **1b**) bis hin zur **unmittelbaren Todesursache** (Zeile **1a**).

Beispiel:

4 Todesursache / Klinischer Befund		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursacht.	Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod (von - bis)	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache	Hirnblutung	Stunden	I61.9
	b) als Folge von	Hirnmetastasen	Wochen	C79.3
II. Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter c) herbeiführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) in letzter Stufe	c) als Folge von (Grundleiden)	Mammakarzinom	Jahre	C50.9
	II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit einem Grundleiden in Zusammenhang stehen	Diabetes Mellitus Typ 2		E11.9
Sektion erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Abbildung 5: Todesursache/Klinischer Befund

Die Zeitangaben zwischen Beginn der Krankheit/ Ursache und dem Todeseintritt sollten sich entsprechend von Zeile **Ic** bis Zeile **Ia** verkürzen.

Die Zeile **Ia** wird immer ausgefüllt (unmittelbare Todesursache, WHO ICD-10, Band 2 Definition 4.1.1). Hier ist einzutragen:

„die Krankheit, spezifische Komplikation der Krankheit oder Verletzung, die den Tod unmittelbar verursachte“.

Dies kann auch das Grundleiden sein, wenn es keine Kausalkette gibt.

Die Art des Todeseintrittes sowie Endzustände wie z.B. Multiorganversagen, Herzversagen oder Atemlähmung dürfen nicht als unmittelbare Todesursache (Zeile Ia) angegeben werden!

Die anderen beiden Zeilen sind nicht zwingend auszufüllen, wenn es zu keinen (bekannten) vorausgegangenen Krankheiten/Krankheitsereignissen gekommen ist:

Beispiel:

4 Todesursache / Klinischer Befund		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursacht.	Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod (von - bis)	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache	Myokardinfarkt	Minuten	I21.9
	b) als Folge von	-		
II. Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter c) herbeiführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) in letzter Stufe	c) als Folge von (Grundleiden)	-		
	II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit einem Grundleiden in Zusammenhang stehen	Diabetes Mellitus Typ 2		E11.9
Sektion erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Abbildung 6: Beispiel Myokardinfarkt

Ist nichts Genaues bekannt, so ist die Angabe **„Todesursache unbekannt“** mit entsprechender ICD-Kodierung (R 96, R98, R99) einer **reinen Spekulation** über die **Todesursache** vorzuziehen.

5.5 Todesart

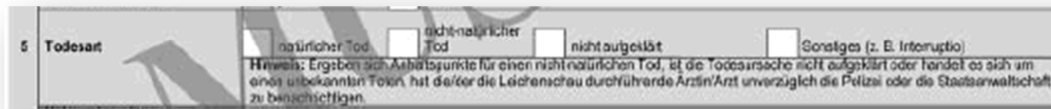


Abbildung 7: Todesart

Die Benennung der **Todesart** ist von entscheidender Bedeutung!
Wenn sich Anhaltspunkte ergeben für einen:

- **nicht-natürlichen Tod,**
- **eine nicht aufgeklärte Todesursache**
- **einen unbekanntem Toten,**

so muss der die Leichenschau durchführende Arzt unverzüglich die Polizei benachrichtigen. Die Leiche darf dann nicht mehr in der Lage verändert und nicht abtransportiert werden.

Als Todesursache sind dann unter Zeile Ia „**unbekannte Todesursache**“ etc. mit **folgenden möglichen Kodierungen einzutragen**

- **R 96:** „sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache“
- **R 98:** „Tod ohne Anwesenheit anderer Personen (aufgefundener Toter, dessen Todesursache nicht festgestellt werden konnte)“
- **R 99:** „sonstige ungenau und nicht näher bezeichnete Todesursachen“

In diesen Fällen ist folgerichtig bei „**Sektion erforderlich?**“ **das Feld „ja“ anzukreuzen.**

Die weitere Aufklärung des Sachverhaltes obliegt dann den Ermittlungsbehörden, wobei zunächst **nur die Frage geklärt wird, ob es sich tatsächlich um einen nicht-natürlichen Tod handelt und ob ein Verschulden Dritter ausgeschlossen** werden kann.

Einige leichenschauende Ärzte fügen dem Totenschein den Zusatz „entscheidet Staatsanwalt“ oder ähnliche Formulierungen hinzu. Dies ist nicht zielführend, da die **Staatsanwaltschaft eigenständig über die Notwendigkeit einer Sektion im Rahmen eines Todesermittlungsverfahrens entscheidet.** Sollte der zuständige Staatsanwalt eine Leichenöffnung zur Klärung der Todesursache verfügen, entstehen dem leichenschauenden Arzt hierdurch **keine Kosten.**

Es muss besonders auf das Erkennen zeitlicher Zusammenhänge zwischen einer Gewalteinwirkung (z.B. einem Unfallgeschehen, Sturzereignis) und einer Spättodesfolge (z.B. eine Pneumonie, Lungenembolie, epileptischer Anfall) geachtet werden. In diesen Fällen ist das Kreuz auch bei sehr langen Zeitintervallen bei „nicht natürlicher Tod“ zu setzen. Als Konsequenz können sich z.B. Haftpflichtansprüche gegen Dritte oder als Kostenträger eine Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaft ergeben.

5.6 Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten

Die Epikrise folgt keiner internationalen Vorgabe, stellt jedoch eine sinnvolle Ergänzung der Kausalkette dar und hilft dem Kollegen, der z.B. die zweite Leichenschau im Krematorium durchführt bei der Überprüfung der Plausibilität der getätigten Angaben auf dem Totenschein. Hier können z.B. kurze Angaben zum Hergang eines Unfallgeschehens oder der Auffindsituation bei unbekanntem Verstorbenen gemacht werden.

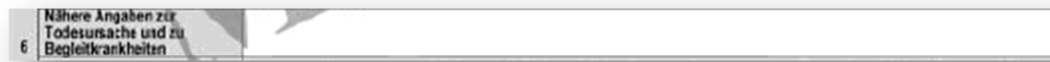


Abbildung 8: Todesursache

5.7 Warnhinweise

Da nach dem Tod des Betroffenen noch zahlreiche Personen (z.B. Bestatter, Leichenwäscher, Friedhofspersonal...) Kontakt zu der Leiche haben, sind entsprechende Warnhinweise gewissenhaft anzugeben. Besonders zu achten ist hier auf die Angabe meldepflichtiger Erkrankungen und Nachweise von Krankheitserregern nach §6 und § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie die Meldung bei dem zuständigen Gesundheitsamt.



Abbildung 9: Warnhinweise

5.8 Weitere Angaben bei nicht natürlichem Tod sowie bei Kindern unter einem Jahr und Totgeburten

Bei einem nicht-natürlichen Tod werden weitere Angaben zum Hergang des Geschehens abgefragt, um beispielsweise Leistungen der Unfallversicherung zu ermöglichen: z.B. Tod durch einen epileptischen Anfall als Spätfolge eines Schädelhirntraumas durch einen erlittenen Sturz.

Weitere Angaben betreffen bei Frauen eine mögliche Schwangerschaft. Daneben werden Angaben zu Kindern unter einem Jahr sowie Details bei Totgeburten abgefragt. Nach §29 Personenstandsgesetz gelten hierzu folgende Definitionen:

- **Lebendgeburt:** initial vorhandener Herzschlag, Pulsieren der Nabelschnur, oder Einsetzen der Lungenatmung nach der Trennung vom Mutterleib

- **Totgeburt/in der Geburt verstorbenes Kind:** keines der oben genannten Merkmale, jedoch Geburtsgewicht über 500 Gramm
- **Fehlgeburt:** keines der oben genannten Merkmale und Gewicht unter 500 Gramm (keine Beurkundung in Personenstandsbüchern)

6 Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache DN NICHT-natürlichem Tod				
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (ergänzt über den Hergang)			ICD-Code
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels			
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- u. Dienstunfall (o. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Sport- und Spielunfall (nicht im Haus o. Schule)
				<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall Serieller Unfall, unbekannt
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt	Geburtsgewicht
			cm	g
Wie geboren (Klinik, Hausentbindung)				
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	Stunden
			Monat	unbekannt
Bei Frauen	Legt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Abbildung 10: Weitere Angaben

5.9 Ärztliche Bescheinigung

Im letzten Abschnitt auf dem Formular des Totenscheines („Ärztliche Bescheinigung“) ist stets **Ort, Datum und Zeitpunkt** der Leichenschau anzugeben.

Ärztliche Bescheinigung	Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Urteilsuntersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift und Stempel des Arztes/Ärztin des Arztes

Abbildung 11: Ärztliche Bescheinigung

Der **Stempel** des Arztes muss neben dem Namen des Arztes mindestens die **Anschrift** sowie eine **Telefonnummer** enthalten, um im Zweifelsfall eine Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Der im Stempel aufgeführte Name und die Unterschrift des verantwortlichen Arztes müssen übereinstimmen. Geometrische Zeichen (Schlängellinien, Kringel etc) genügen als Unterschrift nicht. Es ist nicht statthaft, dass mehrere Ärzte den Totenschein ausfüllen, also verschiedene Handschriften auf dem Formular erkennbar sind.

Mit der Unterschrift bestätigt der Arzt, dass er die **unbekleidete Leiche sorgfältig untersucht** hat und die **Angaben im Formular nach bestem Wissen erfolgt** sind (**Urkunde**).

6 Korrektur des Totenscheines

Das Standesamt übermittelt unverzüglich Blatt 1 und 2 des vertraulichen Anteils des Totenscheins nach Eintragung der Sterbebuchnummer an die für den Sterbeort zuständige untere Gesundheitsbehörde (das jeweilige Gesundheitsamt) zwecks Überprüfung und möglicher Korrektur (BbgLDV §2 (3)).

Die Daten des vertraulichen Teils der Totenscheine werden durch die untere Gesundheitsbehörde innerhalb einer bestimmten Frist an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg weitergeleitet.

Sollte der Totenschein nicht korrekt oder unvollständig ausgefüllt sein, wird der verantwortliche Arzt nach §17 Abs. 3 Satz 2 bis 4 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes aufgefordert, entsprechende Korrekturen und Ergänzungen vorzunehmen. Der Arzt ist hierbei zur unverzüglichen Vervollständigung des Totenscheines verpflichtet. Dabei müssen entsprechende Änderungen auf dem Originaltotenschein vorgenommen werden. Diese Ergänzungen sind dann mit Unterschrift sowie Stempel des Arztes zu versehen. Der so korrigierte Totenschein muss im Rahmen der gewährten Frist an das zuständige Gesundheitsamt zurück gesendet werden.

Mögliche rechtliche Folgen bei Nichtbeachtung/Ordnungswidrigkeiten

Der Arzt, der eine Leichenschau oder eine Sektion vorgenommen hat, ist verpflichtet, auf Anforderung der unteren Gesundheitsbehörde lückenhafte Totenscheine und Sektionsscheine unverzüglich zu vervollständigen. Er, sowie Ärzte, die den Verstorbenen vorher behandelt haben, sind verpflichtet, die zur Überprüfung und Vervollständigung erforderlichen Auskünfte zu erteilen (§ 17 (3) BbgBestG).

Unterschlägt der leichenschauende Arzt Hinweise auf ein eigenes Fehlverhalten, bleibt er straffrei (§258 Abs. 5 StGB). Der Arzt kann nicht gezwungen werden, sich selbst zu belasten (straflose Selbstbegünstigung).

Unterschlägt der leichenschauende Arzt Hinweise auf ein Fehlverhalten eines anderen Arztes oder anderer Personen, das todesursächlich gewesen sein könnte, kommt fremdbegünstigende Strafvereitelung in Betracht (§258StGB).

Der Arzt handelt ordnungswidrig nach § 38 Abs. 1 BbgBestG, wenn er vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 4 Abs. 2 BbgBestG die Leichenschau nicht unverzüglich veranlasst,
2. entgegen § 5 Abs. 1 BbgBestG die Leichenschau nicht unverzüglich oder nicht entsprechend § 6 Abs. 1 Satz 5 BbgBestG durchführt,
3. entgegen §§ 6 Abs. 2, 17 Abs. 3 Satz 3 oder 23 Abs. 3 BbgBestG eine verlangte Auskunft nicht oder nicht richtig erteilt,
4. entgegen § 6 Abs. 4 BbgBestG eine Leiche nicht mit einem Hinweis auf eine meldepflichtige Krankheit oder auf eine sonstige von der Leiche ausgehende Gefahr kennzeichnet oder entgegen § 18 Abs. 3 BbgBestG die Kennzeichnung auf dem Sarg nicht wiederholt,
5. entgegen § 17 Abs. 1 BbgBestG einen Totenschein nicht, nicht richtig oder nichtvollständig ausstellt oder entgegen § 17 Abs. 3 Satz 2 BbgBestG einen Totenschein oder einen Sektionsschein nicht vervollständigt.

7 Anhang

Literaturhinweise / gesetzliche Grundlagen

- Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Bestattungsgesetz - BbgBestG)
- Verordnung über die Dokumentation der Leichenschau im Land Brandenburg (BbgLDV)
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)
- ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Band 2 – Regelwerk. World Health Organisation. 2016.
(Abrufbar unter: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/version2016/regelwerk/>, 31.01.2017)
- Schulze C. Hinweise zum Ausstellen von Totenscheinen. Merkblatt. Landkreis Oberhavel 2015.
- Scheiper B, Untze P. Brandenburgisches Bestattungsgesetz. Kommentar. Kommunal- und Schulverlag. ISBN 978-3-8293-0839-7. 2008.
- <http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/userupload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf> (31.01.2017)
- <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/mortalitaet/totenscheinanleitung.pdf> (31.01.2017)
- https://www.klinikum.uniheidelberg.de/fileadmin/inst_rechts_verkehrsmed/pdfs/Via_52-55__Leichenschau.pdf (31.01.2017)
- http://www.uniklinikduesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/login_rechtsmedizin_j_d477/dateien/arzt_und_tod.pdf (31.01.2017)



**Landeshauptstadt
Potsdam**

Der Oberbürgermeister

Impressum

Herausgeber:

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister

Geschäftsbereich 3

Fachbereich 38

Bereich 385, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsgruppe 385.2

Ansprechpartner Frau Dr. Böhm, MHA, MBA

Friedrich-Ebert-Straße 79/81

14469 Potsdam

www.potsdam.de

