

## Hinweise zur Durchführung der Leichenschau und zur Verwendung des nachfolgenden Formularsatzes für die Todesbescheinigung in **Niedersachsen**

Die Ausstellung der Todesbescheinigung ist keine bloße Formalität. Für die Feststellung des Todes besteht eine besondere Sorgfaltspflicht.

Besteht von vornherein ein **Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod** oder kann die Ärztin oder der Arzt die verstorbene Person in angemessener Zeit **nicht identifizieren**, so ist sie oder er verpflichtet, unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen (**Meldepflicht**). Die Ärztin oder der Arzt hat in einem solchen Fall von der Leichenschau abzusehen und bis zum Eintreffen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft darauf hinzuwirken, dass keine Veränderungen an der Leiche und der unmittelbaren Umgebung vorgenommen werden (§ 4 Abs. 4 BestattG). In der Todesbescheinigung sind bei einem Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod Angaben zu den Nummern 2 bis 5, 9 bis 11 und 21 und im Fall einer nicht identifizierten Leiche Angaben zu den Nummern 5, 9, 11 und 21 zu machen. Ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod erst im Laufe der Leichenschau, so sind in der Todesbescheinigung zusätzlich Angaben über die getroffenen Feststellungen zu machen.

Ein **nicht natürlicher Tod** liegt vor, wenn sich der Tod nicht alters- oder krankheitsbedingt erklären lässt, etwa bei einem Tod durch Selbsttötung, durch Unfall, durch eine strafbare Handlung oder durch Einwirkung von außen. Ein nicht natürlicher Tod im zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation, Impfung etc. setzt zumindest die Möglichkeit einer Fehlbehandlung oder sonstigen Fehlverhaltens des behandelnden Personals voraus.

Im **Notfalldienst** und im **Rettungsdienst** kann sich auf die Feststellung des Todes und des Todeszeitpunkts oder Auffindungszeitpunkts beschränken, wer sonst an der Wahrnehmung im Notfalldienst oder im Rettungsdienst gehindert würde (§ 3 Abs. 4 BestattG). In der Todesbescheinigung sind dann Angaben zu den Nummern 1 bis 9 und 21 zu machen. Hinweis: Auch im Notfalldienst und im Rettungsdienst gilt vorrangig die **Meldepflicht** bei Vorliegen von Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder einer nicht identifizierbaren Leiche.

Die Leichenschau ist grundsätzlich an dem Ort vorzunehmen, an dem sich die Leiche befindet. Befindet sich eine Leiche an einem **ungeeigneten Ort**, z. B. im Freien, so soll die Leichenschau an einen geeigneten Ort verlegt werden (§ 4 Abs. 1 Sätze 2 und 3 BestattG). Wer bei einer derartigen Verlegung der Leiche nur den Tod feststellt und nicht die nachfolgende Leichenschau durchführt, hat in der Todesbescheinigung zumindest Angaben zu den Nummern 2 bis 5, 9 und 21 zu machen.

Wer sich durch die Leichenschau hinsichtlich einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit selbst oder einen Angehörigen der **Gefahr einer Verfolgung** aussetzen würde, ist nicht zur Leichenschau verpflichtet, sondern

kann sich auf die Feststellung des Todes beschränken (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG). In der Todesbescheinigung sind dann Angaben zu den Nummern 1 bis 5, 9 und 21 zu machen.

Mit der Ausstellung der Todesbescheinigung wird entschieden, dass die Leiche zur Bestattung freigegeben wird. Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin/der Arzt die Leichenschau an der **vollständig entkleideten Leiche** unter Einbeziehung aller Körperregionen durchzuführen (§ 4 Abs. 2 BestattG).

Die amtliche **Todesursachenstatistik** wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geführt. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Krankheitsverlauf unter „Todesursache“ in seiner Kausalkette angegeben wird.

Für die Todesursachenstatistik ist eine genaue Angabe des Grundleidens und der Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod von großer Bedeutung.

Der **Vordruck** umfasst:

- Todesbescheinigung (fünffach)
- Umschlag 1 für die untere Gesundheitsbehörde
- Umschlag 2 für die zweite Leichenschau

**Im Interesse der Lesbarkeit ist das Formular in Blockschrift und mit Kugelschreiber auszufüllen. Bitte kräftig aufdrücken!**

Die Todesbescheinigung wird in **fünffacher Ausfertigung** (Blätter) im Durchschreibeverfahren ausgefüllt. Sie wird von der ärztlichen Person, die die Leichenschau durchgeführt hat und, soweit eine innere Leichenschau vorgenommen worden ist, von der ärztlichen Person, die die innere Leichenschau durchgeführt hat, unterschrieben und mit Datum und Uhrzeit versehen.

Die Ärztin oder der Arzt verschließt das erste und zweite Blatt der Todesbescheinigung in einen mit der Aufschrift „Über das Standesamt an die untere Gesundheitsbehörde“ versehenen Umschlag und händigt ihn zusammen mit Blatt drei derjenigen Person aus, die für die Bestattung sorgt oder deren Beauftragte oder Beauftragten. Die Exemplare werden einmal in der Mitte gefaltet und so in den Fensterumschlag (**Umschlag 1**) eingelegt, dass die Personalangaben (Familiename, Vorname) sichtbar sind. Die betreffende Person hat die Unterlagen unverzüglich dem für die Beurkundung des Sterbefalls zuständigen Standesamt vorzulegen. Blatt vier wird in den Fensterumschlag für Zwecke der zweiten Leichenschau (**Umschlag 2**) in gleicher Weise eingelegt und verbleibt bei der Leiche. Das fünfte Blatt verbleibt bei der ärztlichen Person.

Ist niemand zugegen, an den Umschlag 1 und Blatt drei ausgehändigt werden können, übergibt die Ärztin oder der Arzt die Unterlagen an die für den Auffindungs- oder Sterbeort zuständige Gemeinde.

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

Urheberrechtlich geschützt - Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

Vordruck Todesbescheinigung

03/15/0111/50 W. Kohlhammer GmbH (09060) Deutscher Gemeindeverlag GmbH www.kohlhammer.de Bestell-Fax: 0711 7863-8400 E-Mail: ogv@kohlhammer.de

|  |  |                          |  |   |   |   |  |
|--|--|--------------------------|--|---|---|---|--|
| 1. <b>Todesbescheinigung</b>   |  | Nicht vollständig wegen: |  | <input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst benachrichtigt wurde   | <input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG) | Blatt 1:<br>Untere Gesundheitsbehörde   |  |
| 2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname   |  |                          |  | Staatsangehörigkeit   |   | <b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>  |  |
| 3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer   |  |                          |  |   |   | Gemeinde-Nr. des Standesamtes   |  |
| 4. Geburtsdatum  |  |                          |  | Geburtsort, Kreis, ggf. Land  |   | Gemeinde-Nr. des Hauptwohntortes  |  |
| 5. Identifikation  |  |                          |  | Geschlecht  |   | Registernummer  |  |
|  |  |                          |  | <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich  |   |   |  |
|  |  |                          |  | <input type="checkbox"/> persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis / Pass <input type="checkbox"/> keine                         |   | Erdbestattung   |  |
| 6. Todeszeitpunkt  |  |                          |  | Tag   |   | Feuerbestattung   |  |
| falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.   |  |                          |  | Monat   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Jahr  |   |   |  |
|  |  |                          |  | Uhrzeit   |   |   |  |
| 7. Todeseintritt   |  |                          |  | Tag   |   |   |  |
| zwischen   |  |                          |  | Monat   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Jahr  |   |   |  |
|  |  |                          |  | Uhrzeit   |   |   |  |
|  |  |                          |  | und   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Tag   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Monat   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Jahr  |   |   |  |
|  |  |                          |  | Uhrzeit   |   |   |  |
| 8. Zeitpunkt der Leichenauffindung   |  |                          |  | Tag   |   |   |  |
| falls Angaben nach 6 oder 7 nicht möglich: - nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -   |  |                          |  | Monat   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Jahr  |   |   |  |
|  |  |                          |  | Uhrzeit   |   |   |  |
| 9. Sterbeort   |  |                          |  | 1 im Krankenhaus  |   | 2 zu Hause  |  |
|  |  |                          |  | 3 im Heim   |   | 4 Transport   |  |
|  |  |                          |  | 5 Sonstiger   |   |   |  |
|  |  |                          |  | Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sterbeort   |  |                          |  | Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort:  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)  |  |                          |  | weitere Angaben   |   |   |  |
| 10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?  |  |                          |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:  |   | Anhaltspunkt / Grund  |  |
| Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?   |  |                          |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:  |   |   |  |
| 11. Benachrichtigt wurde   |  |                          |  | Datum   |   | Uhrzeit   |  |
| 12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt   |  |                          |  | Name, Telefonnummer, Adresse  |   |   |  |
| 13. Warnhinweise   |  |                          |  | folgende Hinweise bestehen  |   |   |  |
| Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?   |  |                          |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:  |   |   |  |
| 14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?   |  |                          |  | folgende Hinweise bestehen  |   |   |  |
|  |  |                          |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:  |   |   |  |
| 15. Todesursache   |  |                          |  | Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw. sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt |   |   |  |
| I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand   |  |                          |  | a)  |   |   |  |
| vorausgegangene Ursachen   |  |                          |  | b) bedingt durch (Folge von)  |   |   |  |
| Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle   |  |                          |  | c) Grundleiden  |   |   |  |
| II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen   |  |                          |  |   |   |   |  |
| 16. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels  |  |                          |  |   |   |   |  |
| 17. Nur bei Unfällen   |  |                          |  | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall   |   | <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall |  |
| 18. Bei Frauen   |  |                          |  | a) Liegt eine Schwangerschaft vor?  |   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt   |  |
|  |  |                          |  | b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen?  |   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt   |  |
| 19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind  |  |                          |  | Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche   |   | Woche   |  |
|  |  |                          |  | Lebensdauer in vollendeten Stunden  |   | Stunden   |  |
|  |  |                          |  | Geburtsort  |   | unbekannt   |  |
| 20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g  |  |                          |  | Mehrlingsgeburt   |   | Länge bei Geburt  |  |
|  |  |                          |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |   | cm  |  |
|  |  |                          |  |   |   | Geburtsgewicht  |  |
|  |  |                          |  |   |   | g   |  |
| <b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen. |  |                          |  |   |   |   |  |
| 21. Vornahme einer inneren Leichenschau?   |  |                          |  | Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.  |  |                          |  |   |   |   |  |