



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
SACHSEN

Sächsische  
Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



# DIE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAU

Durchführung, Todesbescheinigung und Abrechnung



# INHALT

Vorwort .....	5
Hinweise zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau und zum Ausfüllen der Todesbescheinigung im Freistaat Sachsen .....	6
Aufgaben der Leichenschau .....	6
Todesart:	
- Natürlicher Tod.....	8
- Nicht natürlicher Tod .....	8
- Empfehlungen zur Bewertung der Todesart im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen .....	8
- Ungeklärte Todesart .....	9
Personalangaben.....	10
Sterbe- oder Auffindungsort.....	10
Sterbezeitpunkt oder Sterbezeitraum .....	11
Todesursache, klinischer Befund .....	11
Weitere Hinweise.....	12
Melde- und Informationspflichten .....	13
Abrechnung der Leichenschau .....	14
Gesetzliche Grundlagen (Auszug).....	17
Anlagen:	
- Arzt-Meldeformular .....	19
- Abbildungen.....	21



# VORWORT

Die Feststellung des Todes ist eine ärztliche Aufgabe, die nicht delegierbar ist. Zur Leichenschau ist zwingend ärztlicher Sachverstand notwendig. Sie ist eine häufig unangenehme Pflicht für jeden Arzt und steht immer wieder in der öffentlichen Kritik. Teilweise unberechtigt monieren die Medien eine angeblich schlechte Qualität der ärztlichen Leichenschau, aber auch Rechtsmediziner postulieren immer wieder erhebliche Defizite.

Da das Bestattungswesen Ländersache ist, hat beispielsweise das Bundesland Bremen seit 1. August 2017 verpflichtend eine „qualifizierte Leichenschau“ durch Rechtsmediziner beziehungsweise speziell fortgebildete Ärzte eingeführt, was jedoch teilweise zu erheblichen Wartezeiten führt. In München ließ sich durch ein forciertes Fortbildungsangebot für Ärzte zumindest die fälschliche Bewertung als „natürlicher Tod“ signifikant senken. Rechtsmediziner plädieren schon lange für regelmäßige verpflichtende Fortbildungen für Mediziner.

Die Sächsische Landesärztekammer hat auf ihrem 28. Ärztetag im Juni 2018 einen Beschluss zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau verabschiedet, in dem die Fortbildung besonders gefördert wird. In Sachsen führen die Universitäten, die Kassenärztliche Vereinigung, viele Gesundheitsämter und weitere Einrichtungen schon jetzt eine Vielzahl von Fortbildungen zur Leichenschau durch. Dieses Angebot soll um ein 8-stündiges Curriculum der Sächsischen Landesärztekammer erweitert werden.

Wir möchten Ihnen ergänzend zu den Fortbildungen diese aktuelle und praxisnahe Broschüre zum Ausheften an die Hand geben, die Ihnen die Arbeit erleichtern soll. Wir bedanken uns an dieser Stelle ausdrücklich bei den Autoren Dr. med. Uwe Möbus, Gesundheitsamt Dresden, und Dr. med. Uwe Schmidt, Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Dresden, auf deren Initiative diese Broschüre zustande kam.

Dabei haben wir auch das leidige Thema „Abrechnung“ umfassend abgearbeitet. Uns allen ist bewusst, dass die GOÄ völlig veraltet und die Leichenschau in keinsten Weise aufwandsgerecht bewertet ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer bemühen sich derzeit erneut auf Bundesebene um eine Beschleunigung des Verfahrens beziehungsweise um ein Vorziehen der Überarbeitung des GOÄ-Bereichs zur Leichenschau. Bis dahin gelten die in dieser Broschüre aufgezeigten Regeln.

Erik Bodendieck  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Klaus Heckemann  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

# HINWEISE ZUR DURCHFÜHRUNG DER ÄRZTLICHEN LEICHENSCHAU UND ZUM AUSFÜLLEN DER TODESBESCHEINIGUNG IM FREISTAAT SACHSEN

Dr. med. Uwe Möbus\*, Dr. med. Uwe Schmidt\*\*

Durch die nachfolgenden, mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz Dresden abgestimmten Hinweise soll der Ärzteschaft eine Anleitung zur korrekten Durchführung der Leichenschau und Erstellung der Todesbescheinigung an die Hand gegeben und zugleich die Qualität der Todesbescheinigungen verbessert werden.

Bei der Prüfung der Todesbescheinigungen durch das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden auf Plausibilität und Vollständigkeit der vom Arzt nach der Leichenschau vorgenommenen Eintragungen fiel unter anderem auf, dass eine nicht geringe Anzahl der Todesbescheinigungen nicht nur unvollständig sondern auch nicht korrekt ausgefüllt waren. Dies betraf einerseits die Angabe zur Todesursache (zum Beispiel „Lebensende“ beziehungsweise „Tod“) einschließlich der aufgeführten Kausalketten (zum Beispiel Ia Mammakarzinom, Ib Hirnmetastasen, Ia Mammakarzinom) und andererseits die Festlegung der Todesart (zum Beispiel „Tod infolge Zugüberfahung“ → Kreuz bei „natürlicher Tod“).

Bei der zweiten Leichenschau vor Einäscherung (durch einen Facharzt für Rechtsmedizin) im Krematorium Dresden-Tolkewitz wurden teilweise erhebliche Diskrepanzen zwischen den Befunden am Leichnam und der dazugehörigen, formal korrekt ausgefüllten Todesbescheinigung festgestellt, die in der Folge bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod (zum Beispiel bei Hinweiszeichen für ein Ersticken und bei Schussverletzung) zur Meldung an die Polizei führten.

Nicht korrekt ausgestellte Todesbescheinigungen können unter anderem zur Nichtbeurkundung des Sterbefalles durch das Standesamt und bei fehlerhafter Festlegung der Todesart („natürlich“ statt „nicht natürlich“ beziehungsweise „ungeklärt“) im Nachgang noch zu polizeili-

chen Ermittlungen führen. Beides kann zur Folge haben, dass zunächst vereinbarte Bestattungstermine nicht eingehalten werden können.

Eine aktuelle Untersuchung aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Rostock<sup>1</sup> prüfte 10.000 Todesbescheinigungen (15,99 Prozent aller in diesem Zeitraum in Mecklenburg-Vorpommern Verstorbenen) im Rahmen der zweiten Leichenschau auf formale und inhaltliche Fehler. Selbst nach Bereinigung (zum Beispiel wurde die fehlende Angabe des Geburtsortes nicht mehr als formaler Fehler gewertet) konnten nur 1.037 fehlerfreie Todesbescheinigungen gezählt werden, die Gesamtsumme aller Fehler lag bei 27.037. Die Situation in Sachsen unterscheidet sich hiervon nach Erfahrung der Autoren nicht wesentlich.

## AUFGABEN DER LEICHENSCHAU

Die Feststellung des Todes ist eine gesetzlich festgelegte, ärztliche Aufgabe und erfolgt im Rahmen einer Leichenschau, das heißt der persönlichen Besichtigung und der sorgfältigen sowie vollständigen Untersuchung der Leiche. Hierbei sind folgende Aufgaben zu erfüllen:

- » Feststellung des Todes durch den Nachweis sicherer Todeszeichen (siehe Definition des Begriffs „Leiche“),
- » Feststellung des Sterbezeitpunktes/-raumes (Bedeutung unter anderem für Erbrecht),
- » Feststellung der Todesursache und davon abhängig Qualifikation der Todesart,
- » Feststellung der Identität des Verstorbenen,
- » vollständige und korrekte Ausfüllung der Todesbescheinigung,
- » Erfüllung der Melde- und Informationspflichten.

Die Todesbescheinigung ist nur für menschliche Leichen auszustellen.

\* Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt

\*\* Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Institut für Rechtsmedizin

<sup>1</sup> F. Zack et al.(2017): Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Eine Analyse von 10.000 Sterbefällen aus Mecklenburg. Rechtsmedizin 27 (6): 516-527

Eine menschliche Leiche im Sinne des Gesetzes (§ 9 Sächsisches Bestattungsgesetz [SächsBestG]) ist der Körper eines Menschen, der sichere Zeichen des Todes aufweist.

Sichere Todeszeichen sind:

- » Totenflecke,
- » Totenstarre,
- » Fäulnis/Verwesung,
- » Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind,
- » Hirntod (Dokumentation nur gemäß Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms gemäß der aktuellen Richtlinie der Bundesärztekammer).

Als menschliche Leiche gilt auch ein Körperteil, ohne den ein Lebender nicht weiterleben könnte, und ferner der Körper eines Neugeborenen, bei dem nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes, unabhängig vom Durchtrennen der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta,

1. entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (Lebendgeborenes) und das danach verstorben ist oder

2. keines der unter 1. genannten Lebenszeichen festzustellen war, das Geburtsgewicht jedoch mindestens 500 g betrug (Totgeborenes).

Unter den Leichenbegriff fällt auch ein menschliches Skelett, wenn die Identität festgestellt werden kann (zum Beispiel über DNA-Vergleichsuntersuchungen).

Eine Leibesfrucht mit einem Geburtsgewicht unter 500 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes keines der genannten Lebenszeichen festzustellen war (Fehlgeborenes), gilt nicht als menschliche Leiche im Sinne des SächsBestG.

Die Angaben zum zeitlichen Auftreten der sicheren Zeichen des Todes schwanken in der Literatur geringfügig. Nachfolgende Zeitangaben basieren auf der aktuellen AWMF-Leitlinie<sup>2</sup> 054/002 – Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau.

Totenflecke:

- » Beginn 15 bis 30 Minuten post mortem (p. m.),
- » Konfluktion circa 1 bis 2 Stunden p. m.,
- » volle Ausbildung circa 6 bis 8 Stunden p. m.,
- » Wegdrückbarkeit
  - vollständig auf Daumendruck bis ca. 20 Stunden p. m.
  - unvollständig auf scharfkantigen Druck (Pinzette) bis circa 36 Stunden p. m.,
- » Farbe „normal“ grau- bis blauviolett (Abb. 1), rötliche bei Kohlenmonoxidvergiftung/Unterkühlung (Abb. 2) (stets nicht natürlicher Tod!); bei Verdacht auf Kohlenmonoxid-Vergiftung sofortige Mitteilung an Polizei zur Aufdeckung der CO-Quelle und Beseitigung der Gefahr,
- » fast vollständiges Fehlen – hoher Blutverlust/hochgradige Anämie (Abb. 3).

Totenstarre:

- » Beginn (Kiefergelenk) 2 bis 4 Stunden p. m.,
- » vollständige Ausprägung nach circa 6 bis 8 Stunden p. m. (in Einzelfällen bis 19 Stunden p. m.),
- » Lösung stark abhängig von Umgebungstemperatur (Lösungsbeginn nach 2 bis 4 Tagen p. m. und später).

Die Durchführung der äußeren Leichenschau ist in § 13 Abs. 3 SächsBestG geregelt. Demnach ist die Leiche in der Regel an Ort und Stelle vollständig zu entkleiden und durch den Arzt unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere auch des Rückens, der Hals- und Nackenregion und der Kopfhaut, gründlich zu untersuchen. Dies setzt zum Beispiel die Entfernung von Verbänden und Pflastern voraus. Ferner sind die Körperöffnungen hinsichtlich Fremdinhalts (zum Beispiel Blut und Fremdkörper) zu inspizieren. Um mögliche wegweisende Gerüche wahrzunehmen, empfiehlt sich der Druck auf den linken Rippenbogenrand in der Medioklavikularlinie und ein „Riechen“ an Mund/Nase (zum Beispiel Alkoholvergiftung [aromatischer Geruch] und Blausäurevergiftung [Bittermandelgeruch]).

Die Auffindesituation und das Leichenumfeld (zum Beispiel Abschiedsbrief, Medikamente sowie Drogenutensilien) sind zur Beurteilung von Todesursache/Todesart mit einzubeziehen. Angehörige, Hausbewohner und Nachbarn sowie Personen, die den Verstorbenen während einer dem Tode vorausgegangenen Krankheit behandelt oder gepflegt haben, sind verpflichtet, dem Arzt auf Verlangen Auskunft über die Krankheit oder andere Gesundheitsschädigungen des Verstorbenen oder über sonstige

<sup>2</sup> AWMF= Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

für seinen Tod möglicherweise ursächliche Ereignisse zu erteilen (§ 13 Abs. 2 SächsBestG).

Ergeben sich bereits bei der ersten Inaugenscheinnahme der Leiche selbst oder in der Umgebung der Leiche offensichtliche Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, so ist auf eine Entkleidung zu verzichten und unverzüglich die Polizei zu informieren.

## **TODESART**

Mit der Zuordnung der Todesart entscheidet der leichenschauhaltende Arzt über mögliche polizeiliche Ermittlungen und versicherungsrechtliche Konsequenzen (zum Beispiel Tod als Unfallfolge). Deshalb muss diese mit größter Sorgfalt erfolgen.

Bei fahrlässig übersehenem Unfalltod (zum Beispiel Kohlenmonoxid-Vergiftung) kann der leichenschauhaltende Arzt bei nachfolgenden weiteren tödlichen Unfällen selben Ursprungs selbst wegen fahrlässiger Tötung angeklagt werden (zum Beispiel Amtsgericht Wennigsen, NJW 1989, S. 786).

## **NATÜRLICHER TOD (INNERE URSACHE – KRANKHEIT, MISSBILDUNG)**

Ein natürlicher Tod liegt vor, wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit (unter anderem aus Krankenunterlagen oder durch Befragung des vorbehandelnden Arztes) bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Ereignissen (zum Beispiel Unfall) plausibel erklären.

Beispiele siehe unter „Todesursache, klinischer Befund“ (Seite 11, Fall 1 bis 5, 13).

Diese Kategorie setzt eine vollständige Entkleidung des Leichnams voraus.

## **NICHT NATÜRLICHER TOD (ÄUSSERE URSACHE)**

Ein nicht natürlicher Tod liegt vor, wenn der Tod infolge einer äußeren Einwirkung (Unfall, Selbsttötung, Tod durch fremde Hand oder Komplikationen medizinischer Behandlungen) eintrat beziehungsweise der begründete Verdacht darauf besteht. Unerheblich ist der Zeitraum zwischen der äußeren Einwirkung und dem Tod, so lange ein Kausalzusammenhang besteht/vermutet wird (zum Beispiel Tod infolge einer bakteriellen Pneumonie bei apallischem Syndrom nach Polytrauma infolge Verkehrs-

unfall vor vier Jahren). Verschiedene typische Fallkonstellationen sind in Abb. 10 bis 24 sowie 27 und 28 dargestellt.

Gemäß SächsBestG zählt auch der unerwartete Tod während oder nach ärztlichen Eingriffen dazu. Eine Zeitspanne zwischen dem Eingriff und dem Todeseintritt ist im Gesetz nicht angegeben. Hintergrund ist die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, der darauf hinweist, dass jeder ärztliche Eingriff (egal, ob medikamentös oder invasiv) eine Körperverletzung darstellt. Wenn im Rahmen dieser „Körperverletzung“ ein Patient verstirbt, ist dies konsequenterweise tatbestandlich mindestens eine Körperverletzung mit Todesfolge.<sup>3</sup>

Einen Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod stellt zum Beispiel auch das Unterlassen von offensichtlich notwendigen medizinischen (diagnostischen/therapeutischen) Maßnahmen dar (Kodierung der äußeren Ursache der Schädigung mit Y63.6 und Y66).

Auch ein legaler Schwangerschaftsabbruch mit einem Gewicht von mindestens 500 g ist als „nicht natürlicher Tod“ zu klassifizieren und bei weiterer Klassifikation ist „Tod durch fremde Hand“ anzukreuzen.

Kann man das schädigende Ereignis (zum Beispiel Wespenstich) nicht hinweg denken, ohne dass der Schadenseintritt (Tod) zu diesem Zeitpunkt ausbleibt, ist von einem nicht natürlichen Tod auszugehen, zum Beispiel anaphylaktischer Schock nach Wespenstich.

Weitere Beispiele für den nicht natürlichen Tod siehe unter „Todesursache, klinischer Befund“ (Seite 11 bis 12, Fall 6 bis 12).

Gemäß § 13 Abs. 3 Satz 4 SächsBestG hat der Arzt bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod von einer Entkleidung des Leichnams abzusehen beziehungsweise bei Feststellen von Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod bei der Entkleidung diese abzuberechnen.

## **EMPFEHLUNGEN ZUR BEWERTUNG DER TODESART IM ZUSAMMENHANG MIT MEDIZINISCHEN MASSNAHMEN**

1. Tod nach geplantem operativen Eingriff/geplanter medizinischer Behandlung

» nicht natürlicher Tod: Folge des Eingriffs, Eingriff selbst bedingt den Verlauf oder es ergeben sich aus einem der

<sup>3</sup> M. A. Rothschild: Probleme bei der ärztlichen Leichenschau – Sicht der niedergelassenen Ärzte, der Klinikärzte, der Notärzte und der Polizei. Rechtsmedizin 19 (6): 407 – 412 (2009)



ärztlichen Behandlung vorausgehenden Geschehensablauf Hinweise auf einen nicht natürlichen Tod, zum Beispiel vorbestehende Carotisstenose, Einlage Stent mit Verletzung des Gefäßes, Thrombosierung des Gefäßes, Hirninfarkt

- » natürlicher Tod: schwere Grunderkrankung mit tendenziell infauster Prognose – schicksalhafter Verlauf, der Eingriff ist nicht kausal für den Todeseintritt, zum Beispiel A) operative Entfernung eines fortgeschritten metastasierten Kolonkarzinoms → Anastomoseninsuffizienz des Darmes bei Peritonealkarzinose → Peritonitis, Pneumonie ; B) AML → Z. n. Stammzelltransplantation → GVHD → Multiorganversagen

## 2. Notfalleingriff/-behandlung

- » nicht natürlicher Tod: Folge des Eingriffs, Eingriff selbst bedingt den Verlauf oder es ergeben sich aus einem der ärztlichen Behandlung vorausgehenden Geschehensablauf Hinweise auf einen nicht natürlichen Tod, zum Beispiel Oesophagusperforation bei Versorgung Oesophagusvarizenblutung infolge Leberzirrhose, Tod bei Mediastinitis als Perforationsfolge
- » natürlicher Tod: schicksalhafter Verlauf, der Eingriff ist nicht kausal für den Todeseintritt, zum Beispiel Operation eines spontan rupturierten thorakalen Aortenaneurysmas, Tod durch Verbluten beziehungsweise hypoxämische Hirnschädigung

## 3. Weiteres

- » Todesfälle im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen (zum Beispiel unerwartete intra-/postoperative Todesfälle, Todesfälle nach Impfung, Transfusion etc.) ohne Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder die Todesursache ist nicht bekannt – zur objektiven Todesursachenklärung – Todesart ungeklärt. Beachte: Der vorausgehende Geschehensablauf mit Hinweisen auf einen nicht natürlichen Tod (Unfall, Suizid, Tod durch fremde Hand etc.) ist zu berücksichtigen – dann nicht natürlicher Tod (zum Beispiel sturzbedingte Femurfraktur mit Immobilisation → Thrombose → Lungenthrombembolie).

Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod ist auf der Todesbescheinigung zusätzlich die Rubrik „Weitere Angaben zur Klassifikation bei nicht natürlichem Tod“ auszufüllen. Es ist ein Kreuz entweder bei Komplikationen medizinischer Behandlungen, bei Unfall, bei Tod durch fremde Hand, bei Selbsttötung oder bei Ereignis,

dessen nähere Umstände unbestimmt, zu setzen und das Feld „Äußere Ursache der Schädigung“ (zum Beispiel Sturz in der Häuslichkeit, Erhängen im Wald, akute Alkoholvergiftung im Park) auszufüllen. Bei einem Unfall ist zusätzlich die Unfallkategorie (zum Beispiel häuslicher Unfall, Verkehrsunfall) anzukreuzen.

Die Kodierung der „Äußeren Ursache der Schädigung“ erfolgt gemäß Kapitel XX der ICD-10-WHO.

### Gruppierung:

- » V01 – X59 Unfälle
- » X60 – X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung
- » X85 – Y09 Tätlicher Angriff
- » Y10 – Y34 Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
- » Y35 – Y36 gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
- » Y40 – Y84 Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
- » Y85 – Y89 Folgezustände äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität
- » Y90 – Y98 Zusätzliche Faktoren mit Bezug auf anderenorts klassifizierte Ursachen von Morbidität und Mortalität

### Klassifikation des Ortes des Ereignisses:

- » W00 – Y34

Die Kodierung kann Probleme bereiten, da in der ICD-10-GM (German Modification)-Verzeichnissen das Kapitel XX stark gekürzt ist. Dann hat eine genauere verbale Beschreibung (zum Beispiel Pkw gegen Baum, Fahrer) zu erfolgen.

## **UNGEKLÄRTE TODESART (UNGEKLÄRT, OB NATÜRLICHER ODER NICHT NATÜRLICHER TOD)**

Unter Todesart ungeklärt versteht man, dass nach Abschluss der Leichenschau keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist sowie trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (zum Beispiel Unfall) plausibel erklären.

Bei ausgeprägten Fäulnisercheinungen beziehungsweise Mumifizierung (Abb. 7 bis 9) ist bei fehlenden Hinweisen auf einen nicht natürlichen Tod wegen der stark

eingeschränkten Beurteilbarkeit (keine Abgrenzung von möglichen Verletzungen/Stauungsblutungen) stets ungeklärte Todesart anzukreuzen (Todesursache in diesem Fall zum Beispiel unbekannt oder pathologisch-anatomisch nicht mehr feststellbar).

Die Diagnose „plötzlicher Säuglingstod“ (SIDS) sollte im Rahmen einer Leichenschau gar nicht oder nur als „Verdacht auf“ verwendet werden. Von einem plötzlichen Säuglingstod ist per Definition auszugehen, wenn der Säugling unerwartet während des Schlafes verstorben ist und eine sorgfältige postmortale Untersuchung (Obduktion einschließlich umfangreicher Zusatzuntersuchungen, Untersuchung der Auffindesituation und Durchsicht sämtlicher medizinischer Unterlagen) keine adäquate Todesursache nachweisen kann (Ausschlussdiagnose). Eine wesentliche Differentialdiagnose zum plötzlichen Säuglingstod stellt das nichtakzidentelle Schädel-Hirn-Trauma (sogenanntes Schütteltrauma) dar. Insofern ist im Rahmen der Leichenschau immer von einer ungeklärten Todesart auszugehen.

Auch bei dieser Kategorie ist die Leiche vollständig zu entkleiden.

Der leichenschauhaltende Arzt darf sich bei der Attestierung der Todesart nicht von Seiten Dritter unter Druck setzen lassen.

Nach Beendigung der Leichenschau an der unbedeckten Leiche (Beachte: Ausnahmen gemäß § 13 Abs. 3 SächsBestG) bei ausreichender Beleuchtung ist unverzüglich (nach juristischem Sprachgebrauch „ohne schuldhaftes Zögern“, das heißt, nur dringende nicht aufschiebbare Maßnahmen dürfen noch durchgeführt werden) eine Todesbescheinigung nach dem diesem Gesetz als Anlage 1 beigefügten Muster (§ 14 Abs. 1 SächsBestG) sorgfältig und für andere auch lesbar auszustellen. Spekulationen sind nicht einzutragen (bei letztlich unklarer Todesursache Angabe „Todesursache unbekannt, Todesart ungeklärt“)!

Die Todesbescheinigung muss zwingend über die verstorbene Person die nachfolgenden Angaben enthalten:

- » Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht;
- » minutengenauer Zeitpunkt des Todes, ein Sterbezeitraum darf nur angegeben werden, wenn der minutengenaue Todeszeitpunkt nicht bekannt ist;
- » Ort des Todes oder Auffindens;
- » Angaben über übertragbare Krankheiten oder radioaktive Verstrahlung;

- » Art des Todes (natürlich, nicht natürlich oder ungeklärt);
- » Angaben zur Krankheitsanamnese (kein Eintrag wie „siehe Epikrise“);
- » unmittelbare oder mittelbare Todesursachen sowie weitere wesentliche Krankheiten oder Veränderungen zur Zeit des Todes mit der vollständigen Textangabe und der Verschlüsselung nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10-WHO in der jeweils aktuellen Version;
- » bei Frauen: Angaben darüber, ob Anzeichen dafür vorliegen, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand;
- » bei Kindern, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt gestorben sind: Anzahl der Lebensstunden;
- » bei Totgeborenen und bei Kindern unter einem Jahr: Stätte der Geburt, Körpergewicht und -länge bei der Geburt, Angaben über das Vorliegen einer Mehrlingsgeburt und über Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft.

Generell sind die geforderten Angaben einzutragen und nicht Angaben wie „siehe oben“ oder „siehe unten“.

## PERSONALANGABEN

- » Identifizierung aufgrund eigener Kenntnis, nach Bild (zum Beispiel Personalausweis, Reisepass), nach Angaben von Angehörigen/Dritten, aufgrund besonderer Körpermerkmale (zum Beispiel Tätowierung, Zahnstatus),
- » Übernahme der Personenangaben aus amtlichem Dokument (zum Beispiel Personalausweis),
- » bei (fortgeschritten) fäulnisveränderten Leichen keine ungeprüfte Übernahme von Personenangaben aus vorliegenden amtlichen Dokumenten (bei der Leiche in einer Wohnung muss es sich nicht um die Leiche des dort gemeldeten Wohnungsinhabers handeln),
- » falls Identifizierung nicht möglich sein sollte, Benachrichtigung Polizei, Eintrag „unbekannt“ und Altersschätzung vorzugsweise im Feld Name, gegebenenfalls Geburtsname, Kreuz bei festgestelltem Geschlecht

## STERBE- ODER AUFFINDUNGORT

Besteht bei einer tot aufgefundenen Person Grund zu der Annahme, dass sie an einem anderen Ort als dem Auffindungsort verstorben ist, und ist der Sterbeort nicht ermittelt oder nicht ohne weiteres ermittelbar, ist der Auffindungsort anzugeben (Beispiel: in Pirna bei Stromkilometer 34,3 tot aus der Elbe geborgen).

## STERBEZEITPUNKT ODER STERBEZEITRAUM

Ist der Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar, ist der Sterbezeitraum anzugeben.

Beachte Nummer V. Zu § 14 SächsBestG – Todesbescheinigung der Verwaltungsvorschrift zum Sächsischen Bestattungsgesetz: Die Feststellung des Sterbezeitpunktes obliegt grundsätzlich dem Leichenschauarzt. Kann der Arzt den Sterbezeitpunkt nicht genau feststellen, ist der Zeitraum anzugeben, in dem der Tod eingetreten ist. Dazu ist vom Leichenschauarzt zu ermitteln, wann der Verstorbene zuletzt lebend gesehen worden ist. Der ermittelte Zeitpunkt und der Zeitpunkt, zu dem der Verstorbene tot aufgefunden worden ist, werden dann der Beurkundung zugrunde gelegt.

Bei bekanntem Sterbezeitpunkt beziehungsweise -zeitraum sind folgende Eintragungen möglich:

» am 20.03.2017, 05.57 Uhr,

» am 20.03.2017, zwischen 05.55 Uhr und 06.05 Uhr.

Bei bereits augenscheinlich längerer Leichenliegezeit ist das Zeitfenster zwischen mutmaßlich frühestmöglichem Versterben und dem Zeitpunkt der Auffindung anzugeben:

» zwischen dem 19.03.2017 um 07.00 Uhr und dem 20.03.2017 um 10.15 Uhr und

» zwischen dem 01.01.2017 zu unbekannter Uhrzeit und dem 20.03.2017 um 10.15 Uhr.

Bei der Zeitangabe ist jedes Kästchen auszufüllen (zum Beispiel Sterbezeitpunkt um 2 Uhr Angabe 02.00 Uhr).

Als Zeitangabe ist die Zeit von 00.00 Uhr (Zeit bis zur Vollendung der ersten Minute eines Tages) bis 23.59 Uhr (Zeit bis zur Vollendung der letzten Minute eines Tages) zu nutzen.

Infolge der mitteleuropäischen Sommerzeit ist bei der Angabe der doppelt erscheinenden Stunde am Ende der Sommerzeit der Großbuchstabe A für die erste und der Großbuchstabe B für die zweite Stunde zusätzlich hinzuzufügen (zum Beispiel 02.57 Uhr A).

## TODESURSACHE, KLINISCHER BEFUND

In der Rubrik „Todesursache, klinischer Befund“ sind keine Endzustände, wie beispielsweise Herzstillstand (I46.9), Herz-Kreislauf-Stillstand (I46.9) und Atemstillstand (R09.2), aber auch nicht Tod ohne Anwesenheit anderer Personen (R98) einzutragen. Bei den Eintragungen sollte es sich möglichst um eigenständige Krankheiten (Verletzungen) handeln. Die Eintragungen sollen von Ic Grundleiden über Ib als Folge von Grundleiden nach Ia Todesursache eine klare kausale Abfolge dokumentieren.

Beispiele natürlicher Tod:

1) Ia	Herzruptur mit Hämoperikard (akute Komplikation)	I23.0
Ib	akuter Vorderwandinfarkt	I21.0
Ic	KHK, 2-Gefäßerkrankung	I25.1
2) Ia	akute respiratorische Insuffizienz	J96.0
Ib	akut exacerbierte COPD	J44.1
Ic	chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	J44.9
3) Ia	Hirnblutung	I61.9
Ib	Hirnmetastasen	C79.3
Ic	Mammakarzinom	C50.9
4) Ia	Lungenembolie	I26.9
Ib	Immobilität*	R26.3
Ic	schwere Demenz	F03
5) Ia	Verbluten (hypovolämischer Schock)	R57.1
Ib	Oesophagusvarizenblutung	I85.0
Ic	alkoholische Leberzirrhose	K70.3

Beispiele nicht natürlicher Tod:

6) Ia	Aspirationspneumonie*	J69.0
Ib	Aspiration von Nahrung beim Füttern	T17.9
Ic	Demenz	F03
7) Ia	hypostatische Pneumonie	J18.2
Ib	apallisches Syndrom*	G93.8
Ic	Polytrauma	T07
8) Ia	Lungenembolie	I26.9
Ib	Immobilität*	R26.3
Ic	mediale Schenkelhalsfraktur	S72.0
9) Ia	Sepsis	A41.9
Ib	infizierter Sakraldekubitus 3. Grades bei Bettlägerigkeit*	L89.2
Ic	Beckenfraktur	S32.8
10) Ia	Verbluten (traumatisch-hämorrhagischer Schock)	T79.4
Ib	Kopfplatzwunde	S01.9

\* Immer Ursache der Immobilität, des apallischen Syndroms und der Aspirationspneumonie angeben; bei postoperativer Immobilität Angabe des Anlasses für die Operation (Krankheit beziehungsweise Verletzung).

Wesentliche Begleit leiden:

II Leberzirrhose K74.6

Bei fehlender Kausalkette (unmittelbar todesursächliches Ereignis) besteht unter anderem die nachfolgende Möglichkeit der Eintragung:

11) Ia Strangulation T71

nicht natürlicher Tod

12) Ia Polytrauma T07

nicht natürlicher Tod

13) Ia metastasiertes Bronchialkarzinom C34.9

natürlicher Tod

14) Ia ungeklärt R99

Unter II sind andere wesentliche Krankheiten (Verletzungen), die zum Tod beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache (Ia) oder dem Grundleiden (Ic) im Zusammenhang zu stehen, anzugeben (siehe Beispiel 10).

Es ist darauf zu achten, dass sich Krankheits-/Verletzungsdiagnosen nicht über mehrere Zeilen erstrecken.

Kann die Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit (nicht Krankheitsfeststellung) beziehungsweise Verletzung und Tod nicht festgestellt werden, ist dieser so genau wie möglich zu schätzen. Von den Zeilen Ic bis Ia sollte sich der Zeitraum verringern, aber auf keinen Fall zunehmen.

Die Diagnosekodierung der Todesursache hat gemäß der aktuellen ICD-10-WHO-Ausgabe (derzeit Version 2016) durch den leichenschauhaltenden Arzt zu erfolgen.

In der ambulanten und stationären Versorgung wird dagegen eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste modifizierte Fassung angewendet: die ICD-10-GM.

Nachfolgendes ist dabei zu beachten:

- » Kodierung so spezifisch wie möglich,
- » für primäre Kodierung Kode ohne Sonderzeichen (gegebenenfalls Punkt) beziehungsweise Kreuzkode (Ätiologie) nutzen,
- » nicht Sternkode (Manifestation) – Sekundärkode – verwenden:
  - Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ I, nicht entgleist E10.2 (nicht N08.3\*),

- Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom G20 (nicht F02.3\*),

» „Zustand nach ...“ Eintragung Originalzustand und spezifischen Folgezustand, Beispiel Mammakarzinom:

- Mammakarzinom, nach medizinischen Maßnahmen noch nachweisbar – C50.9,

- Mammakarzinom, nach medizinischen Maßnahmen nicht mehr nachweisbar, aber Beschwerden – Lymphödem I89.0 beziehungsweise Lymphödem nach Mastektomie I97.2,

- Mammakarzinom, nach medizinischen Maßnahmen nicht mehr nachweisbar, beschwerdefrei – Z85.3,

» bei Tod von Neugeborenen nicht Kodierung mit O (bezieht sich auf die Mutter), sondern im Allgemeinen mit P beziehungsweise angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien mit Q.

Die aktuelle ICD-10-WHO-Ausgabe ist im Internet auf der Homepage des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information unter [www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/) erreichbar.

Abkürzungen sollten, wenn möglich, nicht verwendet werden. Es sind nur amtliche Abkürzungen zu verwenden und falls sich hinter einer Abkürzung mehrere Krankheiten etc. verbergen können, sind diese auszusprechen (zum Beispiel HWI: 1. Hinterwandinfarkt und 2. Harnwegsinfektion).

Wird eine Diagnose im Bereich Ia bis Ic anhand der ICD-10-WHO mit S00 – T98 kodiert, so liegt immer ein nicht natürlicher Tod und bei R95 bis R99 eine ungeklärte Todesart vor!

## WEITERE HINWEISE

- » Bei „zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus“ genügt die Angabe des Krankenhauses, in dem die Person zuletzt behandelt wurde.
- » „Obduktion erforderlich“ ja/nein; Kreuz bei „ja“ – Obduktion könnte zur Aufklärung der Todesursache beitragen, eine Kostenübernahme für Obduktion ist damit nicht verbunden.
- » „Ort der Leichenschau“: gemeint ist die Ortschaft (zum Beispiel Sebnitz)!
- » Angabe einer Telefonnummer des leichenschauhaltenden Arztes für eventuelle Rückfragen durch Standesamt, Gesundheitsamt, Polizei etc.
- » Neben der Unterschrift immer lesbar den Namen schreiben (ideal Blockschrift) beziehungsweise Arztstempel.

- » Vorgenommene Korrekturen auf der Todesbescheinigung sind stets zu signieren.
- » Angaben nicht überstempeln.
- » Für die verstorbene Person wird nur eine Todesbescheinigung ausgestellt. Bei Ausstellung einer Zweitschrift bei Verlust der ersten Todesbescheinigung unbedingt Kennzeichnung als Zweitschrift und Information des zuständigen Gesundheitsamtes.
- » Ärzte, die sich im Rettungsdienstinsatz befinden, können sich auf die Feststellung des Todes und auf seine Dokumentation in einer amtlichen vorläufigen Todesbescheinigung beschränken. Rettungsdienst-/Notarztprotokoll verbleibt bei der Leiche. Genanntes Protokoll ist vom Leichenschauarzt zusammen mit Blatt 3 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung in einem Umschlag zu verschließen und verbleibt bei der Leiche (§ 12 Abs. 3 SächsBestG).
- » Weist die Leiche Zeichen radioaktiver Stoffe auf oder wird dies aufgrund einer radioaktiven Behandlung vermutet, so hat der Arzt dies auf der Todesbescheinigung und auf dem Sarg zu vermerken (§ 13 Abs. 6 SächsBestG).
- » Ausstellen von Todesbescheinigungen ist durch angehörige Ärzte zulässig.

Zu widerhandlungen gegen das Sächsische Bestattungsgesetz (unter anderem wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen den §§ 12 bis 14 als Arzt die Todesbescheinigung oder die vorläufige Todesbescheinigung nicht, nicht unverzüglich oder nicht mit der gebotenen Sorgfalt ausstellt) können als Ordnungswidrigkeit (§ 23 Abs. 1 SächsBestG) geahndet werden.

## MELDE- UND INFORMATIONSPFLICHTEN

- » Bei nicht natürlichem Tod, bei ungeklärter Todesart und bei einer unbekanntem Leiche Meldung an die zuständige Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft gemäß § 13 SächsBestG.
- » Bei „Tod infolge einer Infektionskrankheit“ (bei Eintrag dieser unter Ia bis Ic); ausgenommen AIDS (§ 1 Abs. 2 IfSGMeldeVO): Meldung an das zuständige Gesundheitsamt, Arzt-Meldeformular (siehe Anlage) beim Gesundheitsamt oder auf Webseite der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen ([www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA\\_HM\\_Arztmeldebogen\\_Formular.pdf](http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA_HM_Arztmeldebogen_Formular.pdf)), auf Todesbescheinigung, wenn bekannt, neben Erregerangabe auch Angabe des Untersuchungsmaterials (Blut, Serum, Liquor, Stuhl, ...).

Beachte: Hatte der Verstorbene an einer meldepflichtigen Krankheit im Sinne des § 6 IfSG gelitten oder besteht ein solcher Verdacht und ist zu befürchten, dass die Erreger dieser Krankheit durch den Umgang mit der Leiche verbreitet werden (Ansteckungsgefahr), hat der Arzt unverzüglich das Gesundheitsamt zu benachrichtigen und dafür zu sorgen, dass die Leiche, der Sarg und der Umschlag der Todesbescheinigung entsprechend gekennzeichnet werden (§13 Abs. 5 SächsBestG).

Gemäß den „Infektionsmedizinischen Empfehlungen zum Umgang mit hochinfektiösen Leichen und einem Massenansturm von Toten“ vom 16. Mai 2006 haben die durchführenden Ärzte bei der Leichenschau die erforderliche Schutzausrüstung (Schutzanzug, Handschuhe, Gesichtsschutz, Überschuhe, möglichst Einwegmaterialien) einzusetzen.

- » Bei „Tod infolge Krebserkrankung“ Meldung Todesfall an Vertrauensstelle des Gemeinsamen Krebsregisters gemäß § 3 Sächsisches Ausführungsgesetz zum Krebsregistergesetz (direkte Meldung oder Meldung über Tumorzentrum/Klinikregister).
- » Bei „Tod (auch Verdachtsfall) im Zusammenhang mit einer unerwünschten Arzneimittelwirkung“, Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle) ausfüllen; [www.akdae.de](http://www.akdae.de) → unerwünschte Arzneimittelwirkung melden. Zur Meldung → UAW-Berichtsbogen
- » Bei „Tod (auch Verdachtsfall) im Zusammenhang mit einer Impfung“, Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf Impfkomplication) nach IfSG ausfüllen; [www.akdae.de](http://www.akdae.de) → unerwünschte Arzneimittelwirkung melden. Zur Meldung → Impfschutz (IfSG)-Berichtsbogen.
- » Bei „Tod als Folge einer Erkrankung“, bei der zumindest der Verdacht besteht, dass sie auf Einwirkung gefährlicher Stoffe, gefährlicher Gemische, von Erzeugnissen, die gefährliche Stoffe oder Gemische freisetzen oder enthalten, oder von Biozidprodukten zurückgeht – Meldung an Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) in anonymisierter Form.
- » Bei „Tod (auch Verdachtsfall) infolge einer Berufskrankheit“ (siehe Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung), Meldung an die zuständige Berufsgenossenschaft – Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten gemäß § 202 SGB VII.

# ABRECHNUNG DER LEICHENSCHAU

Ass. jur. Michael Kratz\*

Die Abrechnung der Leichenschau nach GOÄ unterliegt bis zur abgeschlossenen Novellierung der GOÄ den leider völlig veralteten Regelungen und ist wie folgt durchzuführen [vgl. Randnummer (Rdnr.) 4 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100, Kommentar zur GOÄ von BRÜCK], siehe auch „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2015:

Wurden vor Eintritt des Todes andere berechnungsfähige Leistungen (zum Beispiel Hausbesuch, Wiederbelebungsversuch) erbracht, so können diese Leistungen bei zu Lebzeiten gesetzlich Krankenversicherten gegenüber der betreffenden Krankenkasse gemäß EBM (über die Kassenärztliche Vereinigung) abgerechnet werden. War im vorgenannten Fall der Verstorbene zu Lebzeiten nicht gesetzlich krankenversichert, so ist die Rechnung nach GOÄ zu erstellen und an die Erben zu richten. In diesem Fall werden die private Krankenversicherung und/oder Beihilfestellen die Kosten erstatten.

Kostenschuldner der Leichenschau sind die Bestattungspflichtigen nach § 10 Sächsisches Bestattungsgesetz, üblicherweise die Angehörigen. Die Gebühr für die Leistung nach GOÄ-Nr. 100 ist in jedem Fall von den Erben als sogenannte Gesamtrechtsnachfolger zu übernehmen, da weder die gesetzliche Krankenversicherung noch eine private Krankenversicherung oder Beihilfestellen für die Leistung nach Nr. 100 aufkommen. Als Rechnungsempfänger ist auf der ärztlichen Liquidation der Bestattungspflichtige, wenn bekannt der Erbe – nicht etwa der verstorbene Patient oder das Bestattungsunternehmen – anzugeben. Dies ist auch zivilrechtlich geboten, da der Verstorbene nicht mehr als Leistungsschuldner existent und das Bestattungsunternehmen nicht zahlungsverpflichtet ist.

Die Gebühr für die Leistung nach GOÄ-Nr. 100 – Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines – steht grundsätzlich dem Arzt zu, der die Leichenschau ausgeführt hat. Leistungsinhalt der Nr. 100 ist die sichere Feststellung des Todes mit anschließender Ausstellung des Amtlichen Leichenschauscheines.

Die Voraussetzungen, wonach eine privatärztliche Rechnung zu erstellen ist und auch zur Zahlung fällig wird,

sind in § 12 GOÄ geregelt. Danach wird die Vergütung fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Bei ausstehenden Honorarforderungen bzw. säumiger Zahlung hat der Arzt die Möglichkeit, ein gerichtliches Mahn- bzw. Inkassoverfahren einzuleiten.

Gemäß § 12 Abs. 2 muss die Rechnung insbesondere enthalten:

- » das Datum der Erbringung der Leistung,
- » bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
- » bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Mindestbetrag nach § 6 a,
- » bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
- » bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

Wird für erbrachte ärztliche Leistungen ein erhöhter Steigerungsfaktor entsprechend der in § 5 GOÄ definierten Gebührenrahmen gewählt, ist auf Folgendes hinzuweisen: Gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ sind die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen durch den Arzt zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.

In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen

\* Rechtsreferent der Sächsischen Landesärztekammer



werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen. Ferner ist § 12 Abs. 3 GOÄ zu beachten. Überschreitet danach eine berechnete Gebühr das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies, auf die einzelne Leistung bezogen, für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das Gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8-fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15-fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern.

Sofern vom Arzt erhöhte Steigerungsfaktoren bei der Berechnung von Gebührenpositionen gewählt werden, ist danach eine entsprechende Kurzbegründung in der ärztlichen Liquidation anzugeben.

Die zur Abrechnung kommenden Leistungen der Leichenschau unterliegen nicht der Umsatzsteuerpflicht. Derzeit besteht gemäß den Regelungen der GOÄ für die Durchführung der vollständigen ärztlichen Leichenschau nur die Möglichkeit, dem Hinterbliebenen

- » die GOÄ-Nr. 100, gegebenenfalls (in Ausnahmefällen) die GOÄ-Nr. 50,
  - » die GOÄ-Nrn. 102, 104, 105, 107 gemäß Abschnitt B VII. GOÄ Todesfeststellung,
  - » bei einer begründeten Berechnungsmöglichkeit zusätzlich die GOÄ-Nr. 50,
  - » Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62 (Abschnitt B V. GOÄ) und
  - » Wegegeld gemäß § 8, gegebenenfalls Reiseentschädigung gemäß § 9 GOÄ
- in Rechnung zu stellen.

In Abgrenzung dazu kann gemäß Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer eine vorläufige Todesbescheinigung mit der GOÄ-Nr. 70 analog für die „Ausstellung eines vorläufigen Leichenscheins“ abgerechnet werden sowie die vorläufige Leichenschau nach GOÄ-Nr. 7 (vgl. Rdnr. 7 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100, Kommentar zur GOÄ von BRÜCK, sowie Deutsches Ärzteblatt, Heft 25, 22. Januar 2001, S. A 1712).

Neben der GOÄ-Nr. 100 darf für die Untersuchung eines Toten auch keine andere Untersuchungsleistung des Gebührenverzeichnisses (zum Beispiel Nr. 7 oder 8)

berechnet werden. Dies gilt entsprechend für Gesprächsleistungen mit Angehörigen des Verstorbenen oder mit Dritten (zum Beispiel Pflegepersonal).

Eine Fremdanamnese nach GOÄ-Nr. 4 kann ebenfalls nicht berechnet werden, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung dieser „Fremdanamnese“ bereits verstorben war. Die Befragung der Angehörigen ist in diesem Fall Teil der Komplexleistung nach GOÄ-Nr. 100.

Davon zu unterscheiden sind jedoch Leistungen, die nach Zustandekommen eines eigenständigen Behandlungsvertrages bei Angehörigen erbracht werden, welche im Zusammenhang mit dem Ableben ihres Angehörigen oder Bekannten selbst behandlungsbedürftig geworden sind. Abzurechnen sind diese Leistungen gegenüber dem Behandelten.

Nach wie vor sieht die Verwaltungspraxis der Sächsischen Landesärztekammer vor, dass die Berechnung der GOÄ-Nr. 50 – Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung – neben der GOÄ-Nr. 100 nur in Ausnahmefällen, möglich ist.

In einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 22. Juni 2001, S. A 1711) wird dazu ausgeführt, „dass der Besuch nach GOÄ-Nr. 50 immer dann berechnungsfähig ist, wenn es sich nicht oder noch nicht um einen Toten handelt, wenn der Arzt sich zum Beispiel zu der Behandlung eines Kranken außerhalb seiner Arbeitsstätte beziehungsweise Wohnung begibt und zum Zeitpunkt der Anforderung des ‚Besuches‘ durch den Arzt (noch) nicht zweifelsfrei festzustellen war, ob der betreffende Patient bereits gestorben war oder nicht. Ob es sich um einen Kranken oder bereits um einen Verstorbenen handelt, bedarf im Regelfall sachverständiger Feststellung durch den Arzt. Dies gilt auch, wenn die Person bis zum Eintreffen des Arztes zwischenzeitlich gestorben ist und ärztliche Hilfe nicht mehr erforderlich war ...“.

In einer aktuellen Bekanntmachung der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt, Heft 18 vom 4. Mai 2018, S. A 898 (veröffentlicht unter [www.aerzteblatt.de/archiv/197765/Amtliche-Gebuehrenordnung-fuer-Aerzte-Beschluesse-des-Landgerichts-Kiel-zur-Unzulaessigkeit-der-Abrechnung-der-Besuchs-neben-der-Leichenschau-guehr](http://www.aerzteblatt.de/archiv/197765/Amtliche-Gebuehrenordnung-fuer-Aerzte-Beschluesse-des-Landgerichts-Kiel-zur-Unzulaessigkeit-der-Abrechnung-der-Besuchs-neben-der-Leichenschau-guehr)), die ausdrücklich zur Lektüre empfohlen wird, wird die gegenteilige Beurteilung der Gerichte formuliert.

Danach sei die Abrechnung der GOÄ-Nr. 50 neben der GOÄ-Nr. 100 unzulässig und begründe den Verdacht des Abrechnungsbetruges. Zu befinden hatte das Gericht allerdings über Sachverhalte, in denen der Arzt die GOÄ-Nr. 50 analog berechnete. Zwar schließt sich die Bundesärztekammer dieser Beurteilung nicht ausdrücklich an, doch sind die gerichtlichen Ausführungen unbedingt zu beachten.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat nach eingehender Diskussion bereits in seiner Sitzung vom 6. Juni 2001 folgenden Beschluss gefasst, der nach wie vor Gültigkeit hat:

„Neben der GOÄ-Nummer 100 ist eine Besuchsgebühr, sei es zu Lasten der Krankenversicherung oder der Erben des Patienten, in all denjenigen Fällen berechnungsfähig, bei denen der Tod zum Zeitpunkt der Anmeldung des Besuches nicht eindeutig feststellbar ist und der Arzt erst durch die Untersuchung den eingetretenen Tod feststellt. In allen anderen Fällen, in denen der Tod bei der Anmeldung des Besuches bereits eindeutig eingetreten ist (unter anderem Mordopfer, Wasserleiche) ist die Besuchsgebühr nicht berechnungsfähig.“

Regelmäßig wird daher bei eingehenden Liquidationen im jeweiligen Einzelfall geprüft, ob die Möglichkeit der Berechnung der GOÄ-Nr. 50 neben der GOÄ-Nr. 100 gerechtfertigt gewesen ist. Dazu wird der rechnung legende Arzt um seine Darlegungen zum Sachverhalt gebeten.

Kommt die Berechnung der GOÄ-Nr. 50 nicht in Betracht, besteht für den Arzt auch keine Möglichkeit, daneben Zuschlagleistungen gemäß Abschnitt B V. GOÄ (Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62) abzurechnen. Neben der GOÄ-Nr. 100 allein sind diese Zuschläge nicht berechnungsfähig.

Auch eine analoge Anwendung der GOÄ-Nr. 50 im Rahmen der Abrechnung der Leichenschau ist ausgeschlossen.

Einen höheren Aufwand beziehungsweise erschwerte Bedingungen bei der Durchführung der ärztlichen Leichenschau kann der Arzt, wie oben bereits erläutert, nur durch die Wahl eines erhöhten Steigerungsfaktors mit entsprechender Begründung auf der ärztlichen Liquidation geltend machen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die GOÄ-Nr. 56 nach den Bestimmungen der GOÄ im Zusammenhang

mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau gegenüber den Hinterbliebenen aus folgendem Grund nicht (auch nicht analog) berechnet werden darf:

Ist es im Zusammenhang mit der Durchführung der Leichenschau erforderlich, auf das Eintreffen der Kriminalpolizei zu warten, so ist die Möglichkeit zur Geltendmachung des Zeitaufwandes nur gegeben, wenn dieses Warten von der Kriminalpolizei selbst veranlasst wurde. Die Berechnung der Verweilgebühr nach Nr. 56 scheidet allerdings aus, da diese nur berechnungsfähig ist, wenn das Verweilen wegen der Erkrankung erforderlich war. Eine Entschädigung kann daher nur auf der Grundlage des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) gegenüber der Polizeibehörde erfolgen. Je nachdem, ob der Arzt als Zeuge oder als Sachverständiger herangezogen wird, ist die Zeit nach §§ 19 ff. JVEG oder §§ 8 ff. JVEG zu entschädigen (vgl. Rdnr. 6 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100).

Gemäß § 8 GOÄ kann der Arzt für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Ferner regeln die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B VII. GOÄ – Todesfeststellung, dass der Arzt für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 GOÄ berechnen kann, wenn er sich zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung begibt. Die verbindlichen Beträge für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes sind gemäß § 8 Abs. 1 Nrn. 1 bis 4 GOÄ ausgewiesen. Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxis.

Entsprechend Rdnr. 1 zu § 8 GOÄ sind Wegegebühren festgesetzte Entschädigungen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer auf den zurückgelegten Kilometer bezogenen Entschädigung (Kilometerpauschale) und einer auf einen bestimmten Umkreis um den Praxissitz unabhängig von den zurückgelegten Kilometern bezogenen Pauschale (Wegepauschale).

Wegegeld ist nicht nur Ersatz für Auslagen (Kosten, Fuhrwerk), sondern gilt auch den Zeitaufwand ab, der mit dem Zurücklegen der Wegstrecke von der Arztpraxis zum Aufenthaltsort des Patienten verbunden ist.

Das Wegegeld nach § 8 GOÄ gilt auch etwaige Kosten für das eigene Kraftfahrzeug des Arztes und für andere Ver-



kehrsmittel ab. Bis 25 Kilometer kann auch bei höheren Kosten des Verkehrsmittels (zum Beispiel Taxi) ein höherer Betrag nicht gefordert werden.

Bei der Berechnung von Leistungen für die Durchführung der ärztlichen Leichenschau ist auch zu berücksichtigen, ob bereits gegebenenfalls innerhalb des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes Kosten für den Transport an den Arzt gezahlt werden. In diesem Fall kann ein Wegegeld nicht nochmals gegenüber dem Hinterbliebenen eingefordert werden.

Bei der Berechnung von Auslagenersatz gemäß § 10 GOÄ für die Verwendung von Formularen für die Todesbescheinigung ist Folgendes zu beachten:  
Die Todesbescheinigung muss auf einem amtlichen Leichenschauvordruck erfolgen, dessen Ausstellung in der

Regel mit der GOÄ-Nr. 100 abgegolten ist (Rdnr. 3 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100). Sofern es sich im Einzelfall um individuell abzurechnende Formularkosten für den Leichenschauschein handeln sollte, können diese entsprechend einer Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 9. März 2004 nicht dem allgemeinen praxisbezogenen Bürobedarf, der zu den Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 GOÄ zählt, zugeordnet werden, sondern erfüllen die Kriterien von Auslagen im Sinne von § 10 GOÄ. Falls das Formular nicht von Dritten unentgeltlich bezogen wird, wäre daher eine gesonderte Berechnung der Formularkosten als Auslagenersatz entsprechend § 10 Abs. 1 GOÄ gerechtfertigt.

Daneben wird darauf aufmerksam gemacht, dass für die Versendung der Arztrechnung Versand- und Portokosten nicht berechnet werden können (§ 10 Abs. 3 GOÄ).

## GESETZLICHE GRUNDLAGEN (AUSZUG)

### a) Bundesgesetze

- » Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000, in der jeweils geltenden Fassung (aktuell 17. Juli 2017)

Quelle: [www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html)

- » Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung – IfSGMeldAnpV) vom 18. März 2016

Quelle: [www.gesetze-im-internet.de/ifsgmeldanpv/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/ifsgmeldanpv/index.html)

- » Gesetz zum Schutz vor gefährlichen Stoffen (Chemikaliengesetz - ChemG) vom 16. September 1980, zuletzt geändert 18. Juli 2017

Quelle: [www.gesetze-im-internet.de/chemg/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/chemg/index.html)

- » Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung vom 31. Oktober 1997, zuletzt geändert 10. Juli 2017

Quelle: [www.gesetze-im-internet.de/bkv/anlage\\_1.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bkv/anlage_1.html)

### b) Landesgesetze

- » Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (SächsBestG) vom 8. Juli 1994, das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 26. April 2018 geändert worden ist

Quelle: [www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4526-Saechsisches-Bestattungsgesetz](http://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4526-Saechsisches-Bestattungsgesetz)

- » Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Durchführung bestimmter Regelungen des Sächsischen Bestattungsgesetzes (VwV SächsBestG) vom 18. März 2011

Quelle: [www.revosax.sachsen.de/vorschrift/11981-VwV-SaechsBestG-](http://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/11981-VwV-SaechsBestG-)

- » Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) vom 3. Juni 2002, die zuletzt durch die Verordnung vom 9. November 2012 geändert worden ist

Quelle: [www.revosax.sachsen.de/vorschrift/1307-IfSGMeldeVO](http://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/1307-IfSGMeldeVO)

- » Sächsisches Krebsregisterausführungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007, das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 9. Juli 2014 geändert worden ist

Quelle: [www.revosax.sachsen.de/vorschrift/9551-Saechsisches-Krebsregisterausfuehrungsgesetz](http://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/9551-Saechsisches-Krebsregisterausfuehrungsgesetz)

## DANKSAGUNG

Wir bedanken uns bei Frau K. Haase, Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt und den Mitarbeitern des Standesamtes der Landeshauptstadt Dresden für die Unterstützung bei der Erstellung der Veröffentlichung.

Weiterhin geht unser Dank an das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz für die konstruktive Zusammenarbeit – insbesondere an Frau Cornelia Gerlach, Referentin für Friedhofs- und Bestattungswesen, Referat 21, Frau Heike Jäger, Sachbearbeiterin für Friedhofs- und Bestattungswesen, Referat 21, Frau Yvonne Olivier, Referatsleiterin Grundsatzangelegenheiten der Abteilung 2, Referat 21 und Frau Heidrun Böhm, Referatsleiterin Öffentlicher Gesundheitsdienst und Infektionsschutz, Referat 23.

Weitere Literatur bei den Autoren.

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Uwe Möbus

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden

Postfach 12 00 20, 01001 Dresden

E-Mail: [umoebus@dresden.de](mailto:umoebus@dresden.de)

Patient		<b>Arzt-Meldeformular</b> <i>Meldepflichtige Krankheiten</i> gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6, 8, 9, IfsgMeldAnpV §1 und der sächsischen IfSGMeldeVO §§ 1, 4*			
Name, Vorname, Hauptwohnsitz Kontaktdaten (Telefon, Email)  geb.am		An das Gesundheitsamt (Anschrift, Telefon, Fax)			
(derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend)		Meldung im Gesundheitsamt angenommen durch:			
		am	Uhrzeit	Fax <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>
				schriftlich <input type="checkbox"/>	E - mail <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
Erkrankung <input type="checkbox"/> Verdacht einer Erkrankung <input type="checkbox"/>					
Tod <input type="checkbox"/> Ausscheider <input type="checkbox"/>					
an/von (Krankheit/Erreger)					
erkrankt am: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr		Geburtsland/ Staatsangehörigkeit			
gestorben am: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr		derzeitige Tätigkeit			
Erste Arzt- konsultation: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr		Arbeitsstelle/ Gemeinschaftseinrichtung Telefon-Nr.			
Krankenhaus- einweisung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Einweisung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr		Anschrift und Kontaktdaten des Krankenhauses			
abgesondert zu Hause <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Für die klinische Diagnose relevante Symptome:					
Vorliegende labordiagnostische Daten:					
diagnostiziert am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr		durch Labor		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Labornummer	
<b>Impfstatus bei Meldung einer impfpräventablen Erkrankung</b>					
unbekannt <input type="checkbox"/>		unvollständig geimpft <input type="checkbox"/>		Anzahl der Impfungen: _____	
ungeimpft <input type="checkbox"/>		vollständig geimpft <input type="checkbox"/>		Datum der letzten Impfung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr	
<b>Epidemiologische Hinweise</b>			<b>Name, Anschrift und Kontaktdaten der Einrichtung</b>		
Tätigkeit in medizinischen Bereichen oder Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 oder 2 bzw. § 23 Abs. 5 IfSG			<input type="checkbox"/>		
Tätigkeit im Lebensmittelbereich (§ 42 Abs. 1 IfSG) (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera)			<input type="checkbox"/>		
Betreuung in Gemeinschaftseinrichtung (§ 33 IfSG)			<input type="checkbox"/>		
Blut-/Organ-/Geweibespende in den letzten 6 Monaten: ja nein unbekannt		Bei Tuberkulose, Hepatitis B und C: Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Jahr der Einreise			
Angehörige der Wohngemeinschaft, die in Lebensmittelbetrieben, medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten oder diese besuchen; Erkrankungen von Kontaktpersonen; Infektionsquelle: Person/Produkt/Auslandsaufenthalt					
Sofortmaßnahmen <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e (Schlüssel siehe Rückseite)		Datum, Unterschrift des Meldenden		Stempel (Anschrift, Telefon)	

\* Bundesgesetzblatt Teil I 2000, S. 1045-1077, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 13, 2016, S. 515, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49, 2017, S. 2615  
Sächs. Gesetz- und Verordnungsblatt 2002, S. 187 und 2011, S. 629  
Stand: November 2017

## Sofortmaßnahmen

werden vom meldenden Arzt sofort veranlasst. Sie gelten vorläufig, bis das Gesundheitsamt die Art, die Häufigkeit, den Umfang und den Zeitraum der Gültigkeit der angeordneten Maßnahmen bestätigt oder aufhebt.

### Für den Erkrankten:

- Entnahme von Untersuchungsmaterial vom Erkrankten
- Beobachtung oder Absonderung oder Tätigkeits- und Besuchsbeschränkungen oder –verbot
- Belehrung über das zweckmäßige Verhalten zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Erreger und die vorschriftsmäßige Durchführung der laufenden Desinfektion

### Für Personen aus der Umgebung des Erkrankten:

- Entnahme von Untersuchungsmaterial von der vermuteten Infektionsquelle bzw. Sicherstellung vermutlich kontaminierter Lebensmittel u. a.
- Beobachtung oder Absonderung oder Tätigkeits- und Besuchsbeschränkungen oder –verbot

Meldepflichtige Krankheit	V	E	T	A		V	E	T	A
Angeborene					Keuchhusten	+	+	+	
a) Cytomegalie		+	+		Legionellose		+	+	
b) Listeriose		+	+		Lepra		+	+	
c) Lues		+	+		Leptospirose				
d) Toxoplasmose		+	+		a) Weill'sche Krankheit		+	+	
e) Rötelnembryopathie	+	+	+		b) übrige Formen		+	+	
f) Varizellen einschl. des kongenitalen Varzellensyndroms		+	+		Listeriose		+	+	
Borreliose		+	+		Malaria		+	+	
Botulismus	+	+	+		Masern	+	+	+	
Brucellose		+	+		Meningitis/Enzephalitis				
Cholera	+	+	+	+	a) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	+	+	+	
Diphtherie	+	+	+	+	b) andere bakterielle Meningitiden nach Erreger		+	+	
Echinokokkose		+	+		c) Virus-Meningoenzephalitiden nach Erreger		+	+	
Enteritis infectiosa durch					d) übrige Formen		+	+	
a) Adenoviren	+ <sup>1)</sup>	+	+		Milzbrand	+	+	+	
b) Astroviren	+ <sup>1)</sup>	+	+		Mumps	+	+	+	
c) Campylobacter species	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Ornithose		+	+	
d) Clostridium difficile	+ <sup>1)</sup>	+	+		Paratyphus A, B und C	+	+	+	+
e) Coronaviren	+ <sup>1)</sup>	+	+		Pest	+	+	+	
f) Cryptosporidium parvum	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Pneumokokkenerkrankungen, weitere invasive		+	+	
g) Entamoeba histolytica	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Poliomyelitis	+	+	+	
h) Escherichia coli (enteropathogene, enterotoxische, enteroinvasive, enterohämorrhagische, enteroaggregierende und diffusadhärente)	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Q-Fieber		+	+	
i) Giardia lamblia	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Röteln	+	+	+	
j) Noroviren	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Rückfallfieber		+	+	
k) Rotaviren	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Scharlach		+	+	
l) Salmonella species	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Shigellenruhr	+ <sup>1)</sup>	+	+	+
m) Yersinia enterocolitica	+ <sup>1)</sup>	+	+	+	Tetanus		+	+	
n) übrige Formen einschl. mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung <sup>2)</sup>	+ <sup>1)</sup>	+	+		Tollwut	+	+	+	
Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	+	+	+		Tollwutexposition				
Fleckfieber		+	+		Toxoplasmose		+	+	
Gasbrand/Gasoedem		+	+		Trichinose		+	+	
Gelbfieber		+	+		Tuberkulose (behandlungsbedürftig)		+	+	
Häufungen					Tularämie		+	+	
a) nosokomiale Infektionen (IfSG § 6 (3))	+	+	+		Typhus abdominalis	+	+	+	+
b) nach IfSG § 6 (1) 5.	+	+	+		Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	+	+	+	
Herpes zoster		+	+		Virushepatitis				
Humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditären Formen	+	+	+		a) Hepatitis A	+	+	+	
Influenza (Virusgrippe)		+	+		b) Hepatitis B	+	+	+	+
Zoonotische Influenza	+	+	+		c) Hepatitis C	+	+	+	+
					d) Hepatitis D	+	+	+	
					e) Hepatitis E	+	+	+	
					f) übrige Formen	+	+	+	
					Windpocken	+	+	+	
					Übrige Infektionskrankheiten ausgenommen AIDS				+

Legende: V = Verdacht E = Erkrankung T = Tod A = Ausscheider

<sup>1)</sup> Der Verdacht ist meldepflichtig, wenn  
a) eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des IfSG § 42 (1) ausübt,  
b) zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird (IfSG § 6 Abs. 1, Pkt. 2)

<sup>2)</sup> Zu den übrigen Formen einschließlich mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen gehören auch Erkrankungen durch unspezifische bakterielle Erreger (z. B. C. perfringens, B. cereus, Citrobacter, Proteus) sowie Erkrankungen durch Stoffwechselprodukte wie mikrobielle Toxine (z. B. Staphylokokken-Enterotoxin).

**ABBILDUNGEN:****ZEICHEN DES TODES**

Abb. 1: Blaurote Totenflecke, einer Rückenlage entsprechend.



Abb. 2: Hellrote Totenflecken bei CO-Intoxikation.





Abb. 3: Gering ausgebildete Totenflecke bei Verbluten nach Halsschnittverletzung.



Abb. 4: Bräunlich-streifige Vertrocknung der Sklera (postmortale Entstehung).



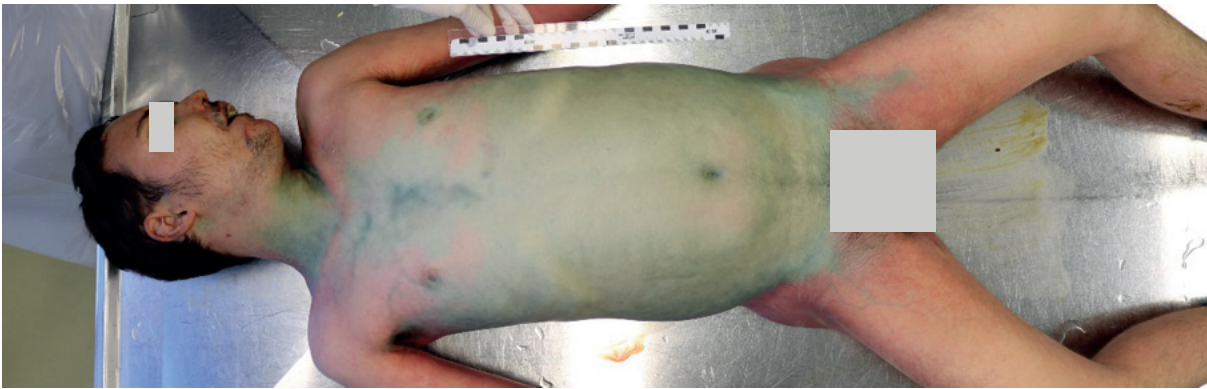


Abb. 5: Fäulnisbedingte grünliche Verfärbung der vorderen Rumpfwand.



Abb. 6: Ausbildung von Fäulnisblasen und Ablösung oberster Hautschichten.





Abb. 7: Mäßiger Madenbefall bei Fäulnis.



Abb. 8: Teilskelettierung des Schädels durch Madenfraß bei Fäulnis.





Abb. 9: Fortgeschrittene Mumifikation.

### GEWALT GEGEN DEN HALS (WÜRGEN)



Abb. 10: Streifige Hautabschürfungen und Unterblutungen der Halshaut.





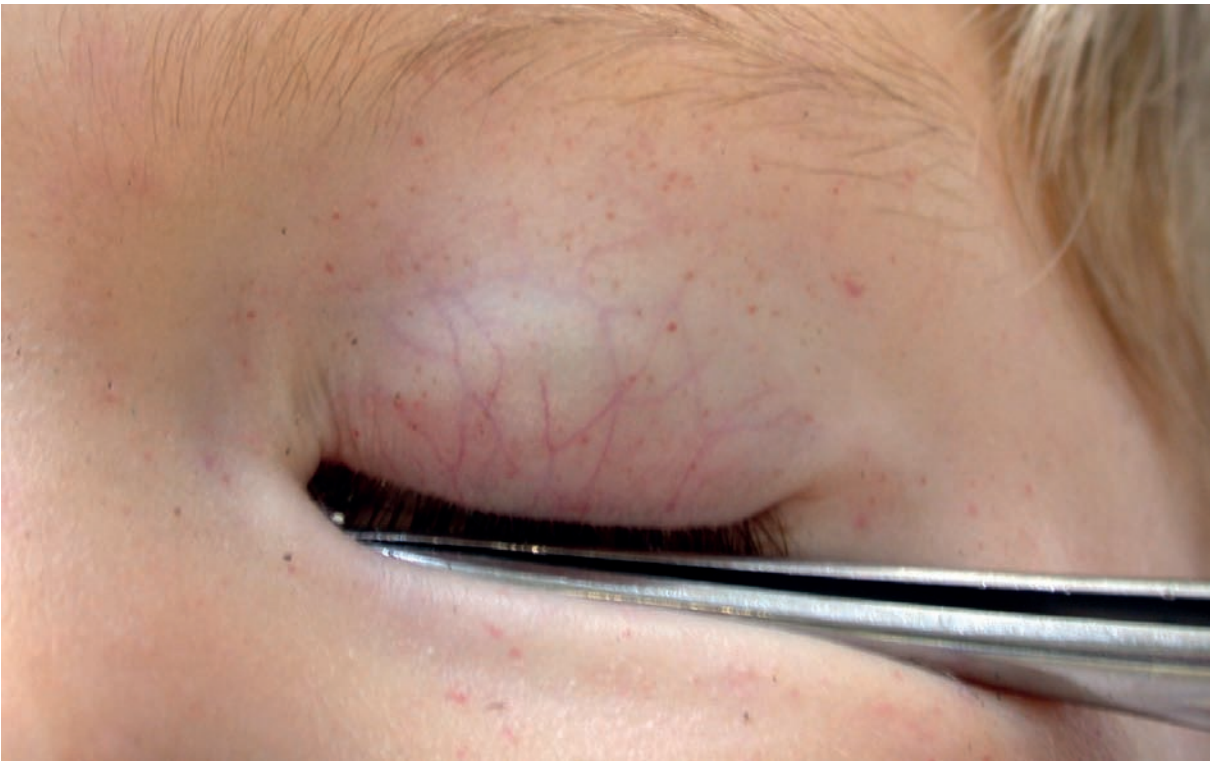


Abb. 13: Petechiale Einblutungen von Augenober- und -unterlid (Erhängungsunfall).



Abb. 14: Petechiale Einblutungen der Mundvorhofschleimhaut (Erhängungsunfall).

## SCHARFE GEWALT



Abb. 15: Schnittverletzung (Sturz durch Glastür mit nachfolgendem Verbluten).



Abb. 16: Stichverletzung des Halses (Suizid; Wundränder bereits vertrocknet).





Abb. 17: Stichverletzungen im Oberbauch (Suizid; Wundränder bereits vertrocknet).



Abb. 18: Schnittverletzung linker Unterarm (Suizid; Wundränder bereits vertrocknet).

**SCHUSS**

Abb. 19: Einschussverletzung am harten Gaumen (Suizid mit Revolver).



Abb. 20: Einschuss in der rechten Schläfe (erkennbarer Abdruck der Mündung – sogenannte Stanzmarke; siehe kleines Vergleichsbild)





Abb. 21: Ausschussverletzung (gleicher Fall wie Abbildung 20).



Abb. 22: Schussverletzung mit Bolzenschussgerät.



**STROMMARKE**

Abb. 23: Strommarken an beiden Händen (Arbeitsunfall; Spannung 220 V).

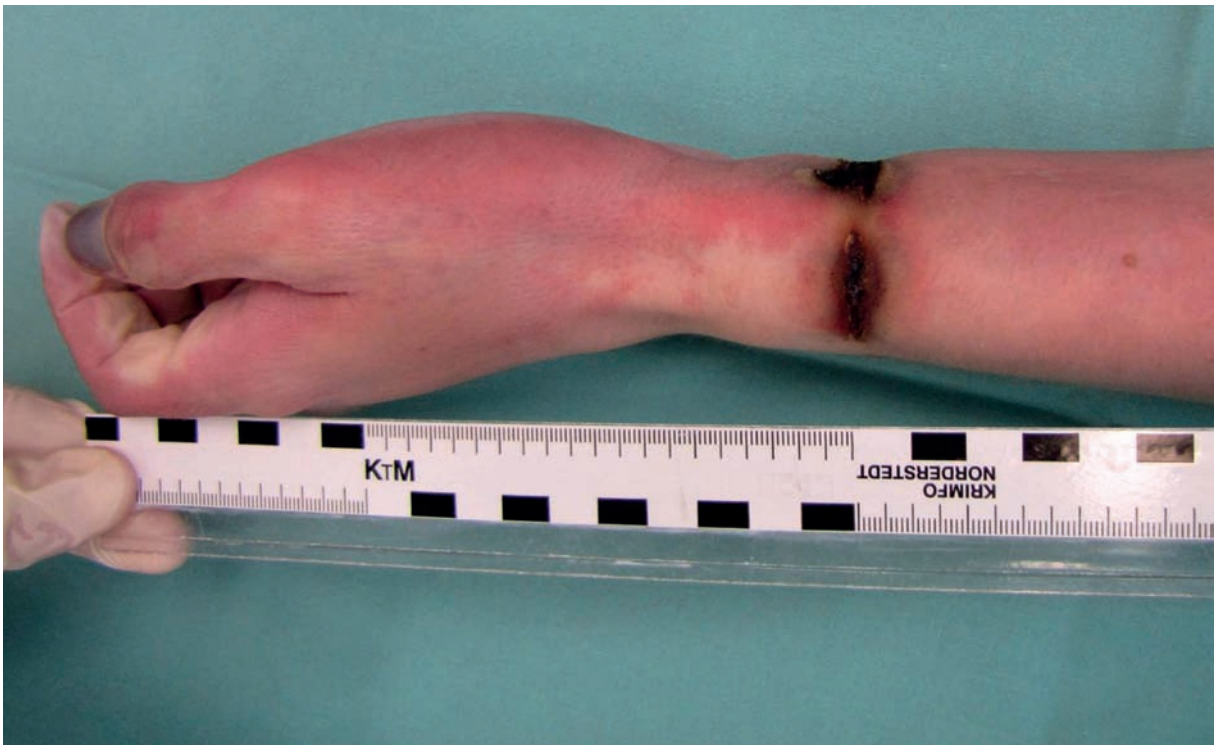


Abb. 24: Bandförmige Strommarke im Handgelenksbereich (Suizid mit Kabelumwicklung).



**POSTMORTALE TIERFRASSVERLETZUNG**

Abb. 25: Tierfraßverletzung an Kinn und linkem Ohr.



Abb. 26: Tierfraßverletzung rechte Hohlhand (Ameisen).

## GEFORMTE VERLETZUNGEN



Abb. 27: Stockschlagverletzung rechte Flanke.

## POSTMORTALE VERÄNDERUNGEN



Abb. 28: Waschhautbildung nach Ertrinken.





© Veröffentlichung von Texten, Bildern und Grafiken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Bildnachweise:

Titelbild: © Ralf Roletschek/www.fahrradmonteur.de

alle anderen Abbildungen: © Institut für Rechtsmedizin Dresden

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Satz: Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG, Gießen

Dresden, 2018

