

**Erste Durchführungsbestimmung
zur Verordnung über die Einführung eines Krankheits- und
Todesursachen-Verzeichnisses**

Vom 17. Januar 1952

§ 1

Gemäß § 6 der Verordnung vom 17. Januar 1952 über die Einführung eines Krankheits- und Todesursachen-Verzeichnisses (GBl. S. 79) wird folgendes bestimmt:

(1) Das Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen ist nur für den Arbeitsgebrauch bestimmt. Die Aufbewahrung ist so vorzunehmen, daß ein Mißbrauch oder Verlust vermieden wird.

(2) Das Verzeichnis wird in der erforderlichen Anzahl an die zuständigen Stellen nach den Anweisungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik zum dienstlichen Gebrauch ausgegeben. Die einzelnen Ausfertigungen des Verzeichnisses bleiben Eigentum des Ministeriums für Gesundheitswesen der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik und können jederzeit zurückgenommen werden.

§ 2

Bei Feststellung, Registrierung, Berichterstattung von Krankheiten und Todesursachen ist gleichzeitig die entsprechende Schlüsselzahl anzugeben, soweit nicht etwas anderes bestimmt wird. Die Schlüsselzahl ist nur unter Berücksichtigung der gleichfalls zutreffenden Schlußdiagnose oder Todesursache einzusetzen.

§ 3

Die Feststellung der zutreffenden Grundkrankheit ist von entscheidender Bedeutung bei der poliklinischen und klinischen wie auch bei der pathologisch-anatomischen Diagnose. Die Aussonderung der Begleitkrankheiten und Komplikationen muß vom Arzt vorgenommen werden, um eine Schlüsselzahl für das Grundleiden oder die ursprüngliche Todesursache zu registrieren.

§ 4

(1) Ambulante Einrichtungen im Sinne § 3 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung sind sämtliche Polikliniken und Ambulanzen, mit Ärzten besetzte Betriebsärztlichen Stellen sowie sämtliche Beratungsstellen des Gesundheitswesens.

(2) Stationäre Einrichtungen im Sinne § 3 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung sind sämtliche Krankenhäuser, Spezialkrankenhäuser, die Universitätskliniken, Sanatorien, Heilstätten, Kurheime, Heil- und Pflegeanstalten sowie halbstationäre Einrichtungen (wie Tages- und Nachtliegestätten, Nachtsanatorien, Sanatoriumsgruppen an Kinderkrippen, Kindererholungsheime mit ärztlicher Zielsetzung).

(3) Zu den stationären und ambulanten Einrichtungen zählen auch private und konfessionelle Einrichtungen.

§ 5

(1) Auf jedem Arbeitsbefreiungsschein ist vom behandelnden Arzt neben der Schlußdiagnose die entsprechende Schlüsselzahl einzutragen. Auf dem Versichertenalausweis ist nur die Schlüsselzahl anzugeben.

(2) Ärztekommisionen sind verpflichtet, in den Sitzungsprotokollen zur Feststellung des Grundleidens, der Invalidität, der Unfallfolge, Berufskrankheit, Krankheit, die eine Kurverschickung oder ein Heilverfahren erforderlich macht, die Schlüsselzahl einzutragen.

§ 6

(1) Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und des vorbeugenden Gesundheitsschutzes sind Ärztekommisionen der Abteilungen Gesundheitswesen der Kreise für gutachtliche Feststellungen zu bilden. Sie sind zu errichten in:

- a) Krankenhäusern, Spezialkrankenhäusern, Universitätskliniken, Sanatorien, Heilstätten, Heil- und Pflegeanstalten,
 - b) Polikliniken, Betriebspolikliniken, Ambulanzen an Krankenhäusern.
- Die Ärztekommisionen setzen sich zusammen aus drei Ärzten, von denen einer Leiter oder stellvertretender Leiter einer der vorstehend genannten Einrichtungen, Leiter einer Abteilung oder stellvertretender Leiter in einer solchen Einrichtung sein muß und den Vorsitz führt. Erforderlichenfalls entscheidet die Stimmenmehrheit der Mitglieder der Ärztekommision. Die Ernennung und Abberufung der Mitglieder der Ärztekommision erfolgt durch den zuständigen Kreisarzt.

(2) Die Ärztekommisionen haben in folgenden Angelegenheiten verantwortliche ärztliche Feststellungen zu treffen:

- a) Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Berufsumschulung, vorübergehenden oder dauernden Arbeitsplatzwechsel, vorübergehende oder dauernde, teilweise oder völlige Invalidität;
- b) Krankenhausbeobachtung zur Sicherung der Diagnose, Überweisung in ambulante oder stationäre fachliche Behandlung;
- c) Feststellung der Diagnose und Heilanzeigen für Kurverschickungen und Heilverfahren.

(3) Ärzte dürfen nicht als Mitglieder einer Ärztekommision die in ihrer eigenen ärztlichen Behandlung und Beobachtung befindlichen Personen begutachten. Der behandelnde Arzt kann jederzeit von der Ärztekommision vor ihrer endgültigen Feststellung gehört werden auf Verlangen

- a) des behandelnden Arztes,
- b) eines Mitgliedes der Ärztekommision,
- c) des Kranken.

§ 7

(1) Die Überweisung an die Ärztekommision erfolgt entsprechend den gesetzlichen Einzelvorschriften und den Anweisungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik. Sind die vorgelegten Unterlagen nicht ausreichend, so ist die Ärztekommision berechtigt, die notwendigen Ermittlungen zu treffen und die notwendigen Untersuchungen anzuordnen. Gegen die Anordnung der Untersuchung kann der Betroffene bei der Abteilung Gesundheitswesen des Kreises binnen drei Tagen Beschwerde erheben. Eine Entscheidung wird dann nach Anhören und Untersuchung des Betroffenen durch den Kreisarzt getroffen.

(2) Die Ärztekommisionen haben über die Untersuchungen und ihre gutachtlichen Feststellungen laufend Aufzeichnungen zu machen. Es sind Niederschriften über die in jeder Sitzung beurteilten Fälle zu machen, die von den Kommissionsmitgliedern zu unterzeichnen sind. Zur Protokollführung ist ein geeigneter und ständig verantwortlicher Angehöriger eines mittleren medizinischen Berufes zu bestimmen. Die Protokollführung erfolgt entsprechend dem anliegenden Muster.

§ 8

Bei jeder Sektion nach ambulanter Behandlung oder Sektion zur Feststellung der Todesursache bei Durchführung der Leichenschau soll der behandelnde Arzt nach Möglichkeit anwesend sein und ist rechtzeitig zu benachrichtigen. Bei den Sektionen nach stationärer Behandlung muß der behandelnde Arzt der stationären Einrichtung anwesend sein. Die Krankengeschichte ist vor der Sektion dem Prosektor in ordnungsgemäß abgefaßtem Zustand zu übergeben. Die ausführliche Diagnose der Grundkrankheit, der Komplikationen, Begleiterkrankungen ist einzusetzen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes zu versehen.

§ 9

(1) In den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens sind in Zusammenhang mit der Untersuchung und Behandlung kranker und gesunder Personen (z. B. bei Reihen- und Einstellungs-Untersuchungen) sofortige Aufzeichnungen in Karteikarten vorzunehmen.

(2) In den stationären Einrichtungen muß innerhalb der ersten drei Tage die Krankengeschichte angelegt sein.

Krankheitsvorgeschichte, Aufnahmebefund und eingeleitete Heilmaßnahmen, sowie eine vorläufige Diagnose sind innerhalb dieser Frist aufzuzeichnen.

(3) Nach Abschluß jeder stationären Behandlung ist die Krankengeschichte mit einem kurzen zusammenfassenden Bericht — aus dem Wesen und Verlauf der Krankheit klar zu ersehen ist — mit kritisch medizinischem Urteil (Epikrise) zu beenden. Sowohl im Falle der Entlassung wie auch im Falle des Todes ist dem einweisenden Arzt oder der einweisenden ambulanten Einrichtung innerhalb einer Woche ein abschließender Bericht mitzuteilen.

(4) Die Krankengeschichten sind in den Archiven der stationären Einrichtungen, getrennt nach Kalenderjahren, Geschlecht, Kindern bis zum beendeten 5. Lebensjahr, so abzulegen, daß

- a) eine monatliche Einordnung,
- b) eine Einordnung nach den zweistelligen Krankheitsgruppen des systematischen Verzeichnisses der Krankheiten und Todesursachen möglich ist.

(5) Eine entsprechende Suchkartei ist ab 1. Januar 1952 in allen stationären Einrichtungen einzuführen.

(6) Jede Krankengeschichte ist bei Abschluß der Behandlung am Kopfe der ersten Seite neben den Personalangaben mit der zutreffenden Diagnosen-Schlüsselzahl durch den behandelnden Arzt auszuzeichnen.

Berlin, den 17. Januar 1952

Ministerium für Gesundheitswesen
Steidle
Minister

Feststellungen der

Lfd. Nr.	Datum	Name und Vorname des Kranken Nummer und Ausstellungs- datum des vorliegenden Ar- beitsbefreiungsscheines	Geburts- datum Beruf	Anschrift

* B = bestätigt
F = Fehldiagnose
Ü = übersehene Diagnose
Ko = Kommissionsdiagnose
NA = ambulante Nachprüfung
NS = stationäre Nachprüfung

Ärztelkommission:

Vorliegende Diagnose Behandelnder Arzt (An- schrift bei freiberuflich tätigen Ärzten), Angabe der stationären oder am- bulanten Einrichtung	Dia- gnose*	Arbeits- unfähigkeit verlängert bis zum	Invali- dität	Kur- verschickung	Sonstige Feststellungen gemäß § 6 (2) a - c der Ersten Durchführungs- bestimmung

Die Bestimmungen über die ärztliche Leichenschau vom 9. März 1949 sind durch die 1. und 2. Anordnung zur Änderung der ärztlichen Leichenschau und durch die dazu ergangene Berichtigung für die Praxis etwas unübersichtlich geworden.

Zur Erleichterung der Arbeit des damit beschäftigten Personenkreises wird die

**Anordnung über die ärztliche Leichenschau
vom 9. März 1949**

nachstehend in einer Fassung veröffentlicht, die dem Stand vom 3. Dezember 1951 entspricht.

§ 1

(1) Jede menschliche Leiche ist binnen 24 Stunden nach Eintritt des Todes zwecks Feststellung des Todes und der Todesursache durch einen Arzt zu besichtigen (Leichenschau). Hierüber ist vom Arzt ein Totenschein auszustellen.

(2) Als menschliche Leiche gilt auch ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind, wenn es mindestens 35 cm lang ist.

§ 2

(1) Der Arzt hat den Totenschein dem Anzeigepflichtigen (§ 3) zwecks Anzeige und Beurkundung des Sterbefalles beim zuständigen Standesamt des Sterbeortes auszuhändigen, sofern nicht § 7 Abs. 2 entgegensteht.

(2) Wird der Totenschein gemäß § 7 Abs. 2 der zuständigen Verwaltungsstelle der Volkspolizei übermittelt, so obliegt dieser die Anzeige des Sterbefalles, nachdem der Staatsanwalt oder der Amtsrichter die Leiche zur Bestattung freigegeben hat.

(3) Die Bestattung einer Leiche ist nur nach Erteilung eines Bestattungsscheines zulässig.

(4) Der Bestattungsschein ist durch den Standesbeamten nach Beurkundung des Sterbefalles kostenlos zu erteilen.

§ 3

(1) Zur Benachrichtigung des Arztes, dem gemäß § 4 die Leichenschau obliegt, sind in nachstehender Reihenfolge verpflichtet:

- a) das Familienhaupt,
- b) derjenige, in dessen Wohnung sich der Sterbefall ereignet hat,
- c) jede Person, die bei dem Tode zugegen war oder von dem Sterbefall aus eigenem Wissen unterrichtet ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nur, wenn eine in der Reihenfolge früher genannte Person nicht vorhanden oder an der Benachrichtigung verhindert ist.

(2) Bei Sterbefällen in öffentlichen Kranken-, Entbindungs- oder ähnlichen Anstalten, in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, in Gefangenen-, Fürsorgeerziehungs- und ähnlichen Anstalten trifft die Benachrichtigungspflicht den Leiter der Anstalt.

(3) Die Benachrichtigung ist unverzüglich nach Erlangung der Kenntnis vom Eintritt des Todes vorzunehmen.

§ 4

(1) Zur Vornahme der Leichenschau und Ausstellung des Totenscheines ist derjenige Arzt verpflichtet, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorangegangenen Erkrankung behandelt hat, es sei denn, daß er aus triftigen Gründen an der Leichenschau verhindert ist.

(2) Ist ein solcher Arzt nicht vorhanden oder verhindert, so hat auf Verlangen einer im § 3 genannten Person oder der zuständigen Verwaltungsstelle der Volkspolizei

- a) die nächstliegende ambulante Behandlungsstelle einen ihrer Ärzte zur Vornahme der Leichenschau und Ausstellung des Totenscheines zu veranlassen,
- b) ein in der Nähe wohnender niedergelassener Arzt die Leichenschau vorzunehmen und den Totenschein auszustellen.

§ 5

Im Falle der Feuerbestattung bedarf der Bestattungsschein der Bestätigung des für den Sterbeort oder den Einäscherungsort zuständigen Kreis- oder Gerichtsarztes.

§ 6

Zur Tragung der Kosten der Leichenschau und der Ausstellung des Totenscheines sind in nachstehender Reihenfolge verpflichtet:

- a) derjenige, dem das Bestattungsgeld gemäß § 58 der Verordnung über die Sozialpflichtversicherung vom 28. Januar 1947 („Arbeit und Sozialfürsorge“, S. 91) ausgezahlt wird,

in dem der Sterbeort liegt, unverzüglich auf einem Vordruck nach dem Muster der Anlage C mitzuteilen.

§ 12

(1) Wird die Leichenschau nicht binnen 24 Stunden nach dem Eintritt des Todes vorgenommen, so veranlaßt die zuständige Polizeibehörde^{*)} oder der Standesbeamte durch diese Behörde^{*)} die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung des Totenscheines auf Kosten des zur Kostentragung Verpflichteten.

(2) Die Kosten werden von dem Verpflichteten (§ 6 Buchst. a oder b) im Verwaltungszwangsverfahren eingezogen.

§ 13

(1) In Orten, in denen eine öffentliche Leichenhalle zur Verfügung steht, ist jede Leiche binnen 24 Stunden nach dem Tode, jedoch nicht vor der Leichenschau, in die Halle überzuführen. Findet die Leichenschau später als 24 Stunden nach dem Tode statt, so ist die Überführung unverzüglich nach der Leichenschau vorzunehmen.

(2) Auf Antrag eines Angehörigen kann die zuständige Polizeibehörde^{*)} die Aufbewahrung der Leiche im Sterbehaus genehmigen, wenn ein Arzt bescheinigt, daß Bedenken hiergegen nicht bestehen.

(3) Als öffentliche Leichenhalle im Sinne des Abs. 1 sind die Leichenhallen auf Friedhöfen und in Krematorien anzusehen. An die Stelle der öffentlichen Leichenhalle kann die Leichenhalle eines Krankenhauses treten.

§ 14

Mit Haft oder mit Geldstrafe bis zu 150,— DM wird bestraft, sofern nicht nach anderen Vorschriften eine schwerere Strafe angedroht ist,

- a) wer entgegen der Vorschrift des § 2 Abs. 3*) eine Leiche ohne Bestattungsschein bestattet,
- b) wer die ihm gemäß § 3 obliegende Pflicht zur Benachrichtigung des Arztes nicht erfüllt,
- c) der Arzt, der die ihm gemäß § 4 Abs. 2 und 3, § 5 Abs. 3 obliegende Pflicht zur Vornahme der Leichenschau und Ausstellung des Totenscheines nicht erfüllt,

^{*)} jetzt: Verwaltungsstelle der Volkspolizei

^{*)} jetzt: Verwaltungsstelle

^{*)} Berichtigt im GBl. Seite 1106, Anlage B und C bleiben unverändert in Kraft.
AO. über die ärztl. Leichenschau v. 9. März 1949 im ZVOBL. I S. 267
Erste Änderung zu dieser Anordnung v. 10. 10. 51 im GBl. S. 921
Zweite Änderung zu dieser Anordnung v. 20. 11. 51 im GBl. S. 1099

- d) der Arzt, der die ihm gemäß § 7 obliegenden Pflichten nicht oder ungenügend erfüllt.

§ 15

Die Vordrucke und Merkblätter gemäß den Anlagen A, B und C (§§ 9, 11) werden von den Ländern hergestellt, von den Landesgesundheitsämtern^{*)} an die Gesundheitsämter¹⁾ kostenlos versandt und von diesen den Ärzten und den im § 11 genannten Instituten in der erforderlichen Zahl unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

§ 16

Die Hauptverwaltung Gesundheitswesen der Deutschen Wirtschaftskommission^{*)} erläßt die erforderlichen Durchführungsbestimmungen.

§ 17

(1) Diese Anordnung tritt am 1. Juli 1949 in Kraft⁶⁾.

(2) Reichs- und landesgesetzliche Bestimmungen treten, soweit sie den Vorschriften dieser Anordnung widersprechen, mit dem gleichen Tage außer Kraft.

^{*)} jetzt: Ministerien für Gesundheitswesen der Länder

^{*)} Ministerium für Gesundheitswesen der DDR

⁶⁾ ab 1. 7. 49 sind die Bestimmungen in normaler Schrift in Kraft,
in fetter Schrift ab 18. 10. 51,
in kursiver Schrift ab 3. 12. 51

Totenschein
I. Vom Arzt auszufüllen¹⁾

1. a) Bei bekannten Toten:

(bei Frauen auch Geburtsname)

Name und Vorname:

Wohnung und Wohnort:

Geburtsdatum:

Der Tod ist eingetreten am

Bei Tod innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Geburt Lebensdauer in Stunden:

b) Bei unbekannten Toten: ²⁾
Geschlecht: männlich — weiblich ³⁾

Ungefährtes Alter: Jahre

Erkennungsmerkmale:

Die Leiche ist aufgefunden am

in

Der Tod ist wahrscheinlich eingetreten am

2. Wann (Tag und Stunde) und an welchem Ort wurde der Tod festgestellt? (Straße und Hausnummer oder Stelle genau bezeichnen)

3. Feststellungen zur Todesursache:

a) Grundleiden:

b) Folgekrankheiten:

c) Begleitkrankheiten:

d) Auf welches der unter a) bis c) genannten Leiden ist der Tod unmittelbar zurückzuführen?

Ist die Todesursache zweifelhaft? (evtl. Zweifel anführen)

Ist eine Leichenöffnung veranlaßt? Ja — Nein ³⁾

Wenn ja, bei welchem Institut oder Arzt?

Sind obige Feststellungen zur Todesursache bereits das Ergebnis der Leichensöffnung? Ja — Nein ³⁾

Liegt Unfall, Tod durch fremde Hand oder Selbstmord vor? ²⁾
(Nähere Umstände angeben)

4. Bezieht auf Grund der Leichenschau Verdacht auf nicht natürlichen Tod? ²⁾ Ja — Nein ³⁾
4. War der Unterschnote der behandelnde Arzt? Ja — nein ²⁾. Wenn nicht, wer war der letzte behandelnde Arzt? (Anschrift angeben):

..... den 19..... Eigenhändige Unterschrift:

(möglichst unter Stempelbedruck)

Telefon:

Wohnung des Arztes:

1) Bei der Ausfüllung des Totenscheines sind die Vorschriften des „Merkblautes für Ärzte über die Ausstellung von Totenscheinen“ zu beachten (Anlage B zur Anordnung vom 9. März 1949 über die ärztliche Leichenschau — ZVOBl. I, S. 267).

2) Die zuständige Verwaltungsstelle der Volkspolizei ist unter Beifügung des Totenscheines zu benachrichtigen.

3) Zutreffendes unterstreichen.

Zur Beachtung für den Anzeigepflichtigen!

Der Sterbefall ist umgehend dem zuständigen Standesamt des Sterbortes anzuzeigen. Der Totenschein und der Personalausweis des Verstorbenen sind abzugeben und Geburts- und Heiratskunde, gegebenenfalls Scheidungsurteil usw. mitzunehmen und vorzulegen.

II. Vom Standesbeamten auszufüllen

Nr. im Sterberegister:

Standesamt:

(Vom Standesbeamten abzutrennen)

Bestattungsschein

Standesamt den 19.....

Der / Die

geboren am in

zuletzt wohnhaft in ist am 19.....

in Straße Nr. verstorben.

Der Sterbefall ist unter Nr. beurkundet worden.

Die Bestattung²⁾ kann vom an erfolgen.

Der Standesbeamte

(Unterschrift und Dienststempel)

²⁾ Feuerbestattung ist nur zulässig, wenn umseitige kreisärztliche oder gerichtsarztliche Bescheinigung ausgestellt ist.

Rückseite des Bestattungsscheines

Kreis- oder gerichtsarztliche Bescheinigung³⁾

Die von mir vorgenommene Leichenschau ergab keine Bedenken gegen die Feuerbestattung des umseitig benannten Verstorbenen.

..... den

(Unterschrift des Arztes)

³⁾ Kann nur von einem nach § 5 Abs. 1 und 2 der Anordnung vom 9. März 1949 über die ärztliche Leichenschau (ZVOBl. I, S. 267) zuständigen oder ermächtigten Arzt ausgestellt werden.

Merkblatt für Ärzte
über die Ausstellung von Totenscheinen

I. Allgemeines

(1) Für die sowjetische Besatzungszone Deutschlands ist durch Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 9. März 1949 (ZVOBl. I S. 267) ein einheitlicher Totenschein eingeführt worden.

(2) Die Totenscheine dienen behördlichen Ermittlungen über einen Todesfall und bilden die Unterlage für die Eintragung in das standesamtliche Sterbeprotokoll und die Ausstellung eines Bestattungsscheines. Darüber hinaus ergeben sie das Material für die amtliche Todesursachenstatistik, aus der wichtige Erkenntnisse für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gewonnen werden.

(3) Diese bedeutsame Aufgabe kann nur gelingen, wenn die Ärzte die Totenscheine gewissenhaft ausfüllen. Die genaue Bezeichnung der festgestellten Todesursache erspart zeitraubende Rückfragen.

II. Feststellung der Todesursache

(1) Zur Feststellung der Todesursache enthält der Totenschein folgende Fragen:

- a) Grundleiden?
- b) Folgekrankheiten?
- c) Begleitkrankheiten?
- d) Auf welches der unter a) bis c) genannten Leiden ist der Tod unmittelbar zurückzuführen?

Die Krankheiten sind mit ihrem wissenschaftlichen Namen zu bezeichnen.

(2) Als „Grundleiden“ ist diejenige Krankheit aufzuführen, die im Rückblick als ursprüngliche Ursache des Todes anzusehen ist und die deshalb für die statistische Auszählung im allgemeinen maßgeblich sein soll, auch wenn sie nicht unmittelbar den Tod herbeigeführt hat.

(3) Bei „Folgekrankheiten“ handelt es sich um solche Krankheiten, die mit dem Grundleiden in innerem Zusammenhang stehen, während unter „Begleitkrankheiten“ solche zu verstehen sind, die unabhängig vom Grundleiden auftreten.

Beispiel:

- a) Grundleiden: Diphtherie,
- b) Folgekrankheiten: Myocarditis diphtherica, Gaumensegellähmung,
- c) Begleitkrankheiten: Bronchopneumonie,
- d) Unmittelbare Todesursache: Myocarditis diphtherica.

(4) Liegen gleichzeitig mehrere schwere Erkrankungen vor, so ist als Grundleiden diejenige schwere Erkrankung aufzuführen, die als eigentliche Ursache den Tod herbeigeführt hat. Z. B. ist bei Erkrankung eines Diabetikers an Magencarcinom in der Rubrik „Grundleiden“ dann Zuckerkrankheit anzugeben, wenn der Tod im Coma diabeticum eintrat; trat er dagegen im Stadium der Krebskachexie ein, so ist Magencarcinom als Grundleiden einzutragen. Im allgemeinen wird die schwerere vor der leichteren, die schwere akute Krankheit vor der chronischen als Grundleiden auszuwählen sein. Das Ausschlaggebende für die Bestimmung des Grundleidens bleibt, durch welchen Endzustand bedingt der Tod eingetreten ist, soweit eine solche klare Schlußdiagnose möglich ist.

(5) Es muß dem Arzt als persönlichem Beobachter des klinischen Verlaufs überlassen bleiben, durch Beantwortung der Frage zu d) zu entscheiden, welches der genannten Leiden als unmittelbare Todesursache anzusehen ist; erfahrungsgemäß werden oft natürliche Endzustände schwerer Erkrankungen, wie Herz- und Kreislaufschwäche, Lungenödem, Herzstillstand, Erschöpfung usw. bei der Beantwortung der Frage zu d) angegeben. Derartige Angaben sind für die Todesursachenstatistik unbrauchbar und daher zu vermeiden. Dasselbe gilt für Angaben wie Herzschlag, Gehirnschlag oder Schlaganfall ohne nähere Angaben. Liegt tatsächlich ein plötzlicher Herz- oder Hirntod ohne vorher wahrgenommene Krankheitszeichen vor, so ist dies ausdrücklich zu vermerken. Es dürfen unter d) nur Krankheiten aufgeführt werden, die unter a) bis c) bereits genannt sind. Ist bereits eine Leichenöffnung durchgeführt, so sind die entsprechenden Angaben auf Grund des Sektionsbefundes zu machen.

(6) Die Angabe „Altersschwäche“ in der Rubrik „Feststellungen zur Todesursache“ ist lediglich dann zulässig, wenn tatsächlich nur allgemeine Abnutzungserscheinungen vorliegen und keine besonderen Erkrankungen erkennbar sind, die zum Ableben führten; dies muß auf dem Schein ebenfalls hervorgehoben werden. Statistisch wird erst für Todesfälle jenseits des 65. Lebensjahres die Angabe „Altersschwäche“ als Todesursache zugelassen.

- (7) Unzulänglich sind allgemein gehaltene Angaben, wie:
Innere Leiden, Wassersucht, Blutung (ohne nähere Angabe)
usw. oder Magen-, Lungen-, Herz-, Leber-, Nieren-, Gehirn-,
Nervenleiden oder -krankheit, Tuberkulose, Krebs (ohne
nähere Angabe) usw.

Art und Sitz der Erkrankung müssen stets so genau wie möglich
bezeichnet werden. Ebenfalls ist zu unterscheiden, ob es sich um
ein akutes oder chronisches Leiden gehandelt hat. Angeborene
Leiden sind als solche zu kennzeichnen.

(8) Bei Todesfällen, die bei oder infolge einer
Operation eintreten, muß stets der Grund des Eingriffs, also
das vorliegende Leiden, angegeben werden, da dieses statistisch
als Todesursache gilt.

(9) Bei Narkosetod ist auch das Narkosemittel anzugeben.

(10) Handelt es sich um gewaltsamen Tod, so ist anzu-
geben, ob Unfall, Tod durch fremde Hand oder Selbstmord vor-
liegt. Die Art und Weise sowie die Ursache und die näheren Um-
stände des gewaltsamen Todes sind näher zu schildern. Bei Un-
fällen ist die als Unfallfolge hinzugetretene Todesursache anzu-
geben. Wenn es sich um einen Verkehrsunfall (insbesondere mit
oder durch Kraftwagen) oder um einen Betriebsunfall handelt, so
ist dies ausdrücklich zu vermerken. Unfall auf dem Wege von und
zum Betrieb gilt für die Todesursachenstatistik nicht als Betriebs-
unfall.

(11) Bei Selbstmord ist anzugeben, ob die Mitwirkung
einer dritten Person ausgeschlossen ist. Bestehen Zweifel, ob Tod
durch fremde Hand oder Selbstmord vorliegt, so ist hierauf be-
sonders hinzuweisen. Desgleichen sind Verletzungen und äußere
Anzeichen eines gewaltsamen Eingriffs einer anderen Person auf-
zuführen.

III. Schlußbestimmungen

(1) Lassen sich bestehende Zweifel durch die Ermittlungen, ins-
besondere durch Befragung der Angehörigen und fremder Personen
sowie des Arztes, der den Toten während einer dem Tode unmittel-
bar vorangegangenen Erkrankung, oder der Ärzte, die ihn während
der letzten drei Jahre behandelt haben, nicht beseitigen, so kann
der Arzt die Leichenöffnung vornehmen oder, falls er hierzu nicht
befugt ist, die Vornahme durch einen befugten Arzt auf schnell-
stem Wege (fernmündlich, durch Boten o. ä.) veranlassen; er soll
die Leichenöffnung insbesondere vornehmen bzw. veranlassen,
wenn der Tote möglicherweise an Krebs, Tuberkulose oder einer
Seuche im Sinne der Seuchengesetze gestorben ist.

(2) Die Zweifel bei der Bestimmung der Todesursache hat er
im Totenschein anzuführen und, sofern eine Todesursache nicht
genau zu ermitteln ist, den Zusatz „Näheres nicht festzustellen“
zu machen.

(3) Ungebräuchliche Abkürzungen, besonders lateinischer Wör-
ter, sowie unvollständige Angaben sind unzulässig. Auf leserliche
Handschrift ist größter Wert zu legen.

Anlage C
zu § 11 vorstehender Anordnung

Sektionskarte für die Todesursachenstatistik
(Diese Karte ist an das Statistische Landesamt des Landes, in dem der Sterbeprotokoll liegt, einzusenden.)

Pathologisches Institut

(Name des Pathologen)

den

A n

das Statistische Landesamt

in

Die Leiche des — der

, geboren am

verstorben am

in

, Kreis

zuletzt wohnhaft in

, Kreis

wurde am

obduziert.

(Rückseite der Sektionskarte)

Die klinische Diagnose lautet:

Auf Grund des Sektionsbefundes kommt folgende Krankheit als Todesursache hauptsächlich in Betracht 1):

Außerdem wurden folgende wichtige Nebensbefunde festgestellt:

(Die im Laufe eines Monats auffallenden Karten sind zu Beginn des folgenden Monats dem Statistischen Landesamt zuzustellen.)

(Stempel).

(Unterschrift)

1) Es ist diejenige Krankheit anzuführen, die im Rückblick als ursprüngliche Ursache des Todes anzusehen ist und die deshalb für die statistische Angabe im allgemeinen maßgeblich sein soll, auch wenn sie nicht unmittelbar den Tod herbeigeführt hat (sog. Grundleiden. Näheres siehe in dem "Merkblatt für Ärzte über die Ausstellung von Totenscheinen", Anlage B zur Anordnung über die ärztliche Leichensschau vom 9. März 1949 — ZVOB. I S. 267).

Beispiele zum vorstehenden Merkblatt:

1. Herzleiden:

Falsch: Herzschlag / Herzblutung / Herzschwäche / Altersschwäche o. n. A. 1)
Richtig: Coronar-Embolie / Herzblutung bei hochgradiger Fettsucht, Fettleber / Altersschwäche, keine besondere Erkrankung, nur allgemeine Abmagerungsscheinungen.

2. Gewächse:

Falsch: Gewächse / Tumor / Carcinom / Neoplasma o. n. A.
Richtig: Magenkarzinom / Oberschenkelarkom links / Gehirngliom / verjauchtes Uteruscarcinom / Nierenkarzinom mit Lungenmetastasen.

3. Tuberkulose:

Falsch: Lungenkrank / Brustleiden / Lungenkatarrh / Hirnhautentzündung / Bauchfellentzündung o. n. A.
Richtig: Produktiv caverneöse Oberlappentuberkulose links / Kehlkopftuberkulose / Coxitis tuberculoosa rechts / Meningitis tuberculoosa / Peritonitis tuberculoosa.

4. Andere Organleiden:

Falsch: Magen, Herz, Lungen-, Nieren-, Gehirn-, Rückenmarkleiden oder Krankheit / Asthma / Lungenentzündung / Geisteskrankheit / Blutkrankheit o. n. A.
Richtig: Typhus abdominalis / Endokarditis ulcerosa / chronischer Bronchialkatarrh / Lungenemphysem / arteriosklerotische Schrammpneumonie / Tabes dorsalis / Syringomyelie / Asthma cardiale / Asthma bronchiale / kroupöse Pneumonie / hypostatische Pneumonie / progressive Paralyse / circulares Irresin / perniziöse Anämie / lymphatische Leukämie / angeborene Pulmonalstenose.

5. Tödliche Folgen von Schwangerschaft, Fehl-, Frühgeburt, Entbindung, Kindbettfieber:

Falsch: Schwangerschaft / Fehlgeburt / Krämpfe / Peritonitis / Sepsis / Kindbettfieber o. n. A.
Richtig: Schwangerschafts-Eklampsie (4. Monat) / nicht fieberhafte Fehlgeburt (5. Monat), Plazentarreste, Blutung / schwere Geburt (hohe Zange) / Lungenembolie / septischer Abort (5. Monat) / verdröppelte Querlage, Kindbettfieber nach Geburt / verbotener Eingriff, Fehlgeburt, Sepsis.

6. Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane:

Falsch: Unterleibsentzündung / Frauenleiden / Geschlechtskrankheit o. n. A.
Richtig: Vereiterte Eierstockzyste, eitrige Peritonitis / chronische Gebärmutterentzündung (Metrorrhagie) / plötzliche Herzschwäche nach Enttarnung der Gebärmutter wegen eines Myoms / gonorrhöischer Beckenabszess vom Eileiter her / Sepsis gonorrhöica.

7. Gewalttamer Tod:

Falsch: Erschossen / Vergiftung / Sturz / Autounfall, Verkehrsunfall / Verätzung / erstickt / ertrunken / Brandwunden o. n. A.

Richtig: Beim Schmutzeln von Zolllenken erschoßen / Selbstmord durch Veronal / beim Kirdeapflücken von der Leiter gefallen, Schädelbruch (Brennschuss) / Beim Überschreiten der Fahrbahn vom Auto überfahren (schwere innere Verletzungen) / Einsetzen von Salpetersäuredämpfen durch Plätzen eines Gasballons (Betriebsunfall) / beim Wirtshausstreit durch Messerstich ins Herz getötet / beim Segeln ertrunken / Brandwunden durch Verbrennen mit Wasser (in einen Bottich mit heißem Wasser gefallen) usw.

1) = ohne nähere Angaben.

Anlage 1

Liste der Berufskrankheiten, die in der Sozialversicherung den Betriebsunfällen gleichgestellt sind

- B 1 Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen
- B 2 Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen
- B 3 Erkrankungen durch Phosphor oder seine Verbindungen
- B 4 Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen
- B 5 Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen
- B 6 Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen
- B 7 Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen
- B 8 Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen
- B 9 Erkrankungen durch Nitro- und Amino-
verbindungen des Benzols, seiner Ho-
mologen und deren Abkömmlinge
- B 10 Erkrankungen durch Methanol
- B 11 Erkrankungen durch Halogen-Kohlen-
wasserstoffe
- B 12 Erkrankungen durch Salpetersäure-
ester
- B 13 Erkrankungen durch Schwefelkohlen-
stoff
- B 14 Erkrankungen durch Schwefelwasser-
stoff
- B 15 Erkrankungen durch Kohlenoxyd
- B 16 Erkrankungen der Zähne durch Säuren

Mit Ausnahme von
Hauterkrankun-
gen. Diese gelten
als Berufskrank-
heit nur insoweit,
als sie Erschei-
nungen einer durch
Aufnahme der
schädigenden
Stoffe in den
Körper bedingten
Allgemeinerkran-
kung sind oder
gemäß Nr. 20 ent-
schädigt werden
müssen.

- B 17 Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und radioaktive
Stoffe
- B 18 Erkrankungen an Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigen-
den Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer, An-
thrazen, Pech und ähnliche Stoffe
- B 19 Erkrankungen an Krebs oder anderen Neubildungen sowie
Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromati-
sche Amine
- B 20 Berufliche Hauterkrankungen, die zum Wechsel des Be-
rufs oder zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit zwingen
- B 21 Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Preß-
luftwerkzeugen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und
Maschinen sowie durch Arbeit an Anklopfmachines
- B 22 Ermüdungsbrüche der Knochen
- B 23 Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft
- B 24 Erkrankungen der Schleimbeutel (Bursitis) der Gelenke
infolge ständigen Druckes oder ständiger Erschütterung der
entsprechenden Körperteile
- B 25 Chronische Erkrankungen der Sehnenscheiden, der Sehnen-
und Muskelansätze sowie der Bandscheiben und der
Menisken
- B 26 Drucklähmung der Nerven
- B 27 Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Bänder durch
Fluorverbindungen (Fluorose)
- B 28 Staublungenerkrankungen (Silikose oder Silikatose) mit
objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung
oder Kreislauf oder in Verbindung mit aktiver Lungen-
tuberkulose
- B 29 Asbeststaublungenerkrankungen (Asbestose) mit objektiv
feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreis-
lauf oder in Verbindung mit Lungenkrebs
- B 30 Erkrankungen an Lungenkrebs
- B 31 Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch
Thomasschlackenmehl
- B 32 Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch
Aluminium und seine Verbindungen
- B 33 Schneeberger Lungenkrankheit

- B 34 Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (Otitis interna)
- B 35 Grauer Star
- B 36 Hornhautschädigung des Auges durch Benzochinon
- B 37 Augenzittern der Bergleute
- B 38 Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch Ankylostomum duodenale oder Anguillula intestinalis
- B 39 Infektionskrankheiten
- B 40 Infektiöse Gelbsucht (Leptospirose), Bangsche Krankheit (Brucellose), Milzbrand, Rotz und andere von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten