



Die ärztliche Leichenschau

Die ärztliche Leichenschau ist beim Versterben jedes Menschen vorzunehmen. Rechtsgrundlagen sind v. a. das Berliner Bestattungsgesetz (BestG)¹ sowie die hierzu erlassene Durchführungsverordnung (DVO-BestG).²

1. Begriff der Leichenschau

Nach dem Berliner Bestattungsgesetz (BestG) ist jede Leiche zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesart und der Todesursache von einer Ärztin/einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau). Unter einem Leichnam ist der Körper eines Menschen nach zuverlässiger Feststellung des eingetretenen Todes zu verstehen. Als Leiche gilt auch der Körper eines Neugeborenen, wenn dieses entweder – ausweislich Herzschlags, Pulsierens der Nabelschnur oder natürlicher Lungenatmung – lebend geboren und nach der Geburt verstorben ist oder wenn das Geburtsgewicht ohne Vorliegen eines dieser Lebenszeichen mindestens 500 g betrug (Totgeburt).

2. Berechtigung und Verpflichtung zur Leichenschau

Zur Durchführung der Leichenschau berechtigt sind alle Ärztinnen und Ärzte. Eine Ausnahme gilt nur für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Verstorbenen i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie für dessen (sonstige) Verwandte bis zu einem bestimmten Verwandtschaftsgrad (vgl. im Einzelnen § 3 Abs. 4 BestG i. V. m. § 52 Abs. 1 Strafprozessordnung). Verpflichtet die Leichenschau vorzunehmen sind alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie bei Sterbefällen in Krankenhäusern alle dort tätigen Ärzte. Ärztinnen und Ärzte, die in der Notfallrettung tätig sind, können sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts und der äußeren Umstände beschränken (= vorläufige Totenbescheinigung, unten, 8.), wenn sie durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Notfallrettung gehindert werden (§ 3 Abs. 2 und 3 BestG).

3. Inhalt des Leichenschauscheins

Über die bei der Leichenschau getroffenen Feststellungen ist unter Verwendung des amtlichen Vordrucks ein Leichenschauschein auszustellen. Er besteht aus einem nicht vertraulichen Teil und einem vertraulichen Teil. In dem nicht vertraulichen Teil sind insbesondere Angaben zu den Personalien der oder des Verstorbenen, dem Todeszeitpunkt, dem Todesort und der Todesart (natürlicher Tod, nicht natürlicher Tod, Todesart ungewiss, dazu unten, 9.) sowie darüber zu machen, ob Anhaltspunkte für eine von der Leiche ausgehende Infektionsgefahr oder sonstige Gefahr vorliegen. Dieser Teil wird im Durchschreibeverfahren in den vertraulichen Teil übernommen. In dem vertraulichen Teil sind insbesondere die konkreten Todesursachen zu dokumentieren³ – d. h. unmittelbar zum Tode führende Krankheit bzw. unmittelbare Todesursache, vorangegangene Ursachen oder Krankheiten, andere wesentliche Krankheiten der oder des Verstorbenen – und die sicheren Zeichen des Todes anzugeben. Sämtliche auf dem amtlichen Vordruck vorgesehenen Eintragungen sind vorzunehmen, bei bestehenden Unsicherheiten sollten diese kenntlich gemacht werden.

¹ Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen Berlin vom 02.11.1973 (GVBl. S. 1830), zuletzt geändert durch Artikel X des Gesetzes vom 15.12.2010 (GVBl. S. 560).

² Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 22.10.1980 (GVBl. S. 2403), neu gefasst durch Verordnung vom 12.01.2016 (GVBl. S. 12)

³ Siehe hierzu auch: Statistisches Bundesamt und Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation: „Todesursachen in der Todesbescheinigung - eine kurze Anleitung“, Stand: 2014.



4. Verwendung (Weiterleitung) des Leichenschauscheins

Der vertrauliche Teil des Leichenschauscheins besteht aus vier Blättern, wobei nur das erste Blatt auszufüllen ist und die weiteren Blätter im Durchschreibeverfahren gefertigt werden. Der nicht vertrauliche Teil besteht aus einem Blatt. Leichenschauende Ärztinnen und Ärzte haben Blatt 1 und 2 des vertraulichen Teils (verschlossen in dem zugehörigem Fensterumschlag) zusammen mit dem nicht vertraulichen Teil den Hinterbliebenen⁴ auszuhändigen, die diese Dokumente dem Standesamt vorzulegen haben. Blatt 3 des vertraulichen Teils ist (ebenfalls verschlossen in dem zweiten Fensterumschlag) bei der Leiche zu belassen, eine etwaige, von der Leiche ausgehende (Infektions-) Gefahr ist auf dem Umschlag zu vermerken.⁵ Blatt 4 des vertraulichen Teils ist für die Ärztin oder den Arzt selbst bestimmt, so dass eine Ausfertigung des Leichenschauscheins für die eigenen Unterlagen verbleibt. Diese ist zu den ärztlichen Behandlungsunterlagen zu nehmen und entsprechend den allgemeinen Vorschriften für die Dauer von 10 Jahren aufzubewahren (vgl. § 10 Abs. 3 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin).⁶ Der Leichenschauschein wird durch das Gesundheitsamt und durch das sog. „Zentralarchiv für Leichenschauscheine“ (hierzu unten, 15.) auf Plausibilität überprüft. Leichenschauende Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, diesen Behörden die ggf. erforderlichen Auskünfte zur Überprüfung und Vervollständigung des Leichenschauscheins zu erteilen.

5. Sorgfaltsmaßstab bei Durchführung der Leichenschau

Bei der Durchführung der Leichenschau und der Ausstellung des Leichenschauscheins gelten dieselben Sorgfaltspflichten wie bei der Untersuchung lebender Personen.⁷ Ärztinnen und Ärzte tragen bei der Durchführung und Dokumentation der Leichenschau eine hohe Verantwortung, da hier die Weichen dafür gestellt werden, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben werden kann oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf die Todesursache erforderlich sind. Die ärztlichen Sorgfaltsanforderungen werden gesetzlich dahingehend konkretisiert, dass die Leichenschau „bei ausreichender Beleuchtung und an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere des Rückens und der behaarten Kopfhaut, sorgfältig durchzuführen“ ist (§ 1 Satz 1 DVO-BestG). Das Nichteinhalten dieser Anforderungen stellt eine Ordnungswidrigkeit und eine ärztliche Berufspflichtverletzung dar. Zudem soll die Leichenschau in einem geschlossenen Raum oder einem abgeschirmten Bereich durchgeführt werden (§ 1 Satz 2 DVO-BestG).

6. Zeitpunkt und Ort der Leichenschau

Ärztinnen und Ärzte haben die Leichenschau grundsätzlich innerhalb von 12 Stunden nach der Aufforderung hierzu vorzunehmen und ihre Feststellungen unverzüglich in dem Leichenschauschein zu dokumentieren (§ 6 Abs. 1 BestG). Die Frist von 12 Stunden gilt indessen nur, wenn der Tod der betroffenen Person bereits als sicher anzusehen ist. Andernfalls sollte sich die Ärztin/der Arzt auf schnellstem Wege nach Erhalt der Anzeige über einen vermeintlichen Todesfall zur „Leichenschau“ begeben und über ggf. erforderliche Maßnahmen entscheiden bzw. die Notfallrettung alarmieren. Die Leichenschau ist grundsätzlich an dem Ort vorzunehmen, an dem die Leiche aufgefunden wurde. Gegenüber dem Inhaber des Haus- oder Wohnrechts haben Ärztinnen und Ärzte dazu ein Betretungsrecht.

⁴ Genauer: derjenigen Person, die nach dem Personenstandsgesetz zur Anzeige des Todes beim Standesamt verpflichtet ist, § 2 Abs. 3 DVO-BestG.

⁵ Blatt 3 des vertraulichen Teils wird ggf. dem Arzt zugeleitet, der eine Sektion oder eine zweite äußere Leichenschau vornimmt (dazu unten, 13.), auf der Rückseite sind die entsprechenden Feststellungen einzutragen.

⁶ Wurde die Leichenschau von einem Arzt in der Notfallrettung durchgeführt, erfolgt die Aufbewahrung beim Aufgabenträger des Notarztdienstes. Wurde die Leichenschau im Krankenhaus durchgeführt, verbleibt Blatt 4 in der Krankenanstalt (vgl. § 3 Abs. 3 DVO-BestG).

⁷ Zur fachgerechten Durchführung der Leichenschau siehe die [Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002, Stand: 10/2017.](#)



7. Feststellung des Todes und des Todeszeitpunkts

Die Feststellung des eingetretenen Todes muss anhand von sicheren Todeszeichen erfolgen (insbesondere Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis oder mit dem Leben nicht zu vereinbarende Körperzerstörung). Die Bestimmung des Todeszeitpunkts ist, soweit keine zuverlässigen Zeu- genaussagen vorliegen, anhand des Abfalls der Körperkerntemperatur (tiefe Rektaltemperatur 8 cm oberhalb des Sphincter ani) oder des Ausprägungsgrades der Leichenerscheinungen (insbesondere der Totenflecken, der Totenstarre bzw. der Fäulnis) vorzunehmen.⁸ Angegeben werden sollte ein zeitlicher Rahmen des errechneten Todeseintritts.

8. Vorläufige Todesbescheinigung

Für die vorläufige Todesbescheinigung (vgl. oben, 2.) wurde mit Wirkung zum Oktober 2014 ebenfalls ein amtliches Formular eingeführt. Dieses enthält Angaben zu den Personalien der verstorbenen Person, sicheren Todeszeichen, dem Todeszeitpunkt und -ort sowie etwaige Warnhinweise bei einer von der Leiche ausgehenden (Infektions-)Gefahr. Die in der Notfallret- tung tätigen Ärztinnen und Ärzte haben nach Ausstellen der vorläufigen Todesbescheinigung zu veranlassen, dass eine vollständige Leichenschau durchgeführt wird. Das Formular „Vorläufige Todesbescheinigung“ besteht aus zwei Blättern, von denen eines im Durchschreibeverfahren erstellt wird. Blatt 1 ist bei der Leiche zu belassen und für die Ärztin/den Arzt bestimmt, durch die oder den nachfolgend die Leichenschau vorgenommen wird. Blatt 2 verbleibt bei dem Auf- gabenträger des Notarztdienstes. Beide Dokumente unterliegen entsprechend den berufsrecht- lichen Vorschriften einer 10-jährigen Aufbewahrungsfrist.

9. Feststellung der Todesart

Die Feststellung der Todesart ist zentraler Bestandteil der Leichenschau. Ein „**natürlicher Tod**“ liegt vor, wenn die verstorbene Person an einer lebensbedrohenden Krankheit gestorben ist, wegen der sie zuvor in ärztlicher Behandlung war. Es muss also ein schweres Krankheits- bild klinisch diagnostiziert worden sein, die Prognose quoad vitam muss schlecht gewesen sein und Art und Umstände des Todes müssen mit der Anamnese und Prognose kompatibel sein. Die Feststellung einer natürlichen Todesart erfordert die ärztliche Überzeugung, dass diese Voraussetzungen gegeben sind. „**Nicht natürlich**“ ist demgegenüber ein Todesfall, der auf ein anderes, von außen einwirkendes Ereignis zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob dieses selbst- oder fremdverschuldet ist. Es handelt sich um einen Sammelbegriff für: Selbsttötungen, Unfalltodesfälle, Tötungen durch fremde Hand, Todesfälle infolge ärztlicher Eingriffe und tödlich verlaufende Folgezustände der vorgenannten Einwirkungen.⁹ Für die Bescheinigung einer „nicht natürlichen“ Todesart genügt bereits der Verdacht, dass einer der vorgenannten Fälle vorliegt. „**Ungewiss**“ ist die Todesart, wenn weder ein „natürlicher“ noch ein „nicht natürlicher“ Tod im vorgenannten Sinne bescheinigt werden kann, etwa bei plötzlichen Todesfällen ohne erkennbares, einwirkendes Ereignis oder bei nicht mehr gegebener Erkennbarkeit von Verlet- zungen (z. B. infolge Fäulnisveränderung). Soweit äußerliche Verletzungen oder Einwirkungen an der Leiche festgestellt werden, die nach ärztlicher Würdigung zeitnah vor dem Tode ent- standen sind oder mit dem Todeseintritt in Zusammenhang stehen (könnten), sind diese in je- dem Falle – unabhängig von der Todesart – in dem Leichenschauschein zu vermerken.

⁸ Hierzu im Einzelnen: [Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin](#)

⁹ Madea/Rothschild, „Ärztliche Leichenschau: Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart“, in: [Deutsches Ärzte- blatt](#), 2010; 107(33): 575-88.



Ergeben sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte für das Vorliegen einer „nicht natürlichen“ oder „ungewissen“ Todesart oder handelt es sich bei der Leiche um eine unbekannte Person, so ist die Leichenschau mit dieser Feststellung zu beenden und unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen (§§ 5, 6 Abs. 2 BestG). Das gilt auch für die vorläufige Todesbescheinigung.¹⁰ Erst nach Eintreffen der Polizei ist die Leichenschau ggf. fortzusetzen.

10. Ärztliche Auskunftsanspruch bei Durchführung der Leichenschau

Ärztinnen und Ärzte, die die Leichenschau vornehmen, haben gegenüber Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern, die die verstorbene Person vor ihrem Tod behandelt haben, einen Auskunftsanspruch über den zu Lebzeiten festgestellten Krankheitszustand (§ 7 Abs. 1 BestG). Von diesem sollte stets Gebrauch gemacht werden, wenn die leichenschauende Ärztin/der leichenschauende Arzt die verstorbene Person zu Lebzeiten nicht behandelt hat. Denn die Kenntnis der Krankheitsgeschichte ist zwingende Voraussetzung für die gewissenhafte Ausstellung des Leichenschauscheins, insbesondere für die Abgrenzung zwischen „natürlicher“ und „nicht natürlicher“ Todesart sowie für die Todesursache. Mit dem Auskunftsanspruch korrespondiert eine Auskunftspflicht der behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker. Es handelt sich um eine zulässige Durchbrechung der (postmortal weiterhin geltenden) ärztlichen Schweigepflicht.

11. Ärztliche Auskunftserteilung aus dem Leichenschauschein

Eine weitere Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht liegt in der Berechtigung, unter bestimmten Voraussetzungen Auskünfte aus dem Leichenschauschein zu erteilen (§ 4 DVO-BestG). Diese Auskunftserteilung ist zum einen möglich gegenüber anfragenden Behörden, wenn ein behördliches Interesse an der Mitteilung der in dem Leichenschauschein enthaltenen Informationen besteht, dass im Einzelfall das Geheimhaltungsinteresse der verstorbenen Person oder eines Dritten überwiegt. Daneben können Informationen aus dem Leichenschauschein einer Privatperson oder privaten Einrichtung mitgeteilt werden, wenn diese ein berechtigtes Interesse glaubhaft macht, der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille der verstorbenen Person nicht entgegensteht und schutzwürdige Belange der verstorbenen Person oder der Angehörigen nicht beeinträchtigt werden. Unter der zuletzt genannten Voraussetzung können auch Daten des Leichenschauscheins in anonymisierter Form, die für ein wissenschaftliches Forschungsvorhaben erforderlich sind, mitgeteilt werden. Von diesen ärztlichen Auskunftsrechten ist die o. g. Verpflichtung zu unterscheiden, ggf. dem Gesundheitsamt und dem „Zentralarchiv für Leichenschauscheine“ erforderliche Auskünfte zur Überprüfung und Vervollständigung des Leichenschauscheins zu erteilen (siehe 4.).

12. Ärztliche Meldepflichten

Liegen Hinweise dafür vor, dass die verstorbene Person an einer meldepflichtigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes gelitten hat, so hat die Ärztin/der Arzt dies – ebenso wie in sonstigen Fällen des Bekanntwerdens der betreffenden Erkrankungen – dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden (§§ 6 Abs. 1, 8 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz). Eine weitere Meldepflicht besteht, wenn der begründete Verdacht besteht, dass der Todeseintritt zumindest mitursächlich auf eine Berufskrankheit zurückzuführen oder durch einen Arbeitsunfall eingetreten ist; in diesen Fällen ist der Unfallversicherungsträger oder die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle zu benachrichtigen (vgl. § 202 SGB VII).¹¹

¹⁰ Die betreffende Regelung (§ 5 Abs. 2 Satz 3 DVO-BestG, eingeführt zum 29.01.2016) sieht auch für die vorläufige Todesbescheinigung eine Benachrichtigung der Polizei vor bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod sowie bei der Leiche eines Unbekannten, anders als bei der Leichenschau hingegen nicht im Falle der ungewissen Todesart.

¹¹ Zu der Meldepflicht gegenüber der Polizeibehörde bei nicht natürlicher oder ungewisser Todesart bzw. bei unbekannter Identität des Verstorbenen siehe oben, 9.



13. Zweite äußere Leichenschau und innere Leichenschau (Sektion, Obduktion)

Von der allgemeinen ärztlichen Leichenschau zu unterscheiden sind die zweite äußere Leichenschau sowie die innere Leichenschau (Sektion, Obduktion). Eine zweite äußere Leichenschau wird vor einer Feuerbestattung der Leiche durch eine Ärztin/einen Arzt des zuständigen gerichtsmedizinischen Instituts vorgenommen. Sie dient als zusätzliche Kontrollinstanz vor der Kremation der erneuten Überprüfung, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Die Feuerbestattung darf nur durchgeführt werden, wenn eine natürliche Todesursache gerichtsmedizinisch zuverlässig festgestellt wird oder wenn die Staatsanwaltschaft die Bestattung (dennoch) schriftlich genehmigt hat (§ 20 BestG).

Eine innere Leichenschau wird zu unterschiedlichen Zwecken vorgenommen. Die strafprozessuale bzw. gerichtliche Sektion kann angeordnet werden, wenn zureichende tatsächliche Anhaltspunkte für eine Straftat als Todesursache vorliegen (§§ 152 Abs. 2, 87 ff. Strafprozessordnung). Die Staatsanwaltschaft nimmt dahingehende Ermittlungen auf, wenn Zweifel an einer natürlichen Todesursache bestehen (Nr. 33 RiStBV). Als weitere Arten der inneren Leichenschau regelt das Berliner Sektionsgesetz (SektG) die sog. klinische und die sog. anatomische Sektion. Die klinische Sektion dient der Qualitätssicherung und Überprüfung ärztlichen Handelns, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie und der medizinischen Forschung. Anatomische Sektionen dienen der Lehre und Forschung über den Aufbau des menschlichen Körpers. Beide dürfen nur durchgeführt werden, wenn die verstorbene Person oder die nächsten Angehörigen zugestimmt haben und weitere gesetzliche Voraussetzungen vorliegen (vgl. im Einzelnen §§ 3 ff., § 8 SektG). Der Sektionsbefund ist auf der Rückseite von Blatt 3 des vertraulichen Teils des Leichenschauscheins zu dokumentieren.

14. Abrechnung der Leichenschau

Die Abrechnung der Leichenschau erfolgt (auch wenn die verstorbene Person gesetzlich versichert war) nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Nachdem die Regelungen der GOÄ zur ärztlichen Leichenschau seit vielen Jahren Gegenstand rechtspolitischer Kritik und Diskussion waren, hat der Gesetzgeber diese mit Wirkung zum 01.01.2020 reformiert. Damit wird die Honorierung der Leichenschau gegenüber der bis dato geltenden Regelung differenzierter ausgestaltet und dem für die ärztliche Leistungserbringung erforderlichen Aufwand angepasst.¹²

Die Abrechnung der vorläufigen Leichenschau (vgl. oben 8.) erfolgt nach Nr. 100 GOÄ, die der vollständigen bzw. regulären Leichenschau nach Nr. 101 GOÄ. Beide Ziffern sind nur mit dem einfachen Gebührensatz abrechenbar, was bei der Ziffer 100 GOÄ einer Gebühr von 110,51 € (1896 Punkte) und bei der Ziffer 101 GOÄ einer Gebühr von 165,77 € (2844 Punkte) entspricht. Dabei wird für die Ziffer 100 GOÄ eine Mindestdauer von 20 Minuten und für die Ziffer 101 GOÄ eine Mindestdauer von 40 Minuten vorausgesetzt. Bei einer darunter liegenden Dauer – die bei Nr. 100 GOÄ noch mindestens 10 Minuten und bei Nr. 101 GOÄ noch mindestens 20 Minuten betragen muss – sind noch 60 % der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

¹² Fünfte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte, Bundesrat Drs. 337/19. Siehe dazu die Mitteilung der Bundesärztekammer „Gebührenordnung für Ärzte: Vergütung der ärztlichen Leichenschau neu geregelt“ in Deutsches Ärzteblatt, Heft 46/2019, Bl. A 2124.



Neben diesen Ziffern ist bei einer der Ärztin oder dem Arzt unbekanntem Leiche sowie bei besonderen Todesumständen und einem dadurch verursachten Mehraufwand von mindestens 10 Minuten ein Zuschlag nach Nr. 102 GOÄ berechenbar (474 Punkte, ebenfalls zum einfachen Satz, d. h. 27,63 €). Weiterhin sind für Leistungen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr, in der Zeit von 20 bis 22 Uhr und 6 bis 8 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen die Zuschläge nach den Buchstaben F bis H abrechenbar. Für die Anfahrt zum Ort der Leichenschau kann Wegegeld oder (bei mehr als 25 km) Reiseentschädigung nach §§ 8, 9 GOÄ berechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Besuchsgebühr (Nr. 48 bis 52 GOÄ) ist dagegen auch weiterhin ausgeschlossen.

15. „Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter“

Das mit Wirkung zum 01.10.2014 geschaffene „Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter“ ist bei dem Bezirk Reinickendorf angesiedelt.¹³ Dort werden die Leichenschauscheine zentral verwaltet und archiviert. Die Leichenschauscheine werden dem Zentralarchiv durch die Gesundheitsämter der übrigen Bezirke zugeleitet, nachdem dort die Plausibilitätsprüfung durchgeführt wurde. Das Zentralarchiv leitet eine Ausfertigung sämtlicher Leichenschauscheine an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zum dortigen Verbleib weiter. Zudem sendet das Zentralarchiv monatlich Kopien der dort eingegangenen Leichenschauscheine an das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen. Sofern die aufgrund der (äußeren) Leichenschau dokumentierte Todesursache von einem vorliegenden Sektionsbefund (Rückseite von Blatt 3 des vertraulichen Teils) abweicht, hat das Zentralarchiv hierüber das Gemeinsame Krebsregister und das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg gesondert zu informieren.

¹³ § 7 GDZustVO, bis Oktober 2015 erfolgte die Aufgabenwahrnehmung durch den Bezirk Neukölln.