

Einführung

Allgemeine Bemerkungen

Klassifizierung ist die Grundlage der quantitativen Untersuchung einer jeglichen Erscheinung. Als anerkannte Basis wissenschaftlicher Verallgemeinerung ist die Einteilung in Klassen das wesentliche Element der statistischen Methodik. Wenn die Aufstellung allgemeingültiger Definitionen und Systeme der Klassifizierung für den Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnis wesentlich ist, so kann auch die statistische Untersuchung von Krankheit und Tod auf eine Normierung der Krankheiten oder Gesundheitsschädigungen und auf ihre Einteilung in Klassen nicht verzichten.

Es gibt jedoch viele Wege zu diesem Ziel. Der Anatom z. B. geht von dem betroffenen Körperteil aus, während der Pathologe in erster Linie an der Natur des Krankheitsprozesses interessiert ist. Der Kliniker muß beide Gesichtspunkte und dazu die Ätiologie der Krankheit im Auge haben, usw. Dies bedeutet, daß es viele Gesichtspunkte gibt, nach denen die Kategorisierung der Krankheiten durchgeführt werden kann und daß der jeweilige Ausgangspunkt von den Interessen des Untersuchenden diktiert wird. Dies führt zu dem Schluß, daß die statistische Klassifizierung der Krankheiten und Gesundheitsschädigungen sich nach dem Zweck der aufzustellenden Statistik richten muß.

Dieser Zweck wird oft verwechselt mit dem der Nomenklatur. Ihrem Ursprung nach ist jedoch die medizinische Nomenklatur ein Verzeichnis oder ein Katalog anerkannter Fachwörter zur Beschreibung oder Bezeichnung eines pathologischen oder klinischen Tatbestandes. Um seine Funktion wirklich zu erfüllen, muß dieses Verzeichnis so umfangreich sein, daß jeder krankhafte Zustand genau bezeichnet werden kann. Mit dem Fortschritt der Wissenschaft muß auch die Nomenklatur eine Erweiterung erfahren, damit zur Bezeichnung neuer Tatbestände auch neue Fachwörter zur Verfügung stehen. Jeder krankhafte Zustand, der als solcher fest umrissen werden kann, bedarf eines spezifischen Platzes in der Nomenklatur.

Gerade diese absolute Spezifikation ist es, welche die Nomenklatur für die Zwecke der statistischen Klassifizierung ungeeignet macht. Der Begriff »Statistik« schließt die unausgesprochene Voraussetzung ein,

daß das Interesse einer Gruppe von Fällen gilt und nicht den einzelnen Fällen dieser Gruppe. Zweck der Medizinalstatistik ist in erster Linie die Bereitstellung quantitativer Unterlagen zur Beantwortung von Fragen, die durch eine Gruppe von Fällen aufgegeben werden.

In der Fachwelt herrschte niemals Unklarheit über den Unterschied zwischen statistischer Klassifizierung und Nomenklatur*). Die Ziele einer statistischen Klassifizierung der Krankheiten können auch heute kaum besser zusammengefaßt werden als durch die nachfolgenden Abschnitte aus dem fast hundert Jahre alten Buch von Farr (1), die hier wörtlich wiedergegeben sind:

»In den alten Todesursachenverzeichnissen (Tables mortuaires) wurden die Todesursachen in alphabetischer Reihenfolge niedergelegt. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, daß alle Fragen umgangen wurden, in denen eine Einigkeit zwischen Ärzten und Statistikern nicht zu erwarten war. In der Statistik steht jedoch die Klassifizierung an hervorragender Stelle, und selbst eine oberflächliche Betrachtung läßt sofort erkennen, daß jede Einteilung, welche nahe verwandte oder sonst eng zusammengehörende Krankheitszustände in Gruppen zusammenfaßt, die Ableitung allgemeiner Grundsätze erleichtert.«

»Klassifizierung ist eine Methode der Verallgemeinerung. Natürlich können verschiedene Arten der Einteilung angebracht sein, und jeder, ob Arzt, Pathologe oder Jurist hat das Recht, die Todesursachen so einzuteilen, wie es ihm zur Erleichterung seiner Aufgabe und zur Erlangung allgemeingültiger Ergebnisse angemessen erscheint.«

»Der praktische Arzt z. B. wird den Hauptgruppen seines Systems die Behandlungsmethode, ob intern oder chirurgisch, zugrunde legen; der Pathologe den Charakter des Krankheitsprozesses oder die von ihm verursachten Folgen. Der Anatom oder Physiologe wiederum hält sich an die Gewebe oder Organe, während der Gerichtsmediziner die Plötzlichkeit oder Langsamkeit des Todes eintrittes zum Ausgangspunkt nimmt. Jeder dieser Gesichtspunkte verdient Beachtung, wenn eine statistische Einteilung in Klassen vorgenommen werden soll.«

»Für die Statistik eines Landes sind diejenigen Elemente am wichtigsten, die in der alten Unterteilung der Krankheiten aufgezählt sind; dort wird unterschieden zwischen Seuchen (Epidemien und Endemien), gewöhnlichen Krankheiten (Auftreten in Form von Einzelfällen), die zweckmäßiger Weise wiederum in 3 Klassen geführt werden, und endlich in Schädigungen durch unmittelbare Gewalteinwirkung oder andere äußere Ursachen.«

Die statistische Kategorisierung muß sich mit einer begrenzten Anzahl von Gruppen begnügen; diese allerdings müssen die gesamte Spanne der krankhaften Zustände umfassen und so gewählt sein, daß sie die statistische Untersuchung von Krankheitserscheinungen auch wirklich

*) Siehe Einführung zu dem Buch: US Mortality Statistics, 1907, Government Printing Office, Washington, 1909, 21.

erleichtern. Ein spezifisches Krankheitsbild soll in diesem System nur dann einen eigenen Platz einnehmen, wenn seine Häufigkeit oder Bedeutung als Krankheitszustand die Herausstellung als eine eigene Kategorie rechtfertigt. Auf der anderen Seite wird eine nicht geringe Zahl von Nummern Krankheitszustände angegeben, die zwar voneinander abgrenzbar, im allgemeinen aber doch verwandt sind. Jede Krankheit und jeder krankhafte Zustand muß jedoch einen bestimmten und richtigen Platz innerhalb einer der statistischen Kategorien einnehmen. Dabei müssen einige Paragraphen eines derartigen Verzeichnisses für eine Reihe von Zuständen zur Verfügung stehen, die nicht in eine spezifische Kategorie eingereiht werden können, wobei darauf geachtet werden muß, daß diese gemischten Kategorien auf eine Mindestzahl beschränkt bleiben.

Ehe eine statistische Einteilung in Klassen überhaupt in Gebrauch genommen werden kann, muß über den Inhalt einer jeden einzelnen Kategorie Klarheit bestehen. Unter jeder Hauptnummer des Systems müssen die einzelnen Begriffe tabellarisch angeordnet sein; darüber hinaus muß ein alphabetisches Register zur Verfügung stehen, was keine besonderen Schwierigkeiten bereiten würde, wenn es eine einheitliche und normierte medizinische Nomenklatur gäbe. Dies ist jedoch keineswegs der Fall, da die praktizierenden Ärzte, welche die Eintragungen in die Krankenpapiere vornehmen oder die Totenscheine ausstellen, von einer Vielzahl von Universitäten und Ausbildungsstätten kommen, ein Tatbestand, der dadurch noch kompliziert wird, daß sich die Ausbildungszeit all dieser Ärzte auf einen Zeitraum von über 50 Jahren erstreckt hat. Es ist somit unvermeidlich, daß die in Klinik und freier Praxis für die Eintragungen in offizielle Bescheinigungen verwendete Terminologie jegliche Einheitlichkeit vermissen läßt. Da es aber unmöglich ist, diese Terminologie zu modernisieren oder zu normieren, ergibt sich die Notwendigkeit, alle Fachausdrücke, ob gut oder schlecht, als Inhalt der Kategorien vorzusehen.

Die Aufstellung eines brauchbaren Schemas für die Einteilung der Krankheiten und Gesundheitsschädigungen in Klassen zum allgemeinen Gebrauch in der Statistik führt immer zu einer Reihe von Kompromissen. Bisher sind alle Versuche, eine logisch einwandfreie statistische Klassifizierung der pathologischen Zustände aufzustellen, gescheitert. Die verschiedenen Haupttitel stellen immer einen Kompromiß dar zwischen einer Klassifizierung nach der Lokalisation der pathologischen Veränderung, nach dem Alter, den Umständen des ersten Auftretens der

Krankheit und dem Wert der ärztlichen Angaben. Die Einteilung in Klassen muß außerdem den Bedürfnissen der bevölkerungsstatistischen Ämter, aller Arten von Krankenhäusern, des militärischen Sanitätswesens, der Sozialversicherung, der Gesundheitsämter und zahlreicher anderer Behörden angepaßt sein. Selbst wenn es unmöglich ist, daß eine Klassifizierung all diesen spezifischen Anforderungen gerecht werden kann, so muß doch verlangt werden, daß sie eine gemeinsame Basis der Statistik darstellt und allgemein gebraucht werden kann.

Geschichtliche Übersicht

Anfänge. Der bedeutende australische Statistiker Sir George H. Knibbs (2) schrieb den ersten systematischen Versuch einer Einteilung der Krankheiten in Klassen dem Franzosen François Bossier de Lacroix (1706—1777), besser bekannt unter dem Namen Sauvages, zu. Unter dem Titel *Nosologia Methodica* wurde eine umfangreiche Schrift dieses Autors veröffentlicht; sein Zeitgenosse, der große Systematiker Linnaeus (1707—1778), gab über den gleichen Gegenstand eine Abhandlung heraus, die den Titel *Genera morborum* trug. Bei Beginn des 19. Jahrhunderts war die am meisten benutzte Klassifizierung der Krankheiten die im Jahre 1785 in Edinburgh von William Cullen (1710—1790) herausgegebene *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

Praktische Bedeutung gewann die statistische Untersuchung der Krankheiten erst, nachdem vor 100 Jahren John Graunt die Arbeit an den »London Bills of Mortality« aufgenommen hatte. Ein Beispiel für die Dürftigkeit der Unterlagen, welche diesem Bahnbrecher der Medizinalstatistik zur Verfügung standen, ist sein Versuch, den Anteil der Kinder zu schätzen, die vor dem 6. Lebensjahr starben, wobei ihm keinerlei Unterlagen über das Alter der Kinder bei ihrem Tode zur Verfügung standen. Um zum Ziel zu gelangen, nahm Graunt alle Angaben über Tod durch Mundfäule, Krämpfe, Rachitis, Zahnen, Würmer, Aborte, vergrößerte Leber und dazu Tod im frühen Kindesalter zusammen. Er addierte die Hälfte aller als Pocken, Schweinepocken, Masern und Würmer ohne Krämpfe klassifizierten Todesfälle hinzu und kam zu dem Prozentsatz von 36% im Alter von unter 6 Jahren verstorbener Kinder, der trotz Ungenauigkeit der Methode sich später, nachdem Unterlagen zur Verfügung standen, als eine gute Annäherung an die tatsächliche Zahl erwies. Obwohl die wissenschaftliche Genauigkeit der Krankheitseinteilung in Klassen während dreier Jahrhunderte manche Verbesserung erfuhr, gibt es immer noch genug

Autoren, die infolge der Schwierigkeiten einer Klassifizierung den Nutzen aller Versuche einer Krankheits- oder sogar Todesursachenstatistik anzweifeln. Dazu bemerkt Greenwood (3) nicht mit Unrecht, daß ein wissenschaftlicher Fanatiker, der auf nosologisch exakte Medizinalstatistiken warten will, nicht viel klüger erscheint als jener Landmann aus Horaz, der am Flusse steht, um zu warten bis er weggeflossen ist.

Es war ein Glücksfall für den Fortschritt der Statistik im Gesundheitswesen, daß das Statistische Amt für England und Wales, das 1837 errichtet wurde, in William Farr (1807—1883), seinem ersten Medizinalstatistiker, einen Mann fand, der nicht nur aus den damals vorhandenen unvollkommenen Systemen der Klassifizierung das Beste herausholte, sondern selbst die größten Anstrengungen unternahm, um ein besseres System mit internationalem Anwendungsbereich auszuarbeiten.

Als Farr in sein Amt einzog, fand er die von Cullen ausgearbeitete Klassifizierung in Gebrauch, die trotz des inzwischen erfolgten Fortschritts der Medizin nicht nur keine Erweiterung erfahren hatte, sondern überhaupt für statistische Zwecke als ungenügend anzusehen war. Daher ließ Farr im ersten Jahresbericht des Statistischen Amtes für England und Wales einen Artikel erscheinen, in dem die bei einer statistischen Klassifizierung der Krankheiten zu beachtenden Grundsätze diskutiert wurden und in dem auf die Einführung einer allgemein anwendbaren Einteilung in Klassen gedrungen wurde. Dieser letztere Abschnitt der Veröffentlichung ist in der britischen und amerikanischen Ausgabe des Internationalen Todesursachenverzeichnisses so oft zitiert worden, daß er im folgenden wiedergegeben sei:

»Die Vorteile einer allgemein anwendbaren statistischen Nomenklatur sind, selbst wenn sie unvollkommen ist, so offensichtlich, daß es als erstaunlich angesehen werden muß, daß ihr in den Todesursachenverzeichnissen so wenig Beachtung geschenkt wurde. Vielfach ist es geschehen, daß ein und dieselbe Krankheit drei oder vier verschiedene Namen erhielt, die zu gleicher Zeit ebenso viele verschiedene Krankheitszustände bezeichneten. Es sind außerdem unklare und ungeeignete Krankheitsbezeichnungen gewählt worden, und an Stelle der Primärerkrankung hat oft eine Komplikation dieser Krankheit in die Tabellen Aufnahme gefunden. Dabei ist gerade hier die Nomenklatur von ebenso großer Bedeutung wie das Maß- und Gewichtssystem in der Naturwissenschaft, und aus diesem Grunde sollte die Frage der Terminologie unverzüglich geklärt werden.« (4)

Terminologie und statistische Klassifizierung waren in Farr's »Brieffen an das Statistische Amt«, die regelmäßig in den Jahresberichten veröffentlicht wurden, ständig Gegenstand der Untersuchung. Von der

Zweckmäßigkeit einer einheitlichen, allgemein anwendbaren Einteilung der Todesursachen in Klassen wurden die Teilnehmer des 1. Internationalen Statistischen Kongresses in Brüssel 1853 so eindringlich überzeugt, daß Dr. William Farr und Dr. Marc d'Espine aus Genf den Auftrag erhielten, »à préparer une nomenclature uniforme des causes de décès applicable à tous les pays« (5). Farr und d'Espine legten dem nächsten Kongreß, der 1855 in Paris stattfand, zwei voneinander verschiedene Verzeichnisse vor, die von vollkommen verschiedenen Grundsätzen ausgingen. Farr's System wies fünf Krankheitsgruppen auf: epidemische Krankheiten, konstitutionelle (allgemeine) Krankheiten, lokalisierte Krankheiten, deren Anordnung sich nach dem anatomischen Sitz des Prozesses richtete, Entwicklungskrankheiten und Krankheitszustände, die durch Gewalteinwirkung hervorgerufen waren. D'Espine ging so vor, daß er die Krankheiten nach der Natur des Krankheitsprozesses einordnete (gichtisch, mit Herpes einhergehend, durch das Blut hervorgerufene Krankheiten, usw.). Der Kongreß beschloß die Annahme eines Verzeichnisses mit 139 Unterabteilungen, das praktisch einen Kompromiß zwischen beiden Auffassungen darstellte. Im Jahre 1864 wurde dieses System der Einteilung in Paris überprüft und »sur le modèle de celle de W. Farr« neu herausgegeben. In der Folge (1874, 1880, 1886) wurde es noch mehrfach verbessert. Obwohl diese Klassifizierung niemals voll und ganz anerkannt worden war, hat ihre Anordnung einschließlich dem Prinzip der Einteilung nach der Lokalisation doch Bestand gehabt und als Grundlage des Internationalen Todesursachenverzeichnisses gedient.

Einführung des Internationalen Todesursachenverzeichnisses. Das Internationale Institut für Statistik als Nachfolger des internationalen Statistiker-Kongresses beauftragte auf der Tagung in Wien im Jahre 1891 ein Komitee unter dem Vorsitz des Direktors des Statistischen Amtes von Paris, Dr. Jacques Bertillon (1851—1922), mit der Aufstellung eines systematischen Todesursachenverzeichnisses. Bertillon war der Enkel des berühmten Botanikers und Statistikers Dr. Achille Guillard, der auf dem 1. Kongreß im Jahre 1853 die Resolution veranlaßt hatte, die Farr und d'Espine beauftragte, eine allgemein anwendbare Klassifizierung auszuarbeiten. Der Bericht des obengenannten Ausschusses wurde von Bertillon auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts in Chicago 1893 vorgelegt und angenommen. Bertillon's Klassifizierung baute auf dem Todesursachenverzeichnis der Stadt Paris auf, welches seit seiner Neuauflage im Jahre 1885 eine

Synthese der englischen, deutschen und schweizerischen Systeme darstellte. Als Grundlage diente das Farr'sche Prinzip der Unterscheidung zwischen Allgemeinkrankheiten und lokalisierten Organerkrankungen. In Übereinstimmung mit den Richtlinien des Wiener Kongresses, die den Direktor des Eidgenössischen Statistischen Amtes, Dr. L. Guillaume zum Urheber hatten, nahm Bertillon 3 Verzeichnisse auf: eine abgekürzte Klassifizierung mit 44 Titeln, eine andere mit 99 und dazu eine dritte mit 161 Titeln.

Die Bertillon'sche Klassifizierung der Todesursachen, wie sie zuerst genannt wurde, fand allgemeine Anerkennung und wurde in mehreren Städten und Ländern eingeführt. In Nordamerika wurde sie zuerst von Dr. Jesus E. Monjaras für die Statistik von San Luis de Potosi in Mexiko benutzt (6). Im Jahre 1898 wurde die Bertillon'sche Klassifizierung den statistischen Ämtern von Kanada, U. S. A. und Mexiko zur Einführung empfohlen. Dies geschah auf der Tagung der Amerikanischen Gesellschaft für das öffentliche Gesundheitswesen in Ottawa. Gleichzeitig wurde vorgeschlagen, daß alle 10 Jahre eine Überprüfung dieser Klassifizierung stattfinden solle.

Im Jahre 1899 tagte das Internationale Statistische Institut in Oslo. Dort legte Dr. Bertillon einen Bericht über das Fortschreiten seines Werkes vor; in diesem Bericht war auch die Empfehlung der Amerikanischen Gesellschaft für das öffentliche Gesundheitswesen berücksichtigt, daß alle 10 Jahre eine Überprüfung und Verbesserung des Werkes stattfinden solle. Das Internationale Statistische Institut nahm daraufhin folgende Resolution an:

»Das Internationale Statistische Institut, überzeugt von der Notwendigkeit einer in allen Ländern anwendbaren und vergleichbaren Nomenklatur:

Vernimmt mit Befriedigung, daß das im Jahre 1893 veröffentlichte System der Bezeichnung der Todesursachen von sämtlichen statistischen Ämtern in Nordamerika und von einigen dieser Ämter in Südamerika und in Europa eingeführt worden ist,

Und gibt die dringende Empfehlung heraus, daß sämtliche statistischen Institute in Europa wenigstens grundsätzlich diese Klassifizierung anerkennen sollen.

Das Internationale Statistische Institut erklärt sich im allgemeinen mit dem System einer alle 10 Jahre stattfindenden Revision, wie sie von der Amerikanischen Gesellschaft für das öffentliche Gesundheitswesen in Ottawa 1898 vorgeschlagen wurde, einverstanden,

Und lädt alle statistischen Ämter, die sich bisher noch nicht angeschlossen haben, dringendst ein, dem Beispiel der anderen unverzüglich zu folgen und damit zur Vergleichbarkeit der Nomenklatur der Todesursachen einen wesentlichen Beitrag zu liefern.« (7)

In Befolgung dieser Richtlinien berief die französische Regierung im August 1900 die 1. Internationale Konferenz zur Überarbeitung des Bertillon'schen oder Internationalen Todesursachenverzeichnisses nach Paris, wo Delegierte aus 26 Ländern zusammenkamen. Es wurde eine detaillierte Klassifizierung der Todesursachen mit 179 Gruppen und ein vereinfachtes Verzeichnis mit 35 Gruppen ausgearbeitet und am 21. August 1900 für verbindlich erklärt. Die Notwendigkeit einer alle 10 Jahre stattfindenden Revision wurde ebenfalls anerkannt und die französische Regierung aufgefordert, die nächste Tagung im Jahre 1910 einzuberufen. Diese fand jedoch bereits 1909 statt, dann wiederum in den Jahren 1920, 1929 und 1938.

Dr. Bertillon war unermüdlich als Vorkämpfer des Internationalen Todesursachenverzeichnisses, und die verbesserten Neuauflagen der Jahre 1900, 1910 und 1920 waren sein Werk. Als Generalsekretär der Internationalen Konferenz sandte er die provisorische Überarbeitung für 1920 an mehr als 500 Persönlichkeiten zur Durchsicht. Als er im Jahre 1922 starb, verlor die Internationale Konferenz die leitende Hand.

Als Nachfolger Bertillon's in Frankreich erkannte M. Huber den Mangel an einem wirklich leitenden Kopf, welcher in der Sitzung des Internationalen Statistischen Instituts im Jahre 1923 besonders deutlich wurde, und brachte eine Entschliebung ein, nach der das Internationale Institut für Statistik seine Stellungnahme von 1893 gegenüber dem Internationalen Todesursachenverzeichnis erneuern und mit anderen internationalen Gremien bei einer künftigen Überarbeitung zusammenarbeiten sollte. Auch die Gesundheitsorganisation des Völkerbundes hatte sich lebhaft für die Bevölkerungsstatistik interessiert und einen statistischen Fachausschuß ernannt, der die Klassifizierung der Krankheiten und Todesursachen zusammen mit anderen Problemen der Medizinalstatistik studieren sollte. Von Dr. E. Roesle, dem Leiter der Medizinalstatistik in der obersten deutschen Gesundheitsbehörde und gleichzeitigem Mitglied des Fachausschusses, wurde eine ausgezeichnete Monographie veröffentlicht, in der die notwendige Erweiterung der Rubriken in der 1920 herausgegebenen Todesursachenliste vorgezeichnet war für den Fall, daß sie für die Morbiditätsstatistik benutzt werden sollte. Diese Veröffentlichung wurde im Jahre 1928 (8) durch die Gesundheitsorganisation des Völkerbundes herausgebracht. Zur Gleichschaltung der Arbeiten der zwei Organisationen wurde ein internationaler Ausschuß unter dem Namen »Mixed Commission« geschaffen, dessen Mitglieder sich je zur Hälfte aus Vertretern des Internationalen Sta-

tistischen Institutes und der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes zusammensetzten. Dieser Ausschuß entwarf auch die Vorschläge für die 4. und 5. Neuausgabe des Internationalen Todesursachenverzeichnisses.

Fünfte Revisionskonferenz. Wie ihre Vorgänger wurde auch die 5. Internationale Revisionskonferenz des Internationalen Todesursachenverzeichnisses von der französischen Regierung im Jahre 1938 nach Paris einberufen. Dort wurden drei verschiedene Verzeichnisse geprüft und angenommen, nämlich ein Einzelverzeichnis mit 200 Titeln, ein Mittleres Verzeichnis mit 87 und ein Abgekürztes Verzeichnis mit 44 Titeln. Abgesehen von den durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse bedingten Ergänzungen, die hauptsächlich in den Abschnitten über infektiöse und parasitäre Erkrankungen erforderlich wurden, und einigen Änderungen in den Kapiteln »Wochenbett« und »Unfälle« beschränkte die Konferenz die Veränderungen von Inhalt und Nummernfolge auf ein Minimum. Es wurde daneben noch ein Verzeichnis aufgestellt und angenommen, welches die Ursachen von Totgeburten enthielt.

Auf der Konferenz wurde anerkannt, daß ein wachsendes Bedürfnis nach einem ähnlichen Verzeichnis für die Zwecke der Krankheitsstatistik bestand, um den statistischen Erfordernissen solch unterschiedlicher Organisationen wie Versicherungsanstalten, Krankenhäuser, Militärsanitätswesen, Gesundheitsämter und verwandter Institutionen zu genügen. Dies führte zu folgender Resolution:

2. Internationales Verzeichnis der Krankheiten

»Im Hinblick auf die Wichtigkeit einer dem Internationalen Todesursachenverzeichnis entsprechenden Klassifizierung der Krankheiten wird empfohlen:

»Daß der von dem Internationalen Statistischen Amt und der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes gemeinsam ernannte gemischte Ausschuß in Verbindung mit Fachleuten und Vertretern besonders daran interessierter Organisationen wie im Jahre 1929 ein internationales Krankheitsverzeichnis entwirft.«

»Für die Zwischenzeit empfiehlt die Konferenz eine möglichst weitgehende Angleichung der in den verschiedenen Ländern gebräuchlichen Verzeichnisse an das detaillierte Internationale Todesursachenverzeichnis (wobei die Nummern der Kapitel, Abschnitte und Unterabschnitte des genannten Verzeichnisses in Klammern neben die Nummern der betreffenden Liste gesetzt werden sollen).« (9)

Außerdem sprach die Konferenz den Vereinigten Staaten ihren Dank aus für die dort durchgeführte Arbeit, die sich mit der statistischen

Einordnung konkurrierender Todesursachen befaßte und ermutigte mit folgender Adresse zur Fortführung der Arbeit:

3. *Totenschein und Aussonderung der Todesursache, wenn mehr als eine Ursache angegeben ist (konkurrierende Todesursache)*

»Die Regierung der Vereinigten Staaten hat im Jahre 1929 die Untersuchung der Möglichkeiten zur Vereinheitlichung der Aussonderung der Haupttodesursache in den Fällen veranlaßt, in denen mehr als eine Ursache auf dem Totenschein angegeben ist.«

»Zahlreiche, zum Teil abgeschlossene, zum Teil noch in Vorbereitung befindliche Arbeiten in mehreren Ländern lassen die Bedeutung dieses bisher noch ungelösten Problems erkennen.«

»Die bisher vorliegenden Arbeiten lassen keinen Zweifel darüber, daß ein internationaler Vergleich der Letalität der verschiedenen Krankheiten nicht nur von der Frage der Aussonderung der Haupttodesursache abhängt, sondern auch von einer Anzahl anderer Fragen.«

1. »Die Konferenz spricht der Regierung der Vereinigten Staaten für die bisher geleistete Arbeit ihren Dank aus.«
2. »Sie ersucht die Vereinigten Staaten, die begonnenen Bemühungen im Laufe der nächsten 10 Jahre in Zusammenarbeit mit anderen Ländern und Organisationen auf einer etwas erweiterten Basis fortzusetzen.«
3. »Die Konferenz schlägt der Regierung der Vereinigten Staaten vor, daß bei allen zukünftigen Arbeiten ein Unterausschuß zugezogen wird, der sich aus Vertretern der mitarbeitenden Länder und Organisationen zusammensetzt.« (9)

Ältere Versuche der Klassifizierung der Krankheiten für den Gebrauch in der Statistik. Bisher ist von der Klassifizierung der Krankheiten nur im Zusammenhang mit der Todesursachenstatistik die Rede gewesen. Aber bereits Farr (10) hatte die Notwendigkeit der Ausdehnung einer derartigen Klassifizierung auf alle Krankheitszustände erkannt, die, ohne den Tod zu verursachen, zu Invalidität führen und in den Tabellen der Heere, der Flotten, Krankenhäuser, Gefängnisse, Irrenanstalten, öffentlichen Institute jeglicher Art, charitativen Organisationen und, wie in Irland, in den Volkszählungslisten erscheinen, wo die Krankheiten aller Personen im einzelnen aufgezählt werden. Aus diesem Grunde nahm Farr in seinem, dem 2. Internationalen Statistischen Kongreß vorgelegten Bericht über Nomenklatur und statistische Klassifizierung der Krankheiten, in die allgemeine Krankheitsliste nicht nur die Krankheiten mit tödlichem Verlauf auf, sondern auch einen großen Teil der nicht zum Tode führenden Krankheitszustände. Vor dem 4. Internationalen Statistischen Kongreß 1860 in London drang Florence Nightingale (11) in einer Veröffentlichung, die den Titel »Vorschläge

für einen einheitlichen Plan der Krankheitsstatistik« trug, auf die Annahme des Farr'schen Krankheitsverzeichnisses zum Gebrauch in der Krankenhausstatistik.

Von der 1. Revisionskonferenz des Bertillon'schen Todesursachenverzeichnisses wurde ein mit ihm parallel gehendes statistisches Krankheitsverzeichnis angenommen. Dies wiederholte sich auf der 2. Konferenz, die im Jahre 1909 stattfand. Die Sonderkategorien für Krankheiten, die nicht zum Tode führen, wurden in der Form aufgestellt, daß bestimmte Kategorien von Todesursachen in 2 oder 3 Krankheitsgruppen unterteilt wurden, die einen Kennbuchstaben erhielten. Die englische Übersetzung der 2. überarbeiteten Ausgabe, die im Jahre 1910 von dem Handels- und Arbeitsministerium der Vereinigten Staaten herausgebracht wurde, trug den Titel »Internationale Klassifizierung der Krankheits- und Todesursachen«. Bei späteren Neuauflagen wurden einige der darin enthaltenen Gruppen in das ausführliche Internationale Todesursachenverzeichnis übernommen. Die 4. Internationale Konferenz führte ein Krankheitsverzeichnis ein, welches sich von der ausführlichen Todesursachenliste nur dadurch unterschied, daß 12 Titel einer zusätzlichen Unterteilung unterworfen worden waren. Allerdings sind diese Versuche einer internationalen Klassifizierung der Krankheiten nicht allgemein eingeführt worden, da sie nur eine recht begrenzte Erweiterung des Todesursachenverzeichnisses darstellten.

In Anbetracht des Mangels an einer allgemein anwendbaren und befriedigenden Systematik der Krankheitseinteilung haben viele Länder selbst solche Verzeichnisse aufgestellt. Diese dürfen jedoch nicht verwechselt werden mit Terminologien, wie z. B. der »Nomenclature of Disease« des Royal College of Physicians in London oder der »Standard Nomenclature of Disease«, die kürzlich von der American Medical Association herausgegeben wurde. Jene geht zurück auf einen Beschluß des Royal College of Physicians of London vom 9. Juli 1857, erschien in ihrer ersten Ausgabe jedoch erst nach dem Jahre 1869. Ziel dieses Buches war, wie im Vorwort zur ersten Ausgabe festgestellt wurde, die Aufstellung einer verbindlichen medizinischen Terminologie, um »Die statistische Erfassung der Krankheiten zu verbessern, da im Hinblick auf die Entdeckung statistisch nachweisbarer Tatsachen über Geschichte, Natur und Erscheinungsform der Krankheiten das Fehlen einer allgemein anerkannten medizinischen Terminologie schon längst als ein unerträglicher Zustand angesehen wurde«. Diese Nomenklatur wurde in Abständen immer wieder neu herausgegeben (1885, 1896, 1906,

1918, 1931, 1947) und ist für die britischen Ärzte zur Autorität in Zweifelsfragen bei der Anwendung medizinischer Fachworte geworden.

Bis vor kurzem gab es in den Vereinigten Staaten keine derartige Nomenklatur. Statt dessen wurde ausgiebig Gebrauch gemacht von Terminologien, die in verschiedenen Krankenhäusern gebräuchlich waren, z. B. von den Fachwörterverzeichnissen des Bellevue and Allied Hospital oder des Massachusetts General Hospital. Im Jahre 1919 ließ das Bevölkerungsstatistische Amt der Vereinigten Staaten eine Standard-Nomenklatur der Krankheiten, Krankheitszustände, Verletzungen und Vergiftungen für den Gebrauch in den Vereinigten Staaten erscheinen, die einen Versuch darstellte, die 8 bisher meist benutzten Terminologien unter einem gemeinsamen Dach zusammenzufassen. Auch die American Medical Association machte schon früh Versuche in der Richtung einer Nomenklatur. So wurde bereits 1872 die Arbeit an einer amerikanischen medizinischen Terminologie begonnen, konnte aber nach langer Unterbrechung erst im Jahre 1937 fortgesetzt werden, als die American Medical Association die Standard Nomenclature of Disease übernahm. Die Arbeit daran war bereits seit 1928 im Gange. Damals war unter der Schirmherrschaft der New York Academy of Medicine ein nationaler Ausschuß zur Aufstellung einer medizinischen Terminologie gegründet worden. Nachdem der Grundplan dieser Terminologie am 24. November 1930 von der 2. Nationalen Konferenz zur Aufstellung einer medizinischen Terminologie angenommen war, erschien die 1. Ausgabe im Jahre 1932, gefolgt von einer 2. und 3. verbesserten Auflage in den Jahren 1933 und 1935. Im Jahre 1937 wurde die Verantwortung für die periodische Überarbeitung des Werkes von der American Medical Association übernommen, und als Ergebnis der 4. Konferenz zur Überarbeitung der medizinischen Nomenklatur im Jahr 1940 erschien 2 Jahre später (1942) eine 3. Auflage, welche außerdem eine standardisierte Nomenklatur der chirurgischen Eingriffe enthielt. Wie bereits im Vorwort zur 1. Ausgabe der britischen Nomenklatur bemerkt worden war, stellen derartige Werke eine große Hilfe bei der statistischen Registrierung der Krankheiten dar, ohne daß sie, wie es ihrem Wesen entspricht, für die statistische Klassifizierung brauchbar sind.

Manche Länder sahen sich genötigt, ein Krankheitsverzeichnis für die statistische Tabellierung der Krankheitsursachen aufzustellen. So wurde z. B. eine normierte Krankheitsliste von dem Gesundheitsministerium des Kanadischen Dominions entworfen und 1936 ver-

öffentlicht. Die hauptsächlichlichen Unterabteilungen dieser Liste entsprachen den 18 Kapiteln der Ausgabe des Internationalen Todesursachenverzeichnisses von 1929 und waren in etwa 380 gesonderte Krankheitskategorien eingeteilt. Auf der internationalen Konferenz des Jahres 1938 legte der kanadische Delegierte eine Modifizierung dieses Verzeichnisses vor und verband dies mit dem Antrag, sie als Grundlage für das Internationale Krankheitsursachenverzeichnis zu verwenden. Obwohl dieser Vorschlag nicht zur praktischen Durchführung gelangte, kam es doch zu der oben bereits wiedergegebenen Resolution.

Im Jahre 1944 wurden in Großbritannien und in den Vereinigten Staaten provisorische Klassifizierungen der Krankheiten und Gesundheitsschädigungen veröffentlicht, die zum Gebrauch für die Morbiditätsstatistik Verwendung finden sollten. Diese Klassifizierungen waren umfangreicher als die kanadische, hielten sich aber im übrigen an die Anordnung der Krankheiten im Internationalen Todesursachenverzeichnis. Die britische Klassifizierung wurde von dem Ausschuß für Krankenhausstatistiken des britischen Forschungsrates nach seiner Gründung im Jahre 1942 fertiggestellt. Unter dem Titel »A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics« (12) sollte diese Klassifizierung den Rahmen für die Aufstellung von Fallstatistiken in den Krankenhäusern Großbritanniens abgeben. Das Gesundheitsministerium bediente sich dieses Dokuments bei der Klassifizierung aller Krankenhausberichte der Kriegszeit. Auch das Versorgungsministerium, die Krankenhäuser und andere Behörden in England griffen darauf zurück.

Etwas früher war als gemeinsame Publikation der obersten Gesundheitsbehörde und des Bevölkerungsstatistischen Amtes der Vereinigten Staaten in den Public Health Reports vom 30. August 1940 ein Verzeichnis von Krankheiten und Gesundheitsschädigungen erschienen, welches für die Tabellierung von Morbiditätsstatistiken bestimmt war (13). Dieses Verzeichnis war von der technischen Abteilung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zusammenarbeit mit einem von der Obersten Gesundheitsbehörde ernannten Sachverständigenausschuß entworfen worden. Im Jahre 1944 wurde dann ein Handbuch zur Kodifizierung von Krankheitsursachen nach Diagnosen zum Zwecke der Aufstellung von Morbiditätsstatistiken (A Manual for Coding Causes of Illness According to a Diagnosis Code for Tabulating Morbidity Statistics) veröffentlicht, das aus einer Diagnosentafel, einer Tabelle der Inhalte der Kategorien und aus einem alphabetischen

Register bestand. Dieses Verzeichnis wurde von einer Reihe von Krankenhäusern, von den Planungsabteilungen zahlreicher freiwilliger Krankenversicherungen eingeführt und darüber hinaus für besondere Studien von anderen Behörden in den Vereinigten Staaten benutzt.

Ausschuß der Vereinigten Staaten zur Bearbeitung der konkurrierenden Todesursachen

Im Verfolg eines Beschlusses der 5. Internationalen Revisionskonferenz ernannten die Vereinigten Staaten im Jahre 1945 einen Ausschuß zum Studium der Erfassung der konkurrierenden Todesursachen, dessen Präsident Dr. Lowell J. Reed, Vizepräsident und Professor für Biostatistik an der John-Hopkins-Universität war. Unter den Mitgliedern und beratenden Fachleuten dieser Konferenz befanden sich Vertreter der kanadischen und britischen Regierung und des Gesundheitsamtes des Völkerbundes. Wohlvertraut mit den Bestrebungen auf dem Gebiete der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik, faßte das Komitee den Beschluß, in Anbetracht der Tatsache, daß das Problem der konkurrierenden Todesursachen mit beiden Arten von Statistiken eng verknüpft ist, sich mit der Klassifizierung der Krankheiten und der Todesursachen zu befassen.

Der Ausschuß nahm Kenntnis von dem Abschnitt der Entschliebung der Internationalen Konferenz zur Bearbeitung des Internationalen Krankheitsverzeichnisses, der empfahl, »daß die Verzeichnisse der verschiedenen Länder soweit als möglich der Internationalen Todesursachenliste angeglichen werden sollten«. Das Komitee kam zu dem Schluß, daß die Klassifizierung der Krankheiten und aller Schädigungen der Gesundheit in engem Zusammenhang mit der Klassifizierung der Todesursachen stünde. Die Ansicht, daß beide Arten von Verzeichnissen grundsätzlich voneinander verschieden seien, erwuchs aus der irrtümlichen Annahme, daß das Internationale Todesursachenverzeichnis eine Klassifikation der Endursachen darstelle, während sie in Wirklichkeit von dem krankhaften Zustand ausgeht, der die Kette der zum Tode führenden Ereignisse auslöste. Der Ausschuß war der Überzeugung, daß die Klassifizierung der Krankheiten für den Zweck der Aufstellung von Krankheitsstatistiken und von Sterblichkeitsstatistiken vergleichbar sein müsse und daß sie, wenn möglich, in einer einzigen Liste zusammengefaßt werden sollte.

Darüber hinaus mußte in Betracht gezogen werden, daß die Zahl der statistischen Organisationen, welche ärztliche Berichte über Krankheit und Tod auswerten, ständig wächst und daß selbst bei denjenigen

Organisationen, die nur Krankheitsfallstatistiken aufstellen, die zum Tode führenden neben den in Heilung ausgehenden Fällen getrennt aufgeführt werden müssen. Es ist leicht einzusehen, daß die Arbeit solcher Stellen durch eine einzige gemeinsame Liste wesentlich erleichtert wird. Der Ausschuß war sich dessen bewußt, daß damit gleichzeitig eine gemeinsame Vergleichsbasis für die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken gewonnen würde, die es bisher noch nicht gab.

Auf Grund dieser Überlegungen wurde ein Unterausschuß gebildet, der in der Zeit vom 10. Dezember 1945 bis zum 11. Februar 1946 eine vorläufige statistische Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen entwarf, die am 11. Februar 1946 von dem Hauptausschuß angenommen wurde. Im Anschluß daran wurde die Klassifizierung von verschiedenen Stellen in Kanada, England und in den Vereinigten Staaten versuchsweise angewandt und überprüft, und nach einigen sich daraus ergebenden Abänderungen wurde sie nach dem Zusammentritt des Komitees der Vereinigten Staaten in Ottawa (Kanada) am 10. März 1947 in der endgültigen Form angenommen.

Sechste Neuauflage des Internationalen Todesursachenverzeichnisses

In den Monaten Juni und Juli 1946 wurde in New York City die Internationale Konferenz für das Gesundheitswesen abgehalten, auf der die vorläufige Kommission der Weltgesundheitsorganisation beauftragt wurde, die gegenwärtige Prozedur zu überprüfen und alle Vorbereitungen zu treffen, die notwendig seien im Zusammenhang mit:

1. Der nächsten 10-Jahreskonferenz zur Neuauflage des Internationalen Todesursachenverzeichnisses (einschließlich aller Verzeichnisse die auf Grund des Abkommens von 1934 über Todesursachenstatistiken eingeführt worden waren) und
2. der Aufstellung eines Internationalen Krankheitsverzeichnisses.

Um sich dieser Aufgabe zu entledigen, beschloß das Interimkomitee auf seiner 2. Sitzung im November 1946 die Ernennung eines Sachverständigenausschusses, der im Januar 1947 unter dem Namen »Sachverständigenausschuß zur Herausgabe der 6. verbesserten Auflage des Internationalen Krankheits- und Todesursachenverzeichnisses« zusammentrat. Die Mitglieder dieses Ausschusses, einschließlich derjenigen, deren Wahl auf der 1. Tagung in Ottawa (Kanada) im März 1947 stattfand, waren:

P. Stocks (Präsident), Leiter der Medizinalstatistik im Bevölkerungsstatistischem Amt für England und Wales;

- W. T. Fales (Vizepräsident), Direktor der Statistischen Abteilung des Gesundheitsamtes der Stadt Baltimore, Honorarprofessor des Hygienischen Instituts der John-Hopkins-Universität, Baltimore, Md, USA;
 Julia E. Backer, Leiterin der Bevölkerungsstatistischen Abteilung des Statistischen Hauptamtes für Norwegen in Oslo;
 S. T. Bok, Professor der Medizin an der Universität Leiden, Leiter der Statistischen Abteilung des Instituts für vorbeugende Medizin, Leiden, Niederlande;
 D. Curiel, ärztlicher Leiter der Abteilung für Epidemiologie und Bevölkerungsstatistik im Ministerium für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege, Caracas, Venezuela;
 P. F. Denoix, Leiter der Technischen Abteilung und des Krebsinstituts am französischen Institut für Hygiene in Paris;
 M. Kacprzak, Professor für Hygiene, Direktor des Staatlichen Unterrichtsinstituts für Hygiene, Präsident des Nationalrats für Gesundheit in Polen, Warschau;
 J. Wyllie, Professor der Hygiene an der Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada;
 N*) Medizinalstatistiker, UdSSR.

Beratende Mitglieder des Fachausschusses

- H. L. Dunn, Leiter des Bevölkerungsstatistischen Amtes der Vereinigten Staaten, Sekretär der Unterabteilung für Sterblichkeitsstatistik bei dem von den Vereinigten Staaten eingesetzten Ausschuss zur Bearbeitung der konkurrierenden Todesursachen, Washington, USA.

Sekretariat

- Marie Cakrtova, Ärztin und Mitglied der Interim-Kommission der Weltgesundheitsorganisation, Genf, Schweiz;
 J. T. Marshall, Regierungsstatistiker, mit der Leitung der Abteilung für Wohlfahrtspflege im Staatlichen Statistischen Amt beauftragt, Ottawa, Kanada.

Im Verfolg seines Auftrags nahm der Ausschuss Kenntnis von den herrschenden Auffassungen über die Klassifizierung der Todes- und Krankheitsursachen und überprüfte auf seiner 1. Sitzung das Verzeichnis, welches von dem von den Vereinigten Staaten eingesetzten Ausschuss zur Klassifizierung konkurrierender Todesursachen fertiggestellt und dem Fachausschuss zur Begutachtung vorgelegt worden war. Das Ergebnis der 1. Tagung des Fachausschusses war a) die Internationale Statistische Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen, bestehend aus einer Einführung und einem Verzeichnis der Kategorien (Dokument der W. H. O. Ic/MS/1 und b) einer Tabelle der Inhalte der Kategorien (Dokument W. H. O. Ic/MS/7). Jene wurde 72 Regierungen zur Durchsicht und

*) Der Vertreter der UdSSR. war bei der 1., 2. und 3. Sitzung nicht anwesend.

Kritik zugestellt, während dieses vorwiegend den Mitgliedern des Fachausschusses überreicht wurde und darüber hinaus denjenigen Regierungen, die an der Arbeit des von den Vereinigten Staaten berufenen Komitees für konkurrierende Todesursachen teilgenommen hatten.

Auf seiner 2. Tagung, die vom 21.—29. Oktober 1947 in Genf zusammengetreten war, beschäftigte sich der Fachausschuss mit den Antworten der Regierungen bzw. ihrer Fachleute und verbesserte beide Dokumente, in dem alle Änderungen aufgenommen wurden, von denen zu erwarten war, daß sie die Brauchbarkeit und die Anerkennung der Klassifizierung fördern würde. Auf dieser Tagung wurde das Komitee von einem Unterausschuss unterstützt, der ernannt worden war, um in Zusammenarbeit mit Regierungsstellen in Kanada, Großbritannien und in den Vereinigten Staaten ein umfassendes alphabetisches Register zusammenzustellen. Mitglieder dieses Unterausschusses waren:

- S. D. Collins (Präsident), Leitender Statistiker der Abteilung für Methodologie bei der Obersten Gesundheitsbehörde der Vereinigten Staaten, Washington D. C.,
 I. M. Moryama, Leiter der Abteilung für Untersuchung der Todesursachen, Hauptamt für Bevölkerungsstatistik in der Obersten Gesundheitsbehörde der Vereinigten Staaten, Washington D. C.,
 Winifred O'Brien, Amtschef in der Abteilung für Nosologie im Staatlichen Statistischen Amt Ottawa, Kanada,
 A. H. T. Robb-Smith, Lektor für Pathologie, Universität Oxford, England,
 H. T. Marshall, Regierungsstatistiker, mit der Leitung der Abteilung für Wohlfahrtspflege im Staatlichen Statistischen Amt beauftragt, Ottawa, Kanada.

Auf seiner Tagung beschäftigte sich der Ausschuss ebenfalls mit der Struktur und Anwendung besonderer Ursachenverzeichnisse für die Tabellierung und Veröffentlichung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken und studierte darüber hinaus noch andere mit dem internationalen Vergleich von Mortalitätsstatistiken zusammenhängende Fragen. Dazu gehörten z. B. die Form des Totenscheins und die Regeln, nach denen die Einklassifizierung vorgenommen wird. Der Ausschuss setzte fest, daß diese Punkte auf die Tagesordnung der 6. Revisionskonferenz zu setzen seien.

Sechste Revisionskonferenz

Die Internationale Konferenz zur Vorbereitung der 6. Neuauflage des Internationalen Krankheits- und Todesursachenverzeichnisses wurde gemäß dem am Ende der 5. Konferenz getroffenen Abkommen vom 7. Oktober 1938 durch die französische Regierung einberufen und tagte

vom 26.—30. April 1948 in Paris. Sie wurde eröffnet durch den französischen Minister des Auswärtigen, G. Bidault, der Delegierte aus folgenden 29 Ländern begrüßen konnte:

Belgien	Griechenland	Norwegen
Bulgarien	Guatemala	Polen
Kanada	Ungarn	Portugal
Chile	Island	Siam
Kuba	Indien	Schweden
Tschechoslowakei	Irland	Schweiz
Dänemark	Italien	Großbritannien
Ekuador	Luxemburg	Vereinigte Staaten
Äthiopien	Mexiko	Venezuela
Frankreich	Niederlande	

Die Geschäftsführung der Konferenz lag in den Händen der zuständigen französischen Behörden sowie der Weltgesundheitsorganisation. Diese hatte gemäß den Abmachungen der auf der Internationalen Konferenz für das Gesundheitswesen 1946 vertretenen Länder die vorbereitenden Arbeiten durchgeführt. Die Punkte und Vorschläge des Fachausschusses wurden der Konferenz durch ihren Präsidenten, Vizepräsidenten und den Referenten Dr. A. H. D. Robb-Smith vorgetragen.

Die Konferenz gab ihre Zustimmung zur neuen Form der Klassifizierung, wie sie vom Fachausschuß der Weltgesundheitsorganisation als 6. Neuausgabe des Internationalen Krankheits- und Todesursachenverzeichnisses vorgeschlagen worden war, und befaßte sich darüber hinaus mit ihrer praktischen Anwendung bei der Sammlung, Aufstellung und Veröffentlichung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Es wurde die Empfehlung herausgegeben, daß das Verzeichnis der dreistelligen Kategorien (Einzelverzeichnis) bei der Zusammenstellung von Krankheits- und Todesfallstatistiken benutzt und daß ein einheitlicher Totenschein eingeführt werden solle nebst bindenden Regeln für die Aussonderung der ursprünglichen Todesursache. Außerdem führte die Konferenz folgende Sonderverzeichnisse zum Gebrauch bei der Tabellierung und Veröffentlichung von Statistiken ein:

1. ein »mittleres« Verzeichnis mit 150 Krankheits- und Todesursachen zur Zusammenstellung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken nach dem Alter oder nach anderen demographischen Gesichtspunkten,
2. ein »gekürztes« Verzeichnis mit 50 Ursachen zur Zusammenstellung von Mortalitätsstatistiken in kleineren Verwaltungseinheiten,
3. ein »Sonder«-Verzeichnis mit 50 Ursachen für die Morbiditätsstatistik der Sozialversicherungen.

Darüber hinaus wurde es als wünschenswert bezeichnet, daß die Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation unter Berufung auf Artikel 21 ihrer Verfassung entsprechende Direktiven gemäß den Empfehlungen des Fachausschusses und der Konferenz herausgebe, um auf diese Weise die Anwendung der Klassifizierung in allen Ländern sicher zu stellen. Diese Direktiven wurden von der 1. Vollversammlung in Genf im Jahre 1948 genehmigt. Ein Abdruck davon befindet sich am Schluß des Buches.

Die 6. Revisionskonferenz war ein Meilenstein in der Geschichte der internationalen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik. Es wurde dort nicht nur die Einführung eines gemeinsamen umfassenden Verzeichnisses der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen empfohlen, sondern auch ein weitreichendes Programm der internationalen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik aufgestellt.

Folgendes Vorgehen bei der internationalen Zusammenarbeit wurde als notwendig erkannt:

- a) Die Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation ernennt einen Fachausschuß für Gesundheitsstatistik, der mit der Untersuchung aller Fragen auf dem Gebiet der Gesundheitsstatistik betraut wird, einschließlich der Registrierung der Geburten, Krankheiten und Todesfälle.
- b) Die beteiligten Regierungen ernennen eigene Ausschüsse, welche die gesamte statistische Arbeit des jeweiligen Landes auf eine Linie bringen und als Bindeglied zwischen den nationalen medizinisch-statistischen Instituten und dem Fachausschuß der Weltgesundheitsorganisation auftreten.
- c) Die Untersuchung bestimmter, für das Gesundheitswesen wichtiger statistischer Fragen wird in der Form dezentralisiert, daß die daran interessierten gesundheitsstatistischen Ausschüsse der verschiedenen Länder mit dieser Aufgabe betraut werden, wobei die Ergebnisse dem Fachausschuß der Weltgesundheitsorganisation zur Diskussion und Auswertung auf internationaler Ebene mitgeteilt werden sollen.
- d) Das statistische Amt der Weltgesundheitsorganisation wird auf einen Stand gebracht, der ihm erlaubt, nicht nur seine Funktionen im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation auszuüben und die Empfehlungen des Fachausschusses für Gesundheitsstatistik in die Tat umzusetzen, sondern auch den Medizinalverwaltungen und Statistischen Ämtern der verschiedenen Länder mit gutem Rat zur Seite zu stehen.
- e) Wenn immer ein Anlaß dazu besteht, ruft die Weltgesundheitsorganisation eine technische Konferenz zusammen, um Fragen der Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik zu behandeln.
- f) Zur Durchführung dieses Planes wird eine enge Zusammenarbeit mit den einschlägigen Unterorganisationen der Vereinten Nationen und ihren Fachabteilungen herbeigeführt.

Schließlich beauftragte die 6. Revisionskonferenz den Fachausschuß, der die Vorarbeiten geleistet hatte, mit der endgültigen Formulierung folgender Entwürfe:

- a) Internationale statistische Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen einschließlich der Mittleren, Gekürzten und Sonderliste mit der Maßgabe, alle auf der Konferenz zur Sprache gekommenen Zusätze aufzunehmen, sofern dies ohne Änderung ihrer Struktur möglich ist;
- b) Ärztlicher Totenschein;
- c) Vorschriften über die Ansonderung der ursprünglichen Todesursache, wenn mehrere Ursachen im Totenschein genannt sind;
- d) Tabellen zur Erfassung der mehrfachen Todesursachen.

Auf seiner 3. Sitzung in Genf am 4.—7. Mai 1948 beschäftigte sich der Fachausschuß zusammen mit dem Unterausschuß für das Register mit den Vorschlägen der 6. Revisionskonferenz und faßte den Beschluß, daß die Veröffentlichung der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen in Form des vorliegenden Buches erfolgen solle.

In allen Phasen der mit dieser 6. Neuausgabe verbundenen Arbeit wurde ein enger Konnex mit dem Statistischen Amt der Vereinten Nationen und mit dem Internationalen Arbeitsamt unterhalten. Der 2. Sitzung des Fachausschusses wohnten Vertreter beider Organisationen als Beobachter bei. Das Internationale Arbeitsamt war darüber hinaus auch auf der Revisionskonferenz und auf der 3. Sitzung des Fachausschusses vertreten. Das Sonderverzeichnis mit 50 Titeln für die Morbiditätsstatistiken der Wohlfahrtsorganisationen entstand auf Grund eines Vorschlags des Gesamtamerikanischen Komitees für Soziale Wohlfahrt, der vom Internationalen Arbeitsamt dem Fachausschuß zu Begutachtung und Studium zugeleitet worden war.

Internationale statistische Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen

Der Inhalt des Verzeichnisses der Krankheiten und Gesundheitsschädigungen zum Zweck der Klassifizierung von Krankheiten sowohl als auch von Todesursachen muß sich notwendigerweise von den älteren internationalen Verzeichnissen unterscheiden, die vorwiegend als Schlüssel für die Todesursachen gedacht waren. Trotzdem hat die Forschung in Großbritannien, den Vereinigten Staaten und in anderen Ländern klar genug gezeigt, daß der Aufbau des alten Internationalen Todesursachenverzeichnisses ein brauchbares Gerüst für die Entwicklung einer Krankheitsklassifizierung zum Gebrauch in der Statistik abgab.

Hinzu kommt, daß der Aufbau dieser Verzeichnisse sich seit mehr als einem halben Jahrhundert in allen Ländern der Welt praktisch bewährt hat. Die Tatsache allein, daß die allgemeine Anordnung dieser Listen im Laufe jener Zeitperiode nicht wesentlich abgeändert werden mußte, läßt erkennen, daß es kaum eine bessere Arbeitsgrundlage für die Krankheitsstatistik geben dürfte.

Die vorliegende Klassifizierung ist nichts anderes als eine Erweiterung der Diagnosenliste des alten Internationalen Todesursachenverzeichnisses mit dem Ziel, auch für die nicht tödlich endenden Krankheiten und Gesundheitsschädigungen spezifische Kategorien aufzustellen. Dabei ist darauf geachtet worden, daß ihre Kategorien mit den wichtigeren Nummern der 5. Ausgabe des Todesursachenverzeichnisses verglichen werden können. Es besteht jedoch keineswegs die Notwendigkeit, daß die einzelnen Unterabteilungen absolut vergleichbar sind. Man muß bei dem Vergleich von Krankheits- oder Todesursachen in neuerer Zeit mit denen aus einer früheren Epoche immer im Auge haben, daß nicht die wirkliche Häufigkeit einer Krankheit verglichen wird, sondern die Häufigkeit, mit der eine bestimmte Diagnose von einem in Vorbildung und wissensmäßigen Voraussetzungen um 20 Jahre auseinanderliegenden Kreis von Ärzten gebraucht wurde.

Um die Kontinuität der Mortalitätsstatistik nach Ursache und Alter zu wahren, wiederholte die 6. Revisionskonferenz die Empfehlung der vorangegangenen Tagung, die besagte, daß die gesamten Todesfälle der Jahre 1949 und 1950 unter Zuhilfenahme der Einzelliste von 1948 und der 5. Ausgabe des Internationalen Todesursachenverzeichnisses von 1938 aufgeschlüsselt werden sollten, und daß eine Tabelle mit diesen beiden Ergebnissen veröffentlicht werden sollte, um die durch das neue Verzeichnis veranlaßten Veränderungen aufzuzeigen.

Bevor die Grundsätze erläutert werden können, die der neuen Klassifizierung zugrunde liegen, ist es angebracht, sich erneut den Zweck einer statistischen Klassifizierung vor Augen zu führen und daran zu denken, daß diese ein statistisches Verzeichnis von krankhaften Zuständen darstellt, und nicht eine Terminologie zur Bezeichnung von Krankheiten oder anderen Schädigungen der Gesundheit. Dies bedeutet, daß nicht jeder krankhafte Zustand eine eigene Nummer erhält, sondern daß es für jeden derartigen Zustand eine Kategorie geben muß, in die er eingereiht werden kann. Dies wurde durch eine Methode erreicht, welche eine Auswahl und die Einteilung in Gruppen vorsah. So wurde z. B. die große Gruppe der Psychosen in einer aus 2 Zahlen bestehenden

Nummer zusammengefaßt und dann in 9 Kategorien aufgeteilt, welche den annähernd definierbaren Arten von Psychosen entsprachen. Zu diesen wurde eine 10. oder überzählige Kategorie geschaffen, in der alle jene Psychosen untergebracht werden können, die noch nicht in ihrem Wesen erkannt oder ungenügend definiert sind. Die Einteilung der Kategorien geht von der Häufigkeit und Bedeutung der Krankheitszustände sowie von ihrer Definierbarkeit aus. Die Einteilung in Kategorien kann dann als zufriedenstellend angesehen werden, wenn eine möglichst geringe Zahl von Krankheitszuständen in eine überzählige Kategorie eingereiht werden muß.

Liste der dreistelligen Kategorien (detailliertes Verzeichnis)

Die Taxonomie der vorliegenden Klassifizierung ist bis zu einem gewissen Grade eklektisch, da eine streng systematische Kategorisierung praktisch nicht durchführbar ist. Jedoch folgt die Einteilung in große Gruppen im allgemeinen den Grundsätzen, die bei der Aufstellung des Internationalen Todesursachenverzeichnisses maßgeblich waren. An erster Stelle stehen die Krankheiten, die durch ein spezifisches infektiöses Agens hervorgerufen werden, dann kommen die Kategorien für die Neoplasmen und für die allergischen, endokrinen, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten. Von den übrigbleibenden Krankheiten sind die meisten nach ihrer Lokalisation eingeordnet worden mit Sonderabteilungen für die Geisteskrankheiten, Komplikationen der Schwangerschaft und Geburt, bestimmte Krankheiten des frühen Kindesalters, Altersschwäche und schwer definierbare Krankheitszustände und Symptomenkomplexe. Der letzte Abschnitt bringt eine doppelte Klassifizierung der Verletzungen und äußeren Schädigungen. Obwohl sich die Reihenfolge der Klassifizierung im allgemeinen an die des alten Internationalen Todesursachenverzeichnisses hält, sind dort, wo es angebracht erschien, Abweichungen von dieser Linie erfolgt, sei es um die Anordnung verwandter Kategorien zu verbessern oder um Erweiterungen vorzunehmen, die von den Erfordernissen der Krankheitsstatistik diktiert worden waren.

Die Einzelliste auf Seite 1 — 42 besteht aus einem Verzeichnis von 612 Kategorien von Krankheiten oder krankhaften Zuständen. Dazu kommen 153 Kategorien zur Klassifizierung äußerlich bedingter Gesundheitsschädigungen und 189 Kategorien zur Klassifizierung der Schädigungen nach der Art der Verletzung. Für die Numerierung wurde ein Dezimalsystem angewandt, in dessen Rahmen die Einzelkategorien durch dreistellige Ziffern bezeichnet wurden. Vielfach be-

zeichnen die ersten beiden Stellen der dreistelligen Ziffer wichtige Krankheitsgruppen oder charakteristische Sammelgruppen. Die dritte Stelle unterteilt jede Gruppe in Kategorien, welche spezifische Krankheitseinheiten enthalten oder welche eine Krankheit oder einen Zustand unter einem charakteristischen Gesichtspunkt, wie z. B. seiner Lokalisierung, zusammenfassen. Außerdem sind die Einzelkategorien (dreistelligen Kategorien) nicht fortlaufend numeriert worden; vielmehr sind einzelne Nummern ausgelassen worden, um den zusammenfassenden Charakter der ersten beiden Stellen dort aufrecht zu erhalten, wo sie von Bedeutung sind. Zusätzliche dreistellige Kategorien können nicht in die Klassifizierung neu hineingebracht werden, es sei denn, die Liste würde durch ein internationales Abkommen in eine neue Form gebracht. Das Zahlensystem ist absichtlich als geschlossenes System angelegt worden, das heißt jede große Gruppe wird mit einer Null an dritter Stelle der Ziffer eingeleitet, wonach die Numerierung gemäß der Anzahl der in jeder Gruppe enthaltenen Kategorien weitergeht.

Bei der vorliegenden Neuausgabe wurde das Dezimalsystem angewandt, das insofern eine Abweichung von dem in der alten Ausgabe des Internationalen Todesursachenverzeichnisses angewandten System darstellt, als dort ein kombiniertes Buchstaben-Ziffernsystem in Anwendung gebracht worden war. Die neue Methode ist beweglicher und leichter anwendbar, weil sie (1) eine große Zahl von übergeordneten Gruppen verfügbar macht, welche charakteristische Krankheitseinheiten oder Krankheitsgruppen umfassen, weil sie (2) in späteren Ausgaben die Einführung neuer Kategorien ermöglicht, ohne daß die Grundzahlen der anderen Kategorien durcheinander gebracht werden, und (3) weil es die Schreib- und mechanische Arbeit auf ein geringes Maß reduziert. Dies ist besonders wichtig für statistische Institute, die eine moderne maschinelle Ausstattung besitzen und ein voluminöses Material zu bearbeiten haben.

Die gegenwärtige Einteilung weist 17 Hauptabschnitte auf gegenüber 18 in der 5. Auflage des Internationalen Todesursachenverzeichnisses. Altersschwäche und ungenau definierte Krankheitszustände sind zu einem gemeinsamen Abschnitt vereinigt worden im Gegensatz zur Ausgabe von 1938, wo sie 2 eigene Abschnitte einnahmen. Abschnitt V des alten Verzeichnisses, chronische Vergiftungen, ist weggefallen und sein Inhalt in der neuen Klassifizierung an anderer Stelle untergebracht worden. Statt dessen wurde eine neue Hauptgruppe aufgenommen, nämlich V. Störungen des Bewußtseins und der Persönlichkeit und Psychoneurose.

Der Abschnitt »Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkung« war schon immer umstritten. Die Schwierigkeit liegt darin, daß für die Statistik mehrere Gesichtspunkte der Klassifizierung als wichtig in Betracht gezogen werden müssen, nämlich die Umstände des Unfalles einschließlich der Art der Gewalteinwirkung und die Art der Verletzung. Beide Gesichtspunkte sind von Bedeutung, obwohl bei Untersuchungen in einer bestimmten Richtung einer davon wichtiger werden kann. Infolge der Wichtigkeit beider Aspekte einer derartigen Schädigung bestand dieser Abschnitt immer aus einem unbefriedigenden Kompromiß, da die eine Art der Klassifizierung die andere keineswegs überflüssig machte.

Aus diesem Grunde wurde bei der Festlegung eines gemeinsamen Schlüssels für die Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik dieses Problem an der Wurzel angefaßt und eine doppelte Klassifizierung vorgenommen. Als ein nicht hinwegzudenkender Teil der Klassifizierung wurden die pathologischen Zustände, die sich von Verletzungen, Vergiftungen und anderen äußeren Ursachen herleiten, sowohl nach der äußeren Ursache als auch nach der Art der Verletzung (z. B. Fraktur, Kontinuitätstrennung, Verbrennung) klassifiziert. Für diesen Gesichtspunkt wurde in der neuen Liste die Bezeichnung »Art der Schädigung«, für jenen die Bezeichnung »äußere Ursache« gewählt. Die Bezifferung von 800—999 ist in beiden Fällen die gleiche, doch ist dort, wo die Einklassifizierung nach der äußeren Ursache erfolgte, ein »E« zur Ziffer getreten, während die Klassifizierung nach der Art der Schädigung durch ein »N« hervorgehoben wurde. Beide Kategorien sind als integrierender Bestandteil der Internationalen Statistischen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen anzusehen, und ein durch Verletzung oder Gewalt verursachter Krankheitszustand muß nach beiden Gesichtspunkten erfaßt werden.

Den Überschriften der einzelnen Abschnitte darf nicht zu viel Wert beigemessen werden; ihre Bedeutung ist gering, weil die Unterteilung in 17 Abschnitte kein integrierender Bestandteil des Nummernsystems ist. Dies war um so wünschenswerter, als die Hauptabschnitte der alten Todesursachenliste niemals unumstößliche und statistisch brauchbare Sammelkategorien darstellten. Jede Änderung des Todesursachenverzeichnisses in der Vergangenheit brachte eine Übertragung von Krankheiten von einem Abschnitt in den anderen, so daß über einen langen Zeitraum hinweg die verschiedenen Abschnitte selten vergleichbar blieben.

Tabelle der Inhalte und vierstellige Subkategorien

Das in der Internationalen Statistischen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen enthaltene Verzeichnis der Kategorien gibt den Rahmen ab für die Einteilung in Klassen; darüber hinaus ist es aber notwendig, die zu jeder Kategorie gehörigen Diagnosen zu kennen, ehe die Klassifizierung benutzt wird. Zwar ist bei einer großen Zahl von Kategorien der Titel unmißverständlich genug, um alle darunter fallenden Krankheitszustände erkennen zu lassen, doch lassen dafür andere Titel der persönlichen Auslegung erheblichen Spielraum. Ein befriedigender internationaler Vergleich von Statistiken, die auf der Grundlage einer Klassifizierung aufgestellt worden sind, ist jedoch nur möglich, wenn kein Zweifel über den Inhalt der Kategorien herrschen kann.

Daher besteht der 3. Teil dieses Buches aus einer Tabelle der Inhalte der Kategorien des Einzelverzeichnisses. Zahlreiche dreistellige Kategorien sind hier in vierstellige Subkategorien unterteilt worden. Diese Subkategorien treten in dem Einzelverzeichnis nicht in Erscheinung und können bis zu einem gewissen Grad als willkürlich betrachtet werden; trotzdem sind sie wichtig und wesentlich für Länder oder Organisationen, die umfassendere Untersuchungen über Krankheits- und Todesursachen anstellen wollen. Wenn noch mehr in Einzelheiten gegangen werden soll, als im Rahmen des Verzeichnisses der Subkategorien vorgesehen, können durch Ausnutzung der 4. Stelle zusätzliche Unterabteilungen geschaffen werden. So sind z. B. in dem Abschnitt über Geschwülste keine vierstelligen Subkategorien enthalten; trotzdem kann die vierte Stelle zur näheren Charakterisierung einer Neubildung ausgenützt werden, wobei es jedoch empfehlenswert erscheint, Buchstaben an Stelle von Ziffern einzusetzen, um damit zum Ausdruck zu bringen, daß der so bezeichnete Krankheitsprozeß in der Internationalen Liste nicht vorkommt. Es bedarf keiner Erklärung, daß diese vierstelligen Subkategorien sich nur auf solche Krankheitszustände beziehen dürfen, die in der übergeordneten dreistelligen Kategorie vorgesehen sind.

Obwohl die Aufnahme sämtlicher Fachausdrücke, die sich in ärztlichen Dokumenten jeder Art finden können, weder möglich noch wünschenswert war, ist der Versuch unternommen worden, nicht nur die meisten Diagnosen der offiziellen Terminologie, sondern auch die sonst in den verschiedenen Ländern üblichen Krankheitsbezeichnungen zu bringen. Außerdem stellte sich die Notwendigkeit heraus, zahlreiche veraltete, in Krankengeschichten und Totenscheinen noch benutzte

Ausdrucksweisen mit in die Tabelle der Inhalte einzubeziehen, wobei jedoch alle anfechtbaren und weniger gebräuchlichen Diagnosen weggelassen wurden und nur im alphabetischen Register (2. Band) erscheinen.

In Anbetracht der Tatsache, daß in vielen Ländern, z. B. in Skandinavien und in mitteleuropäischen Ländern, eine größere Zahl von lateinischen oder latinisierten Diagnosen üblich ist als in den französisch oder englisch sprechenden Gebieten, erschien es ratsam, eine Anzahl lateinischer Synonyme derjenigen Diagnosen aufzunehmen, die in ihrer englischen oder französischen Form nicht ohne weiteres erkennbar sind. Darüber hinaus ist vorgesehen, daß für Länder, in denen die lateinische Terminologie in Gebrauch ist, ein ergänzender alphabetischer Index der lateinischen Synonyme in Druck gegeben wird.

Anwendung der statistischen Klassifizierung in der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik

Bei der Aufstellung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken ist die Internationale Statistische Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen ein erstes Hilfsmittel, vor dessen Anwendung eine Entscheidung darüber getroffen werden muß, welchem Zweck die betreffende Statistik dienen soll. Dieses Problem ist komplexer Natur, da sowohl bei Krankheit als auch bei Tod mehr als ein pathologischer Prozeß eine Rolle spielen kann. Infolgedessen führt in der Mehrzahl aller Länder der Totenschein und vielfach auch ein großer Prozentsatz aller anderen ärztlichen Dokumente mehr als eine Ursache für Krankheit oder Tod an. Als erstes Problem steht daher zur Debatte, ob die betreffende Statistik auf die Zahl der Kranken oder Gestorbenen hinzielt, oder ob es dabei mehr darauf ankommt, die Krankheitszustände zu erfassen, welche Krankheit oder Tod herbeigeführt haben. Beide Arten der Statistik sind für die Erfassung von Morbidität und Mortalität wichtig und daher eine Untersuchung wert.

Anwendung in der Todesursachenstatistik. Bei den alten Todesregistern, die gewöhnlich nur eine einzige Todesursache enthielten, genügten wenige einfache Regeln, um eine uniforme Auswahl der Todesursache zu gewährleisten. Die gewöhnliche Form des Mortalitätsregisters ging daher von dem einzelnen Todesfall aus, wobei jedes Mal nur eine einzige Todesursache angegeben wurde. Mit der Zeit erschienen auf einer immer größeren Anzahl von Totenscheinen mehrere Todesursachen, und so wurde das Problem der Aussonderung der Todesursachen immer wesentlicher für die Aufstellung vergleichbarer Statistiken.

Als Bertillon im Jahre 1900 die erste verbesserte Auflage des Internationalen Todesursachenverzeichnisses herausgab, legte er eine Reihe von Grundsätzen für die Aussonderung der primären Todesursache fest. Der Kommentar des Bevölkerungsstatistischen Amtes der Vereinigten Staaten zur Anwendung dieser Grundsätze wurde in das 1914 erstmalig veröffentlichte und später mehrfach (1925, 1933, 1944) neu herausgegebene Handbuch der konkurrierenden Todesursachen für die Vereinigten Staaten aufgenommen. Neben den Vereinigten Staaten haben sich in den vergangenen Jahren verschiedene andere Länder dieses Handbuches als eines Führers bei der Auswahl der zu registrierenden Todesursache bedient.

In der Zeit von 1902—1939 hat das Bevölkerungsstatistische Amt für England und Wales eigene Regeln für die Aussonderung der ursprünglichen Todesursache in Gebrauch gehabt, die elastischer waren als diejenigen, die im Handbuch der konkurrierenden Todesursachen für die Vereinigten Staaten enthalten waren. Von 1940 an wurde es in England gebräuchlich, für die Register diejenige Todesursache zu erfassen, die von dem zuständigen Arzt als ursprüngliche Todesursache bezeichnet worden war, mit Ausnahme derjenigen Fälle, in denen die Reihenfolge der Eintragung in den Totenschein offensichtlich falsch war. Diese Veränderung der Prozedur war dadurch möglich geworden, daß seit 1926 in England ein neues Formular für den Totenschein eingeführt worden war, welches dem zuständigen Arzt die Möglichkeit in die Hand gab, die Reihenfolge der zum Tode führenden Ereignisse mit größerer Deutlichkeit wiederzugeben.

Wie bereits früher erwähnt, hatte die 5. Revisionskonferenz die Vereinigten Staaten beauftragt, die früheren Untersuchungen über das Problem der konkurrierenden Todesursachen gemeinsam mit anderen Ländern und Organisationen fortzusetzen. Als Ergebnis dieses Ersuchens wurde dem Fachausschuß zur Vorbereitung der 6. Revision und der 6. Revisionskonferenz ein Exposé vorgelegt, das sich mit den konkurrierenden Todesursachen beschäftigte (14).

Die Arbeiten des Ausschusses der Vereinigten Staaten und des Fachausschusses führten dazu, daß auf der 6. Revisionskonferenz der internationale Vordruck zur Bescheinigung der Todesursache sowie die Direktiven für die »Bestimmung der ursprünglichen Todesursache« Billigung fanden, die in einem späteren Abschnitt dieses Buches abgedruckt sind.

Beide Ausschüsse waren sich der Wichtigkeit der Registrierung multipler Todesursachen bewußt und machten daher den Vorschlag, daß eine tabellarische Aufstellung der multiplen Todesursachen, ähnlich wie sie von dem Fachausschuß angegeben worden war, in jedem Land mit dem Termin der Volkszählung herausgegeben werden solle. (Siehe Seite 399).

Anwendung der Klassifizierung in der Krankheits- und Invaliditätsstatistik. Morbidität ist wesentlich schwieriger zu definieren als Mortalität, da sie eher als eine dynamische denn als eine statische Erscheinung zu gelten hat. Der Tod ist ein endgültiges Ereignis, dessen Vorkommen numerisch erfaßt werden kann. Der Begriff Krankheit jedoch reicht von einer geringfügigen Änderung des normalen Gesundheitszustandes, die auf den Ablauf des täglichen Lebens keinen Einfluß hat, bis zur schwersten chronischen Schädigung, welche dauernde Bettruhe oder Pflege erfordert. Es kann auch vorkommen, daß ein Kranker während der Beobachtungszeit nur einmal einen akuten Schub seiner Krankheit durchmacht, oder aber, daß er wiederholt die Erscheinungen der gleichen Krankheit zeigt. Umgekehrt kann ein Patient während des gleichen Zeitraumes an zwei oder mehreren Krankheiten leiden. Auf diese Weise wird das Problem der Registrierung äußerst kompliziert, und es ist nicht schwer zu erkennen, daß Regeln für die Anwendung der vorliegenden Klassifizierung zur Aufstellung von Krankheitsstatistiken nicht in so präziser und verhältnismäßig einfacher Form angegeben werden können wie für die Sterblichkeitsstatistik, da die Praxis der Anwendung sowohl von dem zu untersuchenden Krankheitszustand als auch von dem Zweck der Statistik abhängt.

Die schnelle Entwicklung der Planung auf dem Gebiet des Krankenversicherungs- und Krankenbehandlungswesens sowie die wissenschaftliche Erforschung des Krankheitsvorkommens bei der Bevölkerung führten dazu, daß eine Reihe von Bearbeitern Methoden entwickelt hat, die es vielleicht ermöglichen, den oder jenen besonders interessanten Gesichtswinkel zu finden, unter dem die Frage des Krankheitsvorkommens studiert werden kann.

In der anfangs erwähnten, vom ärztlichen Forschungsrat Großbritannien herausgebrachten provisorischen Klassifizierung der Krankheiten und Gesundheitsschädigungen sind Direktiven enthalten, die bestimmen, »daß Gegenstand der Klassifizierung derjenige Zustand sein muß, der umschrieben werden kann als die endgültige Diagnose der Hauptkrankheit oder Schädigung, derentwegen der Patient um Behand-

lung nachsuchte«. Damit ist das Hauptinteresse auf den Zustand konzentriert, welcher die betreffende Person zum Arzt führte. Auch die Klassifizierung der Begriffe »wichtigste Komplikation«, »wichtigste hinzutretende akute Krankheit« und »wichtigste hinzutretende chronische Krankheit« sind in dieser Vorschrift berücksichtigt worden.

Allgemeiner gehalten sind die Vorschriften für die Bestimmung der Hauptursache der Krankheit in dem Handbuch zur Registrierung der Krankheitsursachen, wie es von dem öffentlichen Gesundheitsdienst der Vereinigten Staaten herausgebracht wurde. Dort wurde besonders darauf hingewiesen, daß sich bei der Krankheitsstatistik das Interesse oft auf die Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder konzentriert ohne Rücksicht darauf, ob sie die eigentliche Krankheit darstellen oder nur eine Komplikation, Folge oder einen gleichzeitig bestehenden Prozeß. Daher ist für viele Untersuchungen die Aufzählung aller Diagnosen wichtig; z. B. gehören zur Pneumonie sowohl alle im Gefolge einer Grippe oder akuten Infektionskrankheit auftretenden pneumonischen Prozesse als auch die genuine Lungenentzündung.

Es bedarf somit keiner Erläuterung, daß vor der Abfassung international anwendbarer Vorschriften für die Klassifizierung der Krankheiten allgemein viel mehr die verschiedenen Seiten berücksichtigt werden müssen, von denen aus ein Krankheitsprozeß betrachtet werden kann, ebenso wie die Methoden, die zur Bearbeitung unter einem bestimmten Gesichtspunkt anzuwenden sind und die von dem Zweck der betreffenden Statistik abhängen.

Die Weltgesundheitsorganisation ist bereit, die Arbeit der Behörden und anderer Instanzen zu unterstützen und zu koordinieren, sofern es erwünscht ist.

Sonderverzeichnis von Ursachen für die Registrierung

Auf der 6. Revisionskonferenz wurde besonders hervorgehoben, daß Krankheits- und Todesfallregister immer nach der Einzelliste mit den dreistelligen Kategorien (mit oder ohne vierstellige Subkategorien) angelegt werden müssen. Nur bei dieser Art des Vorgehens können die Vorteile der Klassifikation in Erscheinung treten.

Bei der Wiedergabe oder Veröffentlichung von Krankheits- oder Todesfallstatistiken ist die Zahl der verfügbaren Unterabteilungen begrenzt. Die Auswahl der in Frage kommenden Kategorien oder Gruppen von Kategorien richtet sich nach dem Zweck der Statistik.

Zweifelloos ist es möglich, viele Sonderverzeichnisse neu aufzustellen, welche sich auf unterschiedliche Weise der drei- und vierstelligen Kategorien der Klassifizierung bedienen können.

Um derartigen Notwendigkeiten Rechnung zu tragen, enthält einer der folgenden Abschnitte des Handbuches drei Verzeichnisse zur Registrierung von Krankheits- und Todesfällen nach den Ursachen. Diese sind:

- Verzeichnis A. Mittleres Verzeichnis mit 150 Ursachen für die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik.
- Verzeichnis B. Gekürztes Verzeichnis mit 50 Ursachen für die Mortalitätsstatistik.
- Verzeichnis C. Sonderverzeichnis mit 50 Ursachen für die Morbiditätsstatistik der Sozialversicherung.

Zum Vergleich der Statistiken ist es unbedingt erforderlich, daß bei jeder Veröffentlichung diese Verzeichnisse in der angegebenen Form Anwendung finden, ohne weitere Umstellung oder Kürzung, die ihre Struktur zerreißen würden. Dieser Vorbehalt schließt jedoch mehr ins einzelne gehende Statistiken nicht aus, wenn dafür Sorge getragen ist, daß durch eine Erweiterung der Verzeichnisse die Wiederherstellung der ursprünglichen Gruppen nicht unmöglich gemacht wird, was dadurch erreicht werden kann, daß die neuen Titel einfach hinzugefügt werden. Bei der Veröffentlichung von Statistiken an Hand dieser oder anderer erweiterter und in besonderen Fällen zweifellos besser angemessener Verzeichnisse ist es wesentlich, daß in dem Register klar zum Ausdruck gebracht wird, in welche Kategorie des Einzelverzeichnisses jede Gruppe von Ursachen fällt.

Quellennachweis

1. Registrar-General of England and Wales. Sixteenth Annual Report, 1856, Appendix, 75—76.
2. Knibbs, Sir G. H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Med. J. Aust. 1929, 1, 2—12.
3. Greenwood, M. Medical statistics from Graunt to Farr. Biometrika, 1942, 32, 204.
4. Registrar-General of England and Wales. First Annual Report, 1839, 99.
5. Registrar-General of England and Wales. Sixteenth Annual Report, 1856, Appendix, 73.
6. Bertillon, J. Classification of the causes of death (Abstract). Trans. 15th Int. Cong. Hyg. Demog. Washington 1912, 52—55.
7. Bull. Inst. int. Statist. 1900, 12, 280.
8. Roesle, E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva 1928. (League of Nations Health Organization, document C. H. 730).
9. Institut international de Statistique. Nomenclatures internationales des Causes de Décès, 1938. La Haye, 1940.
10. Registrar-General of England and Wales. Sixteenth Annual Report, 1856, Appendix, 75.
11. Fourth International Statistical Congress, London, 1860, Programme.
12. Medical Research Council. Special Report Series No. 248, London, 1944.
13. U. S. Public Health Service, Miscellaneous Publication No. 32, Washington 1944.
14. Report of the United States Committee on Joint Causes of Death. World Health Organization, document WHO. IC/MS/11. Rev. 2, Geneva, 1948 (mimeographed; not on sale).

Im Text verwendete Abkürzungen

ausgen.	= ausgenommen
ausschl.	= ausschließlich
B.	= Bacterium
Bac.	= Bacillus
Bez.	= Bezeichnung
bez.	= bezeichnet
chron.	= chronisch
einschl.	= einschließlich
Entz.	= Entzündung
jed.	= jeder, jede, jedes
Kr.	= Krankheit
lt.	= laut
männl.	= männlich
m. Ausn.	= mit Ausnahme
N.	= Nervus
n. n. bez.	= nicht näher bezeichnet
Nr.	= Nummer
Nrn.	= Nummern
o. Ang.	= ohne Angabe
o. n. A.	= ohne nähere Angabe
o. n. Bez.	= ohne nähere Bezeichnung
s.	= sive
unbek. Char.	= unbekannten Charakters
weibl.	= weiblich
Z. N. S.	= Zentralnervensystem

Altersangaben
im Text: { z. B. 4 W. + heißt: im Alter von
4 Wochen und darüber
z. B. 1 J. + heißt: im Alter von
1 Jahr und darüber
z. B. — 1 J. heißt: im Alter bis
zu einem Jahr