

## Einführung

### in das neue deutsche Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen

Das vom Statistischen Bundesamt aufgebaute neue deutsche Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen, welches ohne Schwierigkeiten internationale Vergleiche zuläßt, wurde auf einer vom Bundesministerium des Innern einberufenen Tagung von Ärzten und Statistikern zur Vorbereitung der Einführung des neuen deutschen Verzeichnisses der Krankheiten und Todesursachen vom 29. und 30. November 1950 beim Statistischen Bundesamt in Wiesbaden gebilligt und wird ab 1. Januar 1952 im Bundesgebiet benutzt. Um das Verständnis seines Aufbaues und seiner Anwendung zu erleichtern, ist eine vom Statistischen Bundesamt veranlaßte deutsche Übertragung des neuen internationalen Verzeichnisses der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen in der Fassung der 6. Neubearbeitung (Bd. 1: Internationale Systematik) im Oktober 1950 erschienen.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Neufassung des Todesursachenverzeichnisses, das nicht nur die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter, sondern auch viele andere Arbeiten beeinflußt, werden im folgenden die Grundgedanken, die bei der Ausarbeitung des neuen deutschen Todesursachenverzeichnisses eine Rolle spielten, noch einmal wiedergegeben<sup>1)</sup>.

Um eine zielbewußte Gesundheitspolitik zu ermöglichen, sind Krankheits- und Todesursachenstatistiken erforderlich, denn sie geben einen Einblick in die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung. Soll der Gesundheitszustand aller Völker beurteilt werden, so ist es notwendig, daß das Unterlagenmaterial aus allen Teilen der Welt in vergleichbarer Form vorliegt.

Die statistische Untersuchung von Krankheit und Tod verlangt daher internationale Systematiken für die einheitliche Gruppierung und Auszählung von Krankheiten und Todesursachen. Bei ihrer Aufstellung entstehen aber erhebliche Schwierigkeiten, da bei der Kategorisierung z. B. der Anatom von dem betroffenen Organ ausgeht, während der Pathologe in erster Linie an der Natur des Krankheitsprozesses interessiert ist und der Kliniker beide Gesichtspunkte und dazu die Ätiologie der Krankheit berücksichtigt wissen möchte. Diese verschiedenen Ausgangspunkte müssen gegeneinander ausgewogen werden, so daß bei der Aufstellung einer Systematik der Krankheiten und Todesursachen ebenso wie bei der Ausarbeitung anderer Systematiken eine Reihe von Kompromissen nicht zu vermeiden ist.

Die ersten Versuche einer derartigen Systematik stammen schon aus dem 18. Jahrhundert. Die Grundlage der heutigen Systematik ist das von Bertillon 1893 aufgestellte internationale Verzeichnis der Todesursachen, das allmählich in den verschiedenen Ländern eingeführt wurde, in Deutschland mit dem Jahre 1932. Dieses Verzeichnis wurde in Abständen von etwa 10 Jahren revidiert. An den internationalen Konferenzen zur Nachprüfung dieses Verzeichnisses in den Jahren 1920, 1929 und 1938 haben auch deutsche Vertreter mitgewirkt. Die fünfte Fassung des internationalen Todesursachenverzeichnisses stammt aus dem Jahre 1938.

Am 24. 7. 1948 beschloß die Weltgesundheitsorganisation die Einführung einer neuen 6. Fassung des internationalen Verzeichnisses der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen. An der Aufstellung dieser Fassung waren deutsche Forscher nicht beteiligt. Die 6. Neubearbeitung stellt insofern eine Neuerung dar, als die Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen in einem Verzeichnis zusammengefaßt sind. Dadurch soll die Vergleichbarkeit zwischen Krankheits- und Todesursachenstatistiken gesichert werden. Dieser Aufbau und die den neuesten

<sup>1)</sup> Vgl. „Wirtschaft und Statistik“, Heft 1, 1951, S. 11 ff.

wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Umgruppierung einiger Krankheiten macht einen Vergleich mit den Zusammenstellungen nach den bis dahin verwendeten Todesursachenverzeichnissen nur bedingt möglich. Bei Veröffentlichungen von Krankheits- und Todesursachenstatistiken sollte daher grundsätzlich angegeben werden, welche Systematik benutzt wurde, da sonst Mißverständnisse unvermeidlich sind. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Nach dem neuen Verzeichnis von 1948 (6. Neubearbeitung) gehören zu der Gruppe der Krankheiten des Kreislaufapparates (VII) u. a. auch der akute Gelenkrheumatismus mit Beteiligung des Herzens und andere Formen des Gelenkrheumatismus, während nach dem bisherigen Verzeichnis von 1938 (5. Fassung) der akute Gelenkrheumatismus der Krankheitsgruppe III (Rheumatismus, Stoffwechselkrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, andere Avitaminosen) zugeordnet wurde.

Die 6. Neubearbeitung enthält ebenso wie die früheren Bearbeitungen mehrere Verzeichnisse verschiedener Ausführlichkeit, und zwar:

1. Ein ausführliches Verzeichnis mit 612 Positionen für Krankheiten und dazu je nach Wahl
  - a) 153 Positionen für die Einteilung nach der äußeren Ursache der Gesundheitsschädigung oder
  - b) 189 Positionen für die Einteilung nach der Art der Gesundheitsschädigung.
2. Ein mittleres Verzeichnis (Liste A) mit insgesamt 150 Positionen, davon 13 Positionen je nach Wahl für die Einteilung nach der äußeren Ursache oder nach der Art der Gesundheitsschädigung.
3. Ein kurzes Verzeichnis (Liste B) für die Mortalitätsstatistik mit 50 Positionen, davon 4 Positionen je nach Wahl für die Einteilung nach der äußeren Ursache oder nach der Art der Gesundheitsschädigung und
4. ein kurzes Verzeichnis (Liste C) für die Morbiditätsstatistik der Sozialversicherung mit 50 Positionen, davon 1 Position für die der äußeren Ursachen.

An der äußeren Gestaltung des internationalen Verzeichnisses von 1948 fällt auf, daß die Nummerung der Positionen in dem ausführlichen Verzeichnis in Anlehnung an das Dezimalsystem durchgeführt worden ist. Leider sind das mittlere und die beiden kurzen Verzeichnisse nicht in dieses System eingebaut.

Das ausführliche internationale Verzeichnis ist für die Benutzung insbesondere bei der Todesursachenstatistik in Deutschland nicht geeignet, weil es in seiner Gliederung so weit geht, daß eine richtige Zuordnung auf Grund der gemachten Angaben über die Art der Todesursache in der Praxis oft nicht möglich ist. Obwohl das mittlere internationale Verzeichnis nicht voll unseren Anforderungen entspricht, ist es aber doch unter den gegebenen Voraussetzungen für unsere Zwecke der günstigste Ausgangspunkt.

Von dem Statistischen Bundesamt wurde daher in Anlehnung an einen Vorschlag des Österreichischen Statistischen Zentralamtes der Versuch unternommen, das mittlere internationale Verzeichnis für den Gebrauch in Deutschland verwendbar zu gestalten, ohne die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu beeinträchtigen. Um dies zu erreichen, mußten zwei grundsätzliche Punkte beachtet werden:

1. Eine Einzelposition des mittleren internationalen Verzeichnisses, auch wenn sie bei uns keine Rolle spielt, darf nicht mit anderen Positionen zusammengefaßt werden (z. B. Lepra und Pest).
2. Enthalten Einzelpositionen des mittleren internationalen Verzeichnisses mehrere für uns wichtige Krankheiten, hat eine Aufgliederung entsprechend unseren Erfordernissen zu erfolgen (z. B. Erkrankungen der Arterien, aufgegliedert in allgemeine Arteriosklerose und in andere Arterienerkrankungen).

Unter Beachtung dieser beiden Grundsätze entstand unter Aufgliederung mehrerer internationaler Einzelpositionen ein Verzeichnis mit rund 380 Positionen. Es ist also nicht ganz so umfangreich wie das bisher benutzte, 450 Positionen (einschl. der Unterabteilungen, in die ein Teil der 200 Positionen untergegliedert ist) umfassende inter-

nationale Verzeichnis von 1938. Die Einteilung der Unfälle nach der äußeren Ursache wurde auch in diesem Verzeichnis beibehalten. Da es als ein Mangel der internationalen Systematik angesehen wurde, daß die gleiche Krankheit in den verschiedenen Verzeichnissen (ausführliche Liste A, B und C) unter ganz verschiedenen Nummern erscheint und dadurch das Signieren und die maschinelle Aufbereitung der Ergebnisse erschwert wird, wurde bei der Nummerung das Dezimalsystem konsequent durchgeführt. Dies bringt es zwangsläufig mit sich, daß zunächst zehn Obergruppen von Krankheiten und Todesursachen zu bilden sind:

- 0 } Infektionskrankheiten
- 1 }
- 2 Neubildungen (Tumoren)
- 3 Allergische, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, geistige und psychoneurotische Störungen und Krankheiten des Nervensystems
- 4 Krankheiten des Kreislaufapparates
- 5 Krankheiten der Atmungsorgane
- 6 Krankheiten der Verdauungsorgane
- 7 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, Krankheiten der Haut und des Zellgewebes
- 8 Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane, angeborene Mißbildungen, Krankheiten der frühesten Kindheit, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Krankheiten der Sinnesorgane und Altersschwäche
- 9 Unfälle, Vergiftungen und Verletzungen
  - a) nach der äußeren Ursache
  - b) nach der Art der Schädigung (N-Positionsnummern)

Diese erste grobe Einteilung (einstelliges Verzeichnis) ist notwendigerweise in diesen Rahmen eingeeignet und dient der rascheren Orientierung und dem weiteren Ausbau des Systems. Jede dieser zehn Obergruppen kann jeweils in zehn Hauptgruppen aufgeteilt werden, z. B.:

- 2 Neubildungen
  - 20 Bösartige Neubildungen der Mundhöhle und des Rachens
  - 21 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells
  - 22 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane
  - 23 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse, der Harn- und Geschlechtsorgane
  - 24 Bösartige Neubildungen an anderen und nicht näher bezeichneten Stellen
  - 25 Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe
  - 26 Gutartige Neubildungen
  - 27 Neubildungen unbekannten Charakters.

Sind nicht alle Hauptgruppen besetzt, wie z. B. hier die Nummern 28 und 29, können sie jederzeit bei Bedarf für die Einordnung bisher nicht ausgegliederter Gruppen verwandt werden.

Dieses zweistellige Verzeichnis kann durch Unterteilung jeder Position in zehn Untergruppen zu einem dreistelligen Verzeichnis erweitert werden, z. B.:

- 20 Bösartige Neubildungen der Mundhöhle und des Rachens
  - 201 Bösartige Neubildungen der Lippe
  - 202 Bösartige Neubildungen der Zunge
  - 209 Bösartige Neubildungen der Mund- und Rachenhöhle, anderen und nicht näher bezeichneten Sitzes.

Auch hier können die noch nicht vergebenen Nummern 203, 204, 205, 206, 207 und 208 jederzeit bei Bedarf herangezogen werden.



Bei der Nummerierung des Verzeichnisses der Krankheiten und Todesursachen nach den oben angeführten Gesichtspunkten konnte aber doch bis auf eine geringfügige Umstellung (1. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe, 2. der Augen- und Ohrenkrankheiten und 3. der senilen, praesenilen und arteriosklerotischen Psychosen) die Reihenfolge der Positionen des mittleren internationalen Verzeichnisses beibehalten werden. Diese Umstellung erfolgte, um bei dem einstelligen Verzeichnis mehrere Positionen zu erhalten, die nur eine besonders wichtige Krankheitsgruppe umfassen. Diese Einteilung in zehn Krankheits-Obergruppen ist für statistische Kurzübersichten nicht immer ausreichend, und es wurde daher anfänglich erwogen, die international benutzte Einteilung in 17 Krankheitsgruppen zu verwenden und diese dann nach dem Dezimalsystem aufzuteilen. Damit wäre aber die Schlüsselnummer der übrigen Verzeichnisse jeweils um eine Stelle größer geworden. Dies hätte zwangsläufig die Kosten der statistischen Auswertungen bei der Sozialversicherung und bei den Statistischen Ämtern erhöht. Da mit diesen Mehrkosten keine entscheidenden neuen Erkenntnisse zu erzielen waren, ist davon Abstand genommen worden.

Der Schwerpunkt der neuen deutschen Systematik liegt in der zweistelligen Gliederung der Krankheitsgruppen (95 Positionen), die so gewählt sind, daß sie den häufigsten Krankheiten, die bei der Sozialversicherung auftreten, entsprechen. Das zweistellige Verzeichnis ist daher vor allem für die Benutzung bei der Krankheitsartenstatistik der Sozialversicherung vorgesehen.

Im Jahre 1952 wurde bei der Krankheitsartenstatistik der Krankenkassenverbände für die Anzählung der Unfälle, Vergiftungen und Verletzungen die nach der äußeren Ursache aufgestellte Systematik benutzt. Inzwischen hat es sich aber als notwendig erwiesen, nicht nach der Ursache, sondern nach der Art der Schädigung aufzugliedern (N-Systematik), zumal die Krankenkassenverbände ein besonderes 1 stelliges Ursachenverzeichnis verwenden, aus dem sie ersehen können, ob es sich z. B. um einen Arbeitsunfall, um eine Berufskrankheit oder um ein KB-Leiden handelt (s. S. 107).

Die dreistelligen Krankheitsuntergruppen sind in erster Linie für die Todesursachenstatistik bestimmt. Aus diesem Grunde sind Krankheiten, die als Todesursachen niemals oder sehr selten auftreten, nicht immer besonders aufgeführt worden.

Falls bei besonders ausführlichen Krankheitsstatistiken für wissenschaftliche Untersuchungen die Aufgliederung des dreistelligen Verzeichnisses nicht genügt, ist es möglich, die noch nicht vergebenen Schlüsselnummern der Haupt- und Untergruppen zu besetzen. Ist der weitere Ausbau des dreistelligen Verzeichnisses in besonders gelagerten Fällen nicht zweckmäßig, kann auch als Ausgangspunkt für Aufgliederungen das zweistellige Verzeichnis der Krankheiten benutzt werden; dessen Abänderung ist aber zu vermeiden, da sonst Vergleichsmöglichkeiten mit den vorhandenen Krankheits- und Todesursachenstatistiken erschwert werden. Werden auch hierdurch ausreichende Einordnungsmöglichkeiten nicht geschaffen, so kann das dreistellige Verzeichnis durch Aufteilung zu einem vier-, fünf- oder mehrstelligen Verzeichnis erweitert werden. Dies ist z. B. bereits für die Tuberkulose geschehen, um bei der Statistik der Tuberkulose-Fürsorgestellen dieses Verzeichnis benutzen zu können.

## Aufbereitung der Todesursachen-Statistik

### A. Totgeburten

Totgeburten (d. h. Früchte von 35 und mehr cm Länge, bei denen die Atmung noch nicht eingesetzt hatte) gelten für die Todesursachenstatistik nicht als Sterbefälle, sind also von ihr auszuschließen.

### B. Auswahl der Todesursache bei mehrfachen Krankheitsangaben

Bei Angabe mehrerer Krankheiten auf der zur Aufbereitung dienenden Unterlage (Sterbefallzählkarte, Totenschein) hat sich der Bearbeiter die Frage vorzulegen, ob die angegebenen Krankheiten in ihrer Entstehung oder in ihrem Verlauf ursächlich zusammenhängen oder nicht. Lassen diese Angaben durch ihre Anordnung auf dem Totenschein oder auf der Sterbefallzählkarte nicht ohne weiteres Zusammenhang oder Unabhängigkeit erkennen, so ist darüber nach Möglichkeit eine Auskunft des behandelnden oder der Rat eines sonstigen Arztes einzuholen. Statistisch ist nur eine Ursache für die Eingliederung des Sterbefalles ausählbar. Für die Einordnung bei Angabe mehrerer Todesursachen gilt folgendes:

#### Grundregel 1:

Bei zusammenhängenden Krankheiten ist das Grundleiden zu zählen

So sind z. B. beim Zusammentreffen von:

akuter Gelenkrheumatismus — Sepsis

Altersschwäche — Herzschwäche oder Herzlähmung

Blinddarmentzündung — Bauchfellentzündung oder Sepsis

Diabetes — Gangrän oder Furunkulose

Diphtherie — Herzmuskelentzündung

Ernährungsstörung (bei Kindern unter 1 Jahr) — Lungenentzündung

Krebs — Anämie

Krebs oder Tuberkulose — Druckbrand

Masern — Lungenentzündung

Schlaganfall — Lungenentzündung

die erstgenannten Ursachen zu zählen, ebenso bei der Verbindung Nierenleiden — Herzleiden, sofern nicht durch besondere Angaben (wie Herzleiden — Stauungsniere) das Herzleiden als Grundkrankheit gekennzeichnet ist.

Bei stärkeren äußeren Einwirkungen (Selbstmord, Mord, schwere Verunglückung) mit Folgekrankheiten wie Wundinfektion, Sepsis oder Lungenentzündung ist die äußere Einwirkung auch bei Spättodesfällen als eigentliche Todesursache anzusehen. Bei Operationen, die zu Heilzwecken vorgenommen werden, gilt die operativ behandelte Krankheit als Grundleiden.

#### Ausnahmen zur Grundregel 1:

a) Grundleiden, die zu bedeutungslos sind, um als Todesursache gewertet zu werden, gelten nicht als Todesursache, z. B. ist die Verbindung von Insektenstich oder leichter Hautabschürfung mit Sepsis unter »Sepsis« nachzuweisen.

b) Ist neben »Arterienverkalkung« ein besonderes arteriosklerotisches Organleiden (arteriosklerotische Schrumpfnieren, Koronarsklerose) oder »Schlaganfall« angegeben, so wird der Fall bei diesen, nicht bei Arterienverkalkung gezählt.

c) Ist neben »Bluthochdruck« auch »Schlaganfall« angegeben, so wird der Sterbefall bei »Schlaganfall« und nicht bei Bluthochdruck gezählt.

#### Grundregel 2:

Bei nicht zusammenhängenden Krankheiten ist die rascher zum Tode führende zu zählen

So sind z. B. bei den Verbindungen angeborene Syphilis — Rachitis

Keuchhusten — angeborene Syphilis

schwerer Diabetes — Gallensteine

Diabetes (bei unter 40jährigen) — Nierenentzündung

schwere Grippe — Krebs o. n. A.

schwere Grippe — Tuberkulose o. n. A.

Herzleiden — Schizophrenie

Krebs — Epilepsie

Krebs — Tuberkulose

Krebs im Endstadium — Grippe  
 Nierenentzündung — multiple  
 Sklerose  
 Schlaganfall — Altersschwäche  
 schwere Tuberkulose — Diabetes  
 Tuberkulose — Syphilis

die erstgenannten Ursachen zu zählen, sofern nicht vom behandelnden Arzt die zuletzt genannte ausdrücklich als eigentliche oder Haupt-Todesursache bezeichnet wurde. Namentlich sind auch akute Infektionskrankheiten vor anderen weniger rasch verlaufenden Krankheiten zu berücksichtigen.

Rasch ablaufende Krankheiten, bei denen indessen ein tödlicher Ausgang ganz ungewöhnlich ist, bleiben neben langsamer verlaufenden, aber lebensbedrohlicheren unberücksichtigt, z. B. ist beim Zusammentreffen: Gürtelrose — Herzklappenfehler der Herzklappenfehler, bei der Verbindung: leichte Grippe — perniziöse Anämie, die perniziöse Anämie zu wählen.

Pest, Cholera, Milzbrand, Ausatz, Pocken, Gelbfieber und Fleckfieber gelten in jeder Verbindung mit anderen Leiden — außer mit gewaltsamem Tod — als Haupt-Todesursache.

In Zweifelsfällen (z. B. beim Zusammentreffen Diabetes — Tuberkulose) ist eine Mitteilung des behandelnden Arztes über den Verlauf der Krankheiten anzustreben. Sein Urteil über die maßgebende Todesursache wird gerade bei unzusammenhängenden Krankheiten oft unentbehrlich sein.

### **Sonderregeln :**

A. Neben festumschriebenen als Todesursache in Betracht kommenden Krankheiten bleiben unklare Krankheitsbezeichnungen wie Altersschwäche,

Lebensschwäche oder Endzustände wie Herzlähmung, Lungenlähmung, Lungenödem usw. unberücksichtigt, z. B. sind bei den Verbindungen

Bronchitis — Altersschwäche  
 Gehirnschlag — Herzschwäche  
 Schizophrenie — Lungenlähmung

die erstgenannten Ursachen zu zählen.

Beim Zusammentreffen einer Geisteskrankheit mit einem ernsthaften körperlichen Leiden ist im allgemeinen letzteres als Todesursache zu zählen; die Geisteskrankheit ist dann zu wählen, wenn aus den Angaben des behandelnden Arztes hervorgeht, daß sie allein oder wenigstens überwiegend zum Tode geführt hat.

B. Die Eingliederung bei Krankheitsbezeichnungen mit dem Zusatz

karzinomatös, krebsig, sarkomatös  
 erfolgt unter »bösartige Gewächse«,  
 diabetisch unter »Zuckerkrankheit«,  
 luisch,luetisch unter »Syphilis«,  
 traumatisch — abgesehen von traumatischer Neurose — unter  
 »äußere Einwirkung«,  
 tuberkulös unter »Tuberkulose«.

Bei dem Zusatz »spezifisch« ist, falls Unklarheit darüber besteht, ob eine tuberkulöse oder syphilitische Erkrankung vorlag, beim behandelnden Arzt nachzufragen.

C. In allen Fällen, in denen bei tödlichen Erkrankungen geschlechtsreifer Frauen ein Zusammenhang mit Schwangerschaft, Fehlgeburt oder Entbindung als eigentliche Todesursache nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann (Erbrechen, Krämpfe usw.), ist entsprechend nachzuforschen.