

Ärztliche Leichenschau und Todesursachenstatistik

Seit dem 1. 1. 1998 wird die Todesursachenstatistik auf Basis der ICD-10 erstellt

Die **Todesursachenstatistik** wird in der gesamten Bundesrepublik Deutschland ab dem Berichtsjahr 1998 auf Grundlage der 10. Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) erstellt. Diese löst die ICD-9 ab, die in der Todesursachenstatistik seit 1979 im Einsatz war. Die Umstellung auf die ICD-10 ist eine notwendige Anpassung an den medizinischen Kenntnisstand und für die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse erforderlich.

Im Falle des Todes eines Menschen wird eine ärztliche Leichenschau vorgenommen und das Ergebnis in einer amtlichen Todesbescheinigung dokumentiert. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet das Sächsische Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächs-BestG) vom 8. Juli 1994 sowie die vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie erlassene Verwaltungsvorschrift.

Die Eintragungen im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung sind entspre-

chend § 14 SächsBestG vorzunehmen.

Bei der Angabe der Todesursachen handelt es sich um

„alle diejenigen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen, die entweder den Tod zur Folge hatten oder zum Tode beitrugen und die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die diese Verletzungen hervorriefen“.

Dem Arzt, der die Todesbescheinigung ausfüllt, obliegt die Verantwortung, anzugeben, welcher Krankheitszustand unmittelbar zum Tode führte und festzustellen, ob etwa vorausgegangene Zustände diese Todesursache herbeiführten.

Die vorgesehenen Eintragungen auf dem Leichenschauschein zu den Zeitabständen zwischen dem Beginn des jeweiligen Krankheitszustandes und dem Todeseintritt unterstützen die Festlegung der Kausalkette.

Für die Todesursachenstatistik wird das Grundleiden des Verstorbenen ausgewählt. Es ist in der Regel der auf der untersten Zeile von Abschnitt I der Bescheinigung eingetragene Zustand. Jedoch kann

das umfangreiche Regelwerk (Band II) der WHO zur Auswahl eines anderen Zustandes als Grundleiden führen.

Die Verschlüsselung der Todesursachen und die Anwendung des Regelwerkes zur Auswahl des Grundleidens wird auch im Freistaat Sachsen vom Statistischen Landesamt sichergestellt. Speziell geschulte Signierkräfte verschlüsseln die Angaben auf der Todesbescheinigung und wählen unter Anwendung des Regelwerkes das für die Tabellierung maßgebende Grundleiden aus.

Probleme ergeben sich insbesondere bei unzureichend ausgefüllten Leichenschau-scheinen. So ist es für die Qualität der Todesursachenstatistik wichtig, daß der Krankheitsablauf in seiner Kausalkette angegeben und das Grundleiden möglichst spezifisch und nicht nur allgemein beschrieben wird. Dabei wäre es hilfreich und statistisch gesehen qualitätssteigernd, wenn durch den leichenschauhaltenden Arzt die Bezeichnung der Krankheitszustände entsprechend des Systematischen Verzeichnisses der ICD-10 (Band I)

vorgenommen würde. Nur so ist es den Signierkräften möglich, die den Angaben des Arztes entsprechenden Todesursachen zu klassifizieren und die Erweiterung der ICD-10 gegenüber der ICD-9 voll auszuschöpfen. Zusätzlich kann durch den Arzt der ICD-10-Code aufgeführt werden; allerdings hat der Klartext bei der Verschlüsselung stets Vorrang.

Liegen Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod vor, so sind diese unter „Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache“ aufzuführen. Das betrifft besonders die Feststellung, ob es sich um einen Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Suizid oder um Komplikationen medizinischer Behandlungen handelt. Ist die Todesart ungeklärt, so ist dies ebenfalls anzugeben. Des weiteren ist die Unfallkategorie anzukreuzen. Von Bedeutung für die Verschlüsselung entsprechend der ICD-10 sind unter anderem Angaben zum Ort des Ereignisses der äußeren Ursache, bei Transportmittelunfällen Angaben über die getötete Person

(Fahrer, Insasse, Radfahrer, Fußgänger etc.), die Art des Hindernisses bei Zusammenstößen sowie die Art der am Unfall beteiligten Fahrzeuge.

Handelt es sich bei der verstorbenen Person um einen Säugling, so sind die auf der Todesbescheinigung vorgesehenen Angaben vollständig auszufüllen (auch Länge bei Geburt sowie Geburtsgewicht).

Wurde eine Obduktion des Verstorbenen durchgeführt, so ist der Obduktionsschein nach den gleichen Regeln vollständig auszufüllen und sofort nach Vorliegen des Obduktionsergebnisses an das Gesundheitsamt des Sterbeortes oder direkt an das Statistische Landesamt zu senden. So kann das Ergebnis der Autopsie bei der Signierung der Todesursache sofort Berücksichtigung finden.

Da der Obduktionsschein keinen eingetragenen Sterbeort und keine Sterbebuchnummer enthält, ist es wichtig, daß die Angaben zur Person einschließlich Geburts- und Sterbedatum sehr sorgfältig vorgenommen werden. Nur so ist es mög-

lich, eine Zuordnung zu dem jeweiligen Totenschein zu finden und die Todesursache zu spezifizieren.

Entsprechend § 14 SächsBestG überprüft die jeweilige zuständige Behörde (Gesundheitsamt) den Inhalt der Todesbescheinigung und eines eventuellen Obduktionsscheines auf Vollständigkeit und Richtigkeit der vom Arzt vorgenommenen Eintragungen. Die erforderlichen Auskünfte sind durch die leichenschauhaltenden Ärzte zu erteilen.

Das Ausstellen einer Todesbescheinigung darf mithin nicht als bloße Formalität betrachtet werden - aussagkräftige Angaben sind die grundlegende Datenquelle der Gesundheitsberichterstattung und der Todesursachenstatistik als die international wichtigste Statistik im Bereich der Epidemiologie.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Pollack, Steffen;
Referent für natürliche Bevölkerungsbewegung,
Bevölkerungsfortschreibung, Todesursachen,
Regionale Gliederung und Register