

Todesursachenstatistik

Dezember 2007

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung können Sie direkt beim Statistischen Bundesamt erfragen:
Gruppe VIII A Gesundheit, Telefon: +49 (0) 228 99644-8951; Fax: +49 (0) 228 99644-8996 oder E-Mail:
gesundheitsstatistiken@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

1 Allgemeine Angaben

1.1 Bezeichnung der Statistik

Todesursachenstatistik

1.2 Berichtszeitraum

1. Januar bis 31. Dezember

1.3 Erhebungstermin

Die Daten werden monatlich über das Berichtsjahr von den Statistischen Landesämtern erfasst.

1.4 Periodizität

Erste Aufzeichnungen zu einzelnen Krankheiten existieren seit 1877.

Die Todesursachenstatistik ist eine jährliche Vollerhebung, Daten liegen ab dem Jahr 1950¹ in schriftlicher Form und ab 1980 in elektronischer Form vor. Die Daten werden entsprechend der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) aufbereitet.

1.5 Regionale Gliederung

Das Statistische Bundesamt ermittelt aus den Ergebnissen der Statistischen Landesämter das Bundesergebnis. Kleinste zu veröffentlichende Ebene sind Kreise und kreisfreie Städte.

1.6 Erhebungsgesamtheit, Zuordnungsprinzip der Erhebungsgesamtheiten

Die leichenschauenden Ärzte stellen über alle verstorbenen Personen eine Todesbescheinigung aus, die teilweise durch die Sterbefalldaten der zuständigen Landesämter ergänzt wird.

1.7 Erhebungseinheiten

Alle Verstorbenen.

1.8 Rechtsgrundlagen

Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes vom 14. März 1980 (BGBl. I S. 308), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 8 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122). Die Ausgestaltung dieses Rahmengesetzes in landeseigenen Gesetzen und Verordnungen obliegt den Ländern.

1.9 Geheimhaltung und Datenschutz

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juni 2005 (BGBl. I S. 1534) geheim gehalten. Dem Statistischen Bundesamt stehen keine Einzeldaten zur Verfügung. Daten auf Kreisebene werden nur in aggregierter Form (Zusammenfassung entweder von Jahren oder Altersklassen) übermittelt. Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es möglich, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können.

2 Zweck und Ziele der Statistik

2.1 Erhebungsinhalte

Ausgewertet werden die für die Todesursachenstatistik vorgesehenen Teile der Todesbescheinigung. Aus ihnen wird das sogenannte Grundleiden abgeleitet, also diejenige Todesursache, die als ursächlich für den Tod anzunehmen ist. Es handelt sich hierbei um eine monokausale Darstellung der Todesursachen. Die Daten werden als Absolutzahlen, aber auch als standardisierte Zahlen veröffentlicht. Standardisierte Zahlen ermöglichen einen zeitlichen und regionalen Vergleich und ver-

¹ Anm.: Für die westdeutschen Bundesländer.

hindern Fehlinterpretationen, die entstehen können, wenn sich Absolutzahlen auf eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur beziehen.

2.2 Zweck der Statistik

Die Todesursachenstatistik ist die elementare Grundlage zur Ermittlung wichtiger Gesundheitsindikatoren wie Sterbeziffern, verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle. Durch diese Statistik ist eine fundierte Todesursachenforschung möglich, die regionale Besonderheiten der todesursachenspezifischen Sterblichkeit und ihre Veränderung im Laufe der Zeit untersucht. Aus den Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen und Strategien z. B. für die epidemiologische Forschung, den Bereich der Prävention und die Gesundheitspolitik abgeleitet. Im Kern geht es um die Frage, durch welche präventiven und medizinisch-kurativen Maßnahmen die Lebenserwartung und -qualität der Bevölkerung erhöht werden kann.

2.3 Hauptnutzer der Statistik

Gesundheits- und Sozialministerien des Bundes und der Länder, Europäische Kommission, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), nationale und internationale Gesundheitsberichterstattungssysteme, epidemiologische, medizinische und gesundheitsökonomische Institute, Medien, Privatnutzer.

2.4 Einbeziehung der Nutzer

Die Einbeziehung von Nutzern geschieht über drei Wege:

1. Die Daten der im Internet abgerufenen Zahlen werden hinsichtlich ihrer Schwerpunkte ausgewertet.
2. Direkte Rückmeldungen erhält das Referat über den direkten Kontakt zu den Datennutzern (Auskunftsdienst).
3. Sowohl international (EU-Ebene) als auch vor allem auf nationaler Ebene erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit medizinischen, politischen und epidemiologischen Instituten/Interessenvertretern. Hierdurch wird ein kontinuierlicher Austausch mit anderen Experten gewährleistet.

3 Erhebungsmethodik

3.1 Art der Datengewinnung

Bei der Todesursachenstatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung. Datengrundlage sind die Todesbescheinigungen, die im Rahmen der Leichenschau ausgestellt werden. Ausgewertet werden die für die amtliche Statistik vorgesehenen Teile der Todesbescheinigungen. Es handelt sich um eine Sekundärstatistik.

3.2 Stichprobenverfahren

Trifft nicht zu, da es sich um eine Vollerhebung handelt.

3.3 Saisonbereinigungsverfahren

Keines.

3.4 Erhebungsinstrumente und Berichtsweg

In der Regel werden die vom Arzt ausgefüllten Todesbescheinigungen zunächst an das zuständige Standesamt geschickt, wo eine Datenergänzung um die Sterbebuchnummer erfolgt. Von dort wird der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung an das Gesundheitsamt übermittelt. Das Gesundheitsamt leitet die für die Todesursachenstatistik bestimmten Teile der Todesbescheinigung an das entsprechende Statistische Landesamt weiter, wo die Angaben der Ärzte entsprechend der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) ausgewertet werden. Anschließend erfolgt die Übermittlung aggregierter Landesergebnisse an das Statistische Bundesamt.

3.5 Belastung der Auskunftspflichtigen

Die Leichenschau ist eine Pflichtaufgabe der Ärzte und dient nur sekundär statistischen Zwecken.

3.6 Dokumentation des Fragebogens

Die Leichenschau und die damit verbundenen Gesetze und Verordnungen liegen in der Kompetenz der einzelnen Länder, aus diesem Grunde gibt es für jedes Bundesland eine eigene Todesbescheinigung.

4 Genauigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Der Statistik liegt zur Verschlüsselung der Todesursache die ICD zu Grunde. Seit 1998 ist die 10. Revision gültig. Dadurch wird erreicht, dass die Daten international vergleichbar sind. Die Ärzte haben die Möglichkeit, verschiedene Diagnosearten auf der Todesbescheinigung zu vermerken, was wiederum die Genauigkeit der ursächlichen Todesursache erhöht. Ungenauigkeiten können sich durch die Angaben der Ärzte und durch die subjektive Auswertung der Todesursachen in den Statistischen Landesämtern ergeben. Wie groß diese Ungenauigkeiten sind, konnte bis jetzt noch nicht quantifiziert werden.

Seit März 2004 findet eine kontinuierliche Überprüfung der Daten in Bezug auf die Qualitätssicherung und -verbesserung statt. Hierbei werden in einem monatlichen Rhythmus zufällig ausgewählte Leichenschauscheine von verschiedenen Codierern „blind“ signiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden für die jährlich stattfindenden Schulungen der Signierer in Statistischen Landesämtern genutzt.

4.2 Stichprobenbedingte Fehler (für Eckwerte)

Nicht relevant.

4.3 Nicht-stichprobenbedingte Fehler

4.3.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage

Inwieweit Fehler durch die Erfassungsgrundlage die Datenqualität beeinflussen, konnte bis jetzt noch nicht qualifiziert und quantifiziert werden.

4.3.2 Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten (Unit-Non-Response)

Nicht relevant, da Auskunftspflicht.

4.3.3 Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale (Item-Non-Response)

Im Endergebnis sind ca. 1-2% Codierungen mit der Angabe „Todesursache unbekannt“ enthalten.

4.4 Revisionen

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

4.5 Außergewöhnliche Fehlerquellen

Nicht bekannt.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Zeitspanne zwischen Berichtszeitpunkt und dem Veröffentlichungstermin vorläufiger Ergebnisse

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht.

5.2 Zeitspanne zwischen Berichtszeitpunkt und dem Veröffentlichungstermin endgültiger Ergebnisse

Die Statistischen Landesämter liefern die Daten bis Anfang August des Folgejahres, die Veröffentlichung der Bundesergebnisse erfolgt ca. zwei Wochen später (Mitte August) durch das Statistische Bundesamt.

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

6.1 Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit

Maßgeblich für die statistische Erfassung der Todesursachen ist die ICD. Durch die Verschlüsselung des Grundleidens als ursächliche Todesursache entsprechend der ICD ist die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet.

6.2 Änderungen bei Stichprobendesign, Klassifikationen

Die ICD wird jährlich an die Änderungen der Plausibilitäten von Krankheiten und die Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der Medizin angepasst. Anhand einer standardisierten europäischen Diagnosenkurzliste ist eine Überleitung der alten in die neuen Diagnoseschlüssel für die Todesursachen möglich. Dadurch sind zeitliche Vergleiche eingeschränkt möglich.

6.3 Vollständigkeit der Daten

Siehe Ausführungen unter 4.3.

7 Bezüge zu anderen Erhebungen

7.1 Als Input

Die Daten der Todesursachenstatistik fließen in die Gesundheitsberichterstattung und in die Statistik gesundheitsbezogener Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene ein. Zudem dienen sie als Grundlage zahlreicher medizinischer, epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Studien.

7.2 Unterschiede zu vergleichbaren Statistiken

Die Todesursachenstatistik ist bis heute einmalig in ihrem Umfang und ihrer Tiefe und befindet sich damit in exponierter Stellung. Es existieren keine vergleichbar aufwändigen Erhebungen, die auch nur annähernd den Umfang der Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder aufweisen.

8 Weitere Informationsquellen

8.1 Publikationswege, Bezugsadressen

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 4 im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet herunter geladen werden unter [Todesursachen in Deutschland](#).

Weitergehende Datenwünsche können in der Regel im Rahmen von Sonderaufbereitungen durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder erfüllt werden. Je nach Aufwand wird hierfür eine Aufwandsentschädigung berechnet.

Des Weiteren sind die Ergebnisse Bestandteil des Internetangebots der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de.

8.2 Kontaktinformation

Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn
Gruppe VIII A Gesundheit
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn

Fon +49 (0) 228 99644–8951

Fax +49 (0) 228 99644–8996

E-Mail gesundheitsstatistiken@destatis.de

8.3 Weiterführende Veröffentlichungen

Rübenach, Stefan P.: Todesursache Suizid, in: *Wirtschaft und Statistik* 10/2007, S. 960-971.

Rübenach, Stefan P.: *Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005*, in: *Wirtschaft und Statistik* 3/2007, S. 270-290.

Schelhase, Torsten/*Rübenach*, Stefan P.: Die Todesursachenstatistik – Methodik und Ergebnisse 2004, in: *Wirtschaft und Statistik* 6/2006, S. 614-629.

9 Merkmale, Indizes und Klassifikationen

Eine Dokumentation der deutschsprachigen Version der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Internet veröffentlicht:

<http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>