

KURZBERICHTE

3. Es kann aber *besondere Situationen* geben, in denen der Arzt dem Patienten aus therapeutischen Gründen gewisse Erkenntnisse vorenthalten darf und muß; die Grenzen für solche Ausnahmefälle sind auch hinsichtlich der Offenlegung von Befunden sehr eng zu ziehen.

4. Soweit der Arzt selbst keine umfassende Einsichtnahme einräumt, besteht das Einsichtnahmerecht des Patienten nur in die Aufzeichnungen über naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde und über Behandlungsfakten, die die Person des Patienten betreffen (insbesondere Angaben über Medikation und OP-Berichte).

5. Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke bei Gesprächen mit dem Patienten (oder Dritten) oder über die Motive für einen im Rahmen der Behandlung getroffenen Entschluß gehören zwar unter Umständen auch zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung, unterliegen aber wegen ihres subjektiven Charakters (persönliche Eindrücke und Wertungen, Hinweis auf spätere Verdachtsdiagnosen) nicht dem Einsichtnahmerecht des Patienten.

6. Bei klinischen Unterlagen über eine typische psychiatrische (psychotherapeutische) Behandlung spielt die persönliche Einbeziehung des behandelnden Arztes wie auch gegebenenfalls dritter Personen eine besondere Rolle. Die *subjektiven* Beurteilungselemente treten so in den Vordergrund, daß insgesamt dem Arzt die Entscheidung über die Offenlegung seiner Aufzeichnungen gegenüber dem Patienten vorbehalten bleiben muß.

7. Soweit ein Einsichtnahmerecht des Patienten besteht, ist es ihm auf Wunsch auch in der Form von eigener Einsicht zu gewähren, und zwar in der Regel im Rahmen eines Arztgespräches. Auf ausdrückliches Verlangen sollten dem Patienten solche Aufzeich-

nungen aber auch zum selbständigen Studium überlassen werden, wobei an die Stelle der Originale auf Kosten des Patienten zu fertige Ablichtungen treten können.

8. Der Patient darf sein Einsichtsrecht nicht mißbräuchlich oder zur Unzeit ausüben und muß insbesondere auf den geordneten Ablauf des Praxis- beziehungsweise Krankenhausbetriebes Rücksicht nehmen. EB

Zeitliche Vergleichbarkeit von Sterbeziffern

Todesursachenstatistiken sind erforderlich zur epidemiologischen Krankheitsursachenforschung. Voraussetzung hierzu sind vergleichbare Sterbedaten. Zu diesem Zweck werden die auf den Todesbescheinigungen eingetragenen Todesursachen nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation entsprechend der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) verschlüsselt. Die seit 1968 gültige 8. Revision der ICD wurde am 1. Januar 1979 durch die 9. Revision ersetzt. Hierbei vorgenommene Änderungen der Schlüsselnummernfolge, der Begriffsinhalte und Bezugssysteme der Krankheitsklassen sowie der Signierregeln haben Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit von Sterbestatistiken, vor allem bei Analysen des zeitlichen Verlaufs der Sterblichkeit.

Um Aufschlüsse über die Folgen der Umstellung auf die 9. Revision zu gewinnen, wurde eine Vergleichsstudie mit Sterbedaten durchgeführt, die sowohl nach Regeln der 8. wie der 9. Revision der ICD verschlüsselt wurden.

Hierzu förderte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ein Forschungsvorhaben beim Statistischen Landesamt Hamburg, bei dem die Grundlegenden der Gestorbenen eines Jahres (Sterbefälle in der Zeit vom 1. Juli

1979 bis 30. Juni 1980) zweifach verschlüsselt wurden. Die Aufbereitung und Auswertung der insgesamt 23 340 Sterbefälle wurde dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, übertragen.

Die Untersuchung brachte Hinweise auf Inkonsistenzen, die nicht tatsächlichen, sondern revisionsbedingten Sterblichkeitsänderungen entsprechen. Diese sind bei Statistiken mit Einzelnachweisen von Sterbeursachen nach den 4stelligen ICD-Kategorien ausgeprägter als bei grobgegliederten Übersichten. Revisionsbedingte Sterblichkeitszunahmen ließen sich nachweisen für Leberkrebs, bösartige Gehirntumoren, ischämische Herzkrankheiten und Arteriosklerose. Revisionsbedingte Sterblichkeitsabnahmen waren zu verzeichnen bei Dickdarmkrebs, Alkoholismus, chronisch rheumatischen Herzkrankheiten, arterieller Embolie und Thrombose sowie alkoholischer Leberzirrhose.

Ferner werden eine Reihe weiterer, weniger deutlicher Beispiele beschrieben, außerdem jeweils die Inkonsistenz verursachende Revisionsveränderung im ICD-Schlüsselwerk sowie der zahlenmäßige Stellenwert im Untersuchungskollektiv. Weil die große Erhebungsbasis fehlt, können lediglich Hinweise auf mögliche Quellen statistischer Fehldeutungen geliefert werden.

Daraus folgt, daß, um revisionsbedingte Verschiebungen in Trendstudien auszuschließen, die Änderungen der ICD-Klassen berücksichtigt werden müssen. Zur Überbrückung können Umsteigetabellen zweckdienlich sein.

Der Ergebnisbericht „Vergleichbarkeit der Todesursachenstatistik in Abhängigkeit von der Verschlüsselung nach der 8. und 9. Revision der ICD“ kann bei DIMDI bezogen werden.

Dr. med. E. Berg-Schorn (DIMDI)