

Zeitschrift: Itinera : Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Geschichte = supplément de la Revue suisse d'histoire = supplemento della Rivista storica svizzera

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Geschichte

Band: 17 (1996)

Artikel: Schweizerische Medizingeschichte in Zahlen : zum Kapitel "Krankheiten und Todesursachen in der Historischen Statistik der Schweiz"

Autor: Ritzmann, Iris

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1078101>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Schweizerische Medizingeschichte in Zahlen

Zum Kapitel «Krankheiten und Todesursachen in der Historischen Statistik der Schweiz»

Iris Ritzmann*

Die *medizinhistorische Statistik* hat die hiesige Öffentlichkeit in den vergangenen Jahrzehnten kaum beschäftigt. Seit Mitte der 1980er Jahre ruft uns jedoch der scheinbar unaufhaltsame Vormarsch der Immunschwäche Aids wieder eindringlich ins Bewusstsein, wie verheerend sich eine Infektionskrankheit, gegen die noch kein wirksames Gegenmittel entwickelt worden ist, auswirken kann. Aber auch Leiden, die eigentlich seit langem für heilbar angesehen werden, fordern noch immer zahlreiche Opfer. Dass nur permanent aktive Prävention vor der Wiederkehr überwunden geglaubter Schrecken schützt, führte uns beispielsweise im Jahr 1993 eine Kinderlähmungsepidemie in Holland vor Augen¹. Blickt man über den europäischen Kontinent hinaus, wird vollends deutlich, wie enorm die Herausforderungen sind, mit denen sich die moderne Medizin nach wie vor konfrontiert sieht. Strenggenommen können heute einzig die Pocken, die infolge des fehlenden Vertrauens der Bevölkerung in die Pockenschutzimpfung in diesem Land noch in den 1920er Jahren epidemisch aufgetreten sind², weltweit als ausgerottet gelten³. Andere Infektionskrankheiten wie Cholera, Typhus, Lungenentzündung und Kindbettfieber, aber auch die Kinderkrankheiten Masern, Scharlach und Röteln, sodann auch die beiden noch zu Beginn dieses Jahrhunderts vom Volksmund «Würgeengel» genannten Zwillinge Diphtherie und Keuchhusten und schliesslich die Tuberkulose, eine der schlimmsten Geisseln des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, haben ihren früheren Stellenwert in der Statistik der Todesursachen mittlerweile zwar weitgehend eingebüßt, doch könnte man genausogut auch sagen, sie seien durch moderne «Zivilisationsseuchen» wie Krebs und Kreislaufstörungen bloss abgelöst worden.

In seiner Einleitung zur «Historischen Statistik der Schweiz» versieht Prof. Siegenthaler die medizinhistorische Statistik zu Recht mit dem Etikett eines «Randgebietes der quantifizierenden Forschung». Anzufügen bleibt, dass dem in der Schweiz nicht zwingendermassen so sein müsste. Den Nach-

* Dr. med. Iris Ritzmann ist ständige wissenschaftliche Mitarbeiterin am Medizinhistorischen Institut und Museum der Universität Zürich.

¹ Vgl. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) 1992 (S. 714).

² Stiner, Otto: Impfung und Impfgegner. In: Schweiz. Medizin. Wochenschrift 1924 (S. 1078–1088).

³ Die World Health Organisation (WHO) hat die Pocken am 26. Oktober 1979 für ausgerottet erklärt.

weis für diese Behauptung liefert das mit *Krankheiten und Todesursachen* überschriebene Kapitel D. der «Historischen Statistik», dessen Tabellen aufgeschlossenen Zeitgenossen dazu dienen können, oft gehörte Pauschalurteile über die Medizingeschichte anhand der harten Fakten auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen. Ein umfassender historisch-statistischer Abriss des schweizerischen Gesundheitswesens wird auf den ungefähr siebzig Seiten dieses Kapitels freilich nicht geboten; behandelt werden vielmehr ausschliesslich die epidemiologischen Verhältnisse in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert. So wurde beispielsweise darauf verzichtet, Zahlen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, zum Patientenbestand einzelner Spitäler oder zum Mitgliederzuwachs bei den Krankenkassen beizubringen. Der Beitrag konzentriert sich vielmehr ganz auf die drei Bereiche *Medizinalpersonal, amtlich registrierte Krankheitsfälle und Todesursachen*, wobei den letzteren der Datenlage wegen mit Abstand am meisten Beachtung geschenkt worden ist. Die nachfolgenden Ausführungen sind dieser asymmetrischen thematischen Dreiteilung angepasst. Sie decken sich über weite Strecken mit den Erläuterungen zum Tabellenteil des Kapitels «Krankheiten und Todesursachen».

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts verkleinerte sich die Palette der medizinischen Berufe zusehends, wichen die Bader und Scherer, Wundärzte und niederen Chirurgen immer mehr den gelehrteten Ärzten, die ihr Wissen vor einer kantonalen Kommission unter Beweis stellen mussten. Im Zeitraum 1810–1860 lassen sich die seitens der kantonalen Behörden gemachten Angaben zum Medizinalpersonal noch kaum untereinander vergleichen, variierten doch die Umschreibungen für die einzelnen Berufe des Gesundheitswesens von Kanton zu Kanton⁴. Jedoch begann sich allmählich ein kantonsübergreifender Konsens über die Unhaltbarkeit dieser Situation abzuzeichnen. Nachdem sich einige Kantone bereits im Sinne einer gegenseitigen Anerkennung des Arztdiploms verständigt hatten⁵, schlossen im Jahr 1876 Zürich, Bern, Schwyz, Glarus, Solothurn, Schaffhausen, Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen und Thurgau ein Konkordat über die gegenseitige Freizügigkeit des Medizinalpersonals. Später traten dieser Vereinbarung der Reihe nach auch Baselland, Luzern, Uri, Zug, Appenzell Innerrhoden, Aargau, Neuenburg und Graubünden bei. Andere Kantone wiederum behielten ihre frühere Gesetzgebung bei und verblieben infolgedessen auch ausserhalb des Konkordates. Dieser Umstand führte dazu, dass sich verschiedene «Schlupfwinkel» bildeten, in denen die aus den Konkordats-

4 «Die Sanitätszustände in der Schweiz mit einigen Worten beleuchtet, nebst dem Vorschlag zur Beschickung einer medizinischen Konferenz und zum Entwurf eines eidgenössischen Sanitätskonkordats», 1855 (anonymer Autor).

5 Ziegler, A.: Oeffentliche Medizinalangelegenheiten und Berufsfragen. In: Schweiz. Zeitschrift für Heilkunde 1862 (S. 181–197 und 383–391).

kantonen verbannten Medizinalpersonen weiterhin ihr Handwerk ausüben durften.

Auf Bundesebene regelt seit 1877 ein Gesetz die Freizügigkeit des Medizinalpersonals, indem es das eidgenössisch anerkannte Fachexamen zur Voraussetzung einer freien Niederlassung erklärt. 1886 wurde dieses Gesetz, das sich zunächst nur auf Ärzte, Apotheker und Tierärzte bezogen hatte, auch auf den Zahnarztberuf ausgedehnt. Personen, die sich über ein Diplom des Konkordates von 1867 ausweisen konnten oder ein gleichwertiges kantonales Patent besassen, gewährte das Bundesgesetz von 1877 ebenfalls die Niederlassungsfreiheit. Die Abkommen, welche die Schweiz in der Folge mit dem Deutschen Reich (1884), dem Fürstentum Liechtenstein (1885), Österreich-Ungarn (1885), Italien (1888) und Frankreich (1888) schloss, garantierten darüber hinaus auch ausländischen Ärzten die freie Berufsausübung⁶.

Die Qualität der statistischen Erfassung des Medizinalpersonals hat von dieser Entwicklung augenscheinlich stark profitiert. So setzt schon vor der Jahrhundertwende eine nach Kantonen untergliederte Statistik von hoher Glaubwürdigkeit ein, die jährlich über den Bestand der praktizierenden Ärzte unterrichtet⁷. Auch die Veränderungen im Bestand der Apotheker und Zahnärzte lassen sich seit etwa 1890 problemlos in Form von Langzeitreihen dokumentieren. Grössere Schwierigkeiten hat den Behörden wahrscheinlich die korrekte Erfassung der Tierärzte bereitet. Die Hebammen schliesslich wurden in den kantonalen Sanitätsarztberichten des 19. Jahrhunderts zwar für gewöhnlich zusammen mit den Ärzten, Apothekern, Zahnärzten und Tierärzten als Medizinalpersonen aufgeführt; das Statistische Jahrbuch der Schweiz weist ihren Bestand auf Kantonsebene jedoch nur bis 1928 aus. Für die nachfolgenden Dezennien verfügen wir dann lediglich noch über die Angaben aus den Volkszählungen der Jahre 1930, 1941, 1950, 1960, 1970 und 1980 zum Bestand der freischaffenden und angestellten Hebammen.

1886 stimmte das Schweizervolk der Einführung einer Meldepflicht beim Auftreten von «gemeingefährlichen Epidemien» zu⁸. Unter diesen Begriff fielen zunächst nur vier Krankheiten, nämlich Pocken, Cholera, Flecktyphus und die Pest. Doch bereits ein Jahr später kam man überein, die Meldepflicht auf eine Reihe weiterer ansteckender Krankheiten auszudehnen, und nach weiteren vier Jahren war es soweit, dass die aus den Kantonen eingetroffe-

6 Geiser, Heinz: Tendenz zur Vereinheitlichung des Arztberufes in der Schweiz im 19. Jahrhundert. Diss. Zürich 1963.

7 Angaben im Statistischen Jahrbuch der Schweiz und im Schweizerischen Medizinischen Jahrbuch.

8 Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vom 2. Juli 1886. In: Sammlung der eidgenössischen Erlasse betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien; zusammengestellt für die Sanitätsbehörden und Aerzte vom schweiz. Gesundheitsamt. Bern 1901 (S. 6–9).

nen Meldungen im *Sanitarisch-demographischen Wochenbulletin*⁹ – einem Vorläufer des heutigen Bulletins des Bundesamts für Gesundheitswesen – abgedruckt werden konnten. Gleichwohl vermitteln die amtlichen Angaben über das Auftreten von Epidemien auch nach den Zäsuren von 1886, 1887 und 1891 bestenfalls eine vage Vorstellung von der tatsächlichen epidemiologischen Situation. Verantwortlich für die vergleichsweise geringe Zuverlässigkeit der schweizerischen Morbiditätsstatistik des späten 19. Jahrhunderts dürften in erster Linie die geringe Ärztedichte, nachlässig durchgeführte Erhebungen und eine unzureichend ausgebildete Diagnostik gewesen sein. Auf der anderen Seite steht aber auch fest, dass sich die Fehlerquote bei der Erfassung der Erkrankungsfälle in den nachfolgenden Jahrzehnten erheblich verringert hat. Daraus ergibt sich, dass der säkulare Rückgang der Morbidität zumindest bei einigen Krankheiten wesentlich steiler verlaufen sein dürfte, als dies die statistischen Aufzeichnungen suggerieren. Das bedeutet indessen nicht, dass dieses Datenmaterial überhaupt keinen interpretatorischen Wert besässe. Lässt man die gebotene Vorsicht walten, kann es sehr wohl dazu verwendet werden, um sich einen ungefähren Eindruck von der Entwicklung der Morbidität bei einzelnen Krankheiten in den letzten hundert Jahren zu verschaffen.

Leider gilt dasselbe nicht auch für die schweizerische Spitalstatistik und schon gar nicht für die privatärztlichen Aufzeichnungen. Die Statistik der Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser (VESKA) basiert noch heute auf der freiwilligen Mitarbeit einiger hundert Spitäler, denen kein repräsentativer Charakter zugesprochen werden kann¹⁰. Bei den von Privatärzten durchgeführten Erhebungen verhält es sich so, dass ihrer einfach nicht genügend viele sind, als dass auf dieser Grundlage der Versuch einer gesamtschweizerischen oder auch bloss kantonalen Hochrechnung gewagt werden könnte.

Beim Entwurf der ersten gesamtschweizerischen Todesursachenstatistik¹¹ hat sich die schweizerische Ärztekommision England zum Vorbild genommen, wo schon 1836 eine solche Statistik ins Leben gerufen worden war. 1875 erwirkte die Ärztekommision, dass das Eidgenössische Statistische Bureau von der Bundesversammlung zusätzlich zu der von ihm seit 1867 wahrgenommenen Aufgabe, eine Jahresstatistik der Geburten, Sterbefälle und Trauungen zu führen, den Auftrag erhielt, auch über die ärztlich bescheinigten Todesursachen zu informieren. Das Ausstellen eines mit einer genauen

9 Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz 1891 und 1893–1916 (1917–1979: Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes; seit 1980: Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen).

10 Vgl. z.B. das Vorwort in: VESKA: Medizinische Statistik, Gesamtstatistik 1990, Diagnosen und Operationen (1991).

11 Zur Entwicklung dieser Statistik vgl. Eidg. Statistisches Amt: Ehe, Geburt und Tod 1891–1900 (S. 6*–9*) sowie Eidg. Statistisches Amt: Einführung in die Todesursachenstatistik. Bern 1954 (S. 4–5).

Bezeichnung der Todesursache versehenen Totenscheins wurde freilich nicht zu einem landesweiten Obligatorium erklärt, sondern in einer vagen Formulierung als Pflicht umrissen, der die Ärzte «wenn immer möglich» nachkommen sollten.

Vor 1875 war die ärztliche Bescheinigung der Todesursachen nur in ganz wenigen Kantonen vorgeschrieben, nämlich in Zürich, Basel-Stadt, Neuenburg und Genf. Ein nach Todesursachen differenzierender interkantonaler Vergleich der Sterbefälle macht für die 1850er, 60er und frühen 70er Jahre bei den meisten Krankheiten noch wenig Sinn, weil sich bis 1875 in der Schweiz keine einheitliche Nomenklatur der Todesursachen durchgesetzt hat¹². Einer statistischen Interpretation zugänglich ist allenfalls die Kurve der an einer bestimmten Krankheit verstorbenen Personen in einzelnen Kantonen. Entsprechende Reihen von ungleicher Länge und Qualität liessen sich für Zürich, Schwyz, Glarus, Solothurn, Basel-Stadt, Schaffhausen, Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen, Thurgau und Neuenburg rekonstruieren, indem entweder die jährlichen Rechenschaftsberichte des Regierungsrats oder des Sanitätsarztes ausgewertet oder dann andere für ausreichend kompetent erachtete Quellen ausgeschöpft wurden.

Es erscheint allerdings geraten, diese Reihen aus dem frühen und fortgeschrittenen 19. Jahrhundert nicht unbesehen mit den Zahlen zu verknüpfen, die seit 1876 in den «Statistischen Lieferungen» abgedruckt wurden. Denn nicht allein die Terminologie der Krankheiten hatte sich in der Zwischenzeit grundlegend geändert; wichtiger noch ist, dass traditionelle Benennungen von Krankheiten wie «Gallenfieber», «Schleimfieber» oder auch «Dicker Hals» einem medizinischen Konzept geschuldet waren, mit dem die späteren, den verbesserten Erkenntnisstand der modernen Medizin reflektierende Systematik absolut nichts mehr gemein hat. Zwei besonders krass Beispiele mögen verdeutlichen, was dieser Sachverhalt konkret impliziert: «Typhus», heute ein Synonym für Bauchtyphus, wurde im 19. Jahrhundert fast jede Erkrankung genannt, die Bewusstseinsstörungen oder ein mit Magendarmreizungen verbundenes Unwohlsein hervorrief¹³. Und was die Zürcher und Thurgauer Sanitätsärzte in den 40er, 50er und 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts in ihren Berichten mit «Wassersucht» umschrieben haben, steht nicht etwa für ein ungewöhnliches Suchtleiden, bei dessen Bekämpfung man dermassen erfolgreich gewesen wäre, dass es in die revidierte Todesursachenstatistik von 1876 schon gar nicht mehr aufgenommen zu werden brauchte, sondern bezeichnet lediglich bestimmte Symptome, die u. a. bei Herz- und Nierenleiden und bei chronischer Mangelernährung aufzutreten

12 Vgl. Eidg. Statistisches Amt: Ehe, Geburt und Tod 1891–1900 (S. 6*).

13 Lindemann, Ulrich: Die Geschichte der Krankheitsbezeichnung «Typhus» und der Wandel der Typhuslehre im 19. Jahrhundert in Deutschland. Diss. Berlin 1986.

pflegen. Weniger problematisch erscheint der Vergleich der vom Eidgenössischen Statistischen Bureau herausgegebenen Todesursachenstatistik mit früheren kantonalen Statistiken hinsichtlich der bei Geburten oder im Wochenbett eingetretenen Todesfälle, der Lungentuberkulose und einiger akuter epidemischer Krankheiten. Mit Sicherheit untereinander vergleichbar sind die Angaben über die durch äussere Gewalteinwirkung zu Tode gekommenen Personen (Selbstmord und Unfalltod).

Auch nach 1875 war die Erfassung der Todesursachen in einigen Kantonen äusserst mangelhaft¹⁴, wie die nach Kantonen untergliederte Statistik der unbescheinigten und ungenau diagnostizierten Todesfälle belegt. In einer der drei grossen Untersuchungen, die das Eidgenössische Statistische Bureau im Rahmen seiner Sonderpublikationsreihe «Ehe, Geburt und Tod» den Todesursachen gewidmet hat, kann man nachlesen, wieviel Ärger den Bundesbeamten daraus erwachsen ist, dass ein Teil der Totenscheine von arroganten Ärzten ausgefüllt und von ignoranten Zivilstandsbeamten bearbeitet wurde. Die sprichwörtliche Unleserlichkeit der ärztlichen Handschrift war das eine Hauptproblem, das zweite bestand darin, dass manche Ärzte die Krankheiten, die sie als Todesursachen identifiziert hatten, partout einzig mit einer lateinischen Vokabel bezeichnet haben wollten. Dazu kam drittens, dass die Bereitschaft der Ärzte zur Mitarbeit in einigen Gegenden – besonders im Wallis – nicht sehr ausgeprägt war, was den Prozentsatz der unbescheinigten und ungenau umschriebenen Todesursachen in den betreffenden Kantonen in traurige Höhen schnellen liess. Den Zivilstandsbeamten ihrerseits oblag es, die von den Ärzten gemachten Angaben sozusagen ins Reine zu schreiben und an das Eidgenössische Statistische Bureau weiterzuleiten. Dort wurde man dann gewahr, dass einige der Zivilstandsbeamten dem Ärztlatein offenbar nicht vollumfänglich gewachsen waren, fanden sich auf gewissen Listen doch Krankheiten verzeichnet, die in der amtlichen Nomenklatur der Todesursachen überhaupt nirgends vorkamen. Mit der Durchführung von Nachkontrollen hoffte das Bureau, den durch Irrtümer dieser Art angerichteten Schaden an der Gesamtstatistik wieder beheben zu können¹⁵ Möglicherweise wäre ihm dies auch gelungen, hätte es zu allem Übel nicht auch noch eine vierte Fehlerquelle gegeben, die sich fatalerweise jeglicher Überprüfung entzog – die Treffsicherheit der ärztlichen Diagnosen. Bedenkt man, dass in jüngster Zeit wissenschaftliche Studien ergeben haben, dass der Befund der Pathologie die von den Ärzten gemachten Angaben über das Hauptleiden verstorbener Patienten gar nicht so selten widerlegt¹⁶,

14 Lotz, Theophil: Zur ärztlichen Bescheinigung der «Todesursache». In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1879, Nr. 2 (S. 33–37).

15 Eidg. Statistisches Amt: Ehe, Geburt und Tod 1891–1900 (S. 7*–13*).

16 Geographische Verteilung wichtiger Todesursachen in der Schweiz. In: Statistische Berichte 14: Gesundheit. Bern 1987 (S. 21–25).

kann man sich in etwa ausmalen, wie verbreitet Fehldiagnosen beim Eruieren von Todesursachen vor hundert Jahren gewesen sein müssen.

Trotz alledem sollte man sich davor hüten, über die schweizerische Todesursachenstatistik des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts vorschnell den Stab zu brechen. So sehr ihr gegenüber auch gewichtige Vorbehalte angebracht sind, so verfehlt wäre es, dieser Datenquelle generell jede Bedeutung und Brauchbarkeit abzusprechen. Zu einem solchen Pauschalurteil besteht um so weniger Anlass, als sich das Eidgenössische Statistische Bureau seit dem Erscheinen des ersten Bandes der «Statistischen Lieferungen» immer wieder von neuem in vorbildlicher Weise um eine qualitative Verbesserung der von ihm veranlassten Erhebungen bemüht hat. Eine Frucht dieser Bestrebungen war die vollständige Umgestaltung der Nomenklatur der Todesursachen im Jahre 1901. Gleichzeitig wurde dem Argument, dass die präzise Umschreibung der Todesursache auf den Totenscheinen auf eine Verletzung des Gebots der ärztlichen Schweigepflicht hinauslaufe, die Spitze gebrochen, indem das Amt die Einführung anonymer Sterbekarten anordnete. In der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts ging dann jeder Volkszählung eine Revision der Todesursachen-Nomenklatur parallel. 1960 wurden keine Änderungen mehr vorgenommen, da zu diesem Zeitpunkt bereits Sondierungen im Hinblick auf eine Übernahme des «International Code of Diseases» (ICD) im Gange waren. 1970 hat die Schweiz diesen Code übernommen; seither besitzt also die schweizerische Mortalitätsstatistik den Vorteil internationaler Vergleichbarkeit. Der Nachteil, dass der vierstellige ICD der schweizerischen Klassifikation an Genauigkeit bei weitem unterlegen ist, darf als unerheblich angesehen werden, weil zur gleichen Zeit ein fünfstelliger Code erfunden wurde, der unterhalb der vier Ebenen des ICD die Feinabstufungen der schweizerischen Nomenklatur beibehält. Da es sich hierbei um die achte schweizerische Revision der Todesursachenstatistik handelte, erhielt diese Klassifikation, die auch heute noch in Gebrauch ist, den Namen ICD-8¹⁷.

Die eben gemachten Ausführungen zur Entwicklung der medizinhistorischen Statistik in der Schweiz sind kein typisches Beispiel für die in die einzelnen Kapitel der «Historischen Statistik der Schweiz» einführenden Kommentare, denn mit solcher Ausführlichkeit konnte in der Regel nicht auf den Inhalt und die Problematik der von uns präsentierten Tabellen eingegangen werden. Besser als jeder andere der von uns verfassten 26 Kommentare machen diese Ausführungen deutlich, wieviel Hintergrundwissen eigentlich vorhanden sein müsste, um eine korrekte Interpretation der in den Tabellen gespeicherten Informationen zu gestatten.

17 Eidg. Statistisches Amt: Internationale Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen. Bern 1970 (S. 5).