

Zum Morbiditätswandel

Kurt Winter

Statistiska översikter visar hur sedan sekelskiftet den återstående livslängden ökat i betydande utsträckning på praktiskt taget alla åldersnivåer. Samtidigt har sjukdomspanoramat kraftigt förändrats. I DDR finns det sedan årtal t ex inga tuberkulosdödsfall i barnåldern upp till 15 år och såväl sjuklighet som dödlighet i tuberkulos drabbar nästan bara gamla människor. Dödlighets- och sjukdomsstatistiken visar hur levnadsmöjligheterna för människorna på ett avgörande sätt förbättrats under detta århundrade. Undersöker vi orsakerna till detta är det säkert att finna i förbättrade levnads- och arbetsförhållanden. Detta visar att hälsa och sjukdom i första hand är socialt determinerade fenomen.

Professor Dr. sc. med. Kurt Winter är rektor för Akademi für Ärztliche Fortbildung der DDR.

Sozialmedizinisches Denken fällt dem Kliniker offensichtlich nicht leicht. Dadurch sind die international auftretenden Katastrophenmeldungen über die „Zunahme“ von Herz-Kreislauf-Krankheiten bedingt, die eine weitgehende Irreführung der öffentlichen Meinung bewirkt haben. Unter dem Einfluß von HOCHREIN lesen wir 1975 bei K. H. HARTMANN:

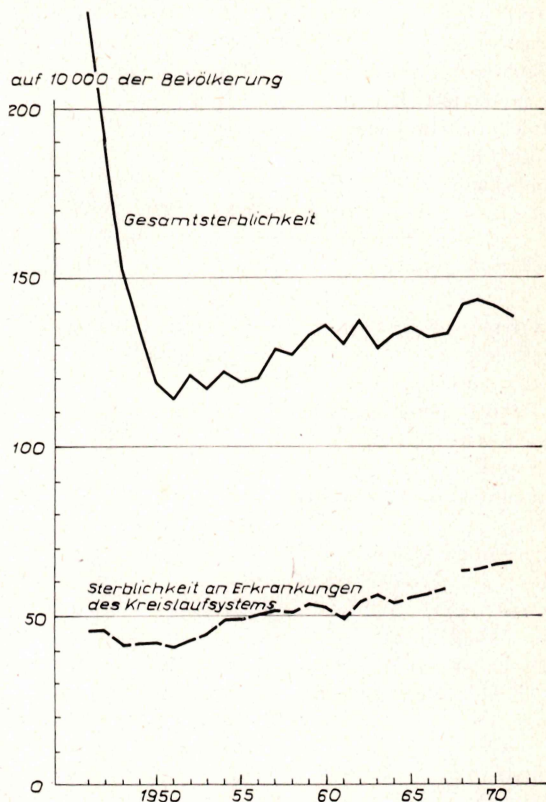
„In Schweden waren diese Krankheiten“ (gemeint sind Herz-Kreislauf-Krankheiten, der Verfasser) „im Jahre 1960 mit 52,1 %, in der Zeit von 1910—1919 jedoch nur mit 16 % an den Todesursachen beteiligt; das entspricht also einer Zunahme von mehr als das Dreifache innerhalb von 40 Jahren.“

Schon vor 20 Jahren mußten wir uns mit der gleichen Fehlinterpretation eines bekannten Biochemikers in der DDR auseinandersetzen. Er

ging in seinem alarmierenden Artikel auch davon aus, daß der Anteil der Todesfälle an Herz-Kreislauf-Krankheiten von 24 % im Jahre 1946 auf 40 % im Jahre 1954 in der DDR angestiegen war und wagte sogar, einen Zusammenhang mit dem angestiegenen Butterverbrauch zu konstruieren.

Wie *Abbildung 1* zeigt, hatte sich in Wirklichkeit die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit in der DDR 1946:1954 nicht geändert. Dagegen war die Allgemeinsterblichkeit entsprechend der Normalisierung der Verhältnisse nach dem II. Weltkrieg erheblich gefallen. Es ist allerdings eine Tatsache,

Abb. 1. Sterblichkeit insgesamt und an Erkrankungen des Kreislaufsystems, DDR 1946—1971.



daß in allen hochentwickelten Ländern die Anzahl der Herz-Kreislauf-Kranken und -Gestorbenen in den vergangenen Jahrzehnten ständig angestiegen ist und in diesen Ländern Zweidrittel bis Dreiviertel aller Menschen an Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartigen Geschwülsten sterben. Wie kommt nun diese Entwicklung zustande und wie soll man sie interpretieren?

Tabelle 1. Todesursachen-Statistik

Säuglinge	Gestorbene je 1000 Lebendgeborene		
	1892—1901 (Deutsches Reich)	1972 (DDR) männl. weibl.	
Enteritis u. sonst. Durchfallerkrankungen	74,7	0,65	0,45
Angeborene Lebensschwäche	31,4	—	—
Entzündl. Erkrankungen der Atemwege	18,0	1,28	0,74
Tbc	2,4	0,0	0,0
Keuchhusten	6,8		
Scharlach u. Masern	3,2		
Diphtherie u. Krupp	3,1		
Infektionskrankheiten (nur 1972)		0,23	0,20
unbekannt	8,1	—	—
sonstige	68,8	15,4	11,5
insgesamt	216,4	17,6	12,9
<i>Altersgruppe der 1—15-jährigen</i>	Gestorbene je 10 000 der Altersgruppe		
Keuchhusten	4,4		
Diphtherie und Krupp	20,3		
Scharlach	5,8		
Masern	5,6		
alle Infektionskrankheiten		6,1	3,7
Tbc	8,6	0,0	—
Pneumonie u. sonst. Entzündungen der Atemwege	18,8	0,3	0,3
Enteritis u. sonst. Durchfallerkrankungen	11,4	0,1	0,1
Unfälle u. Verletzungen	3,2	2,3	1,0
sonst.	33,4	3,3	2,3
insgesamt	111,5	6,1	3,7

Seine Leser, die er aufklären möchte, schreckt HARTMANN mit der Feststellung, „daß aber bereits 9 % der Todesfälle in der Altersgruppe bis zu 34 Jahren“ in Schweden an Herz-Kreislauf-Krankheiten zugrunde gehen. Aber wieviel Menschen sterben denn heute von 0—34 Jahren in Schweden überhaupt noch? Sicher ist die Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe 0—34 Jahre ein wichtiges medizinisches Problem, weil die meisten anderen Todesursachen in dieser Altersgruppe überwunden werden konnten. Ein wichtiger Ausdruck des Morbiditätswandels ist demnach, daß Erkrankung und Tod immer mehr auseinandergerückt sind (Tab. 1). Die Folge ist eine Erhöhung der Lebenserwartung (Tabelle 2).

Tabelle 2. Lebenserwartung

Sterbetafel 1891/1900 (Deutsches Reich)
Sterbetafel 1967/68 (DDR)

Alter in Jahren	Lebenserwartung 1891/1900		Lebenserwartung 1968/69	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
0	40,6	44,0	69,2	74,4
1	51,9	53,8	69,8	74,7
10	49,7	51,7	61,3	66,1
20	41,2	43,4	51,7	56,3
30	33,5	35,6	42,4	46,7
40	25,9	28,1	33,2	37,2
50	19,0	20,6	24,2	28,0
60	12,8	13,6	16,4	19,5
70	7,8	8,1	10,3	12,1
80	4,2	4,5	6,0	6,6
90	2,2	2,5	3,4	3,4
100	1,3	1,7	2,1	1,8

In der Folge verändert sich die Altersstruktur einer Bevölkerung. Die stärkere Besetzung der höheren Altersgruppen muß zu einem stärkeren Hervortreten der für das höhere Lebensalter charakteristischen chronisch degenerativen Krankheiten im Morbiditätsgeschehen führen.

Erhöhung der Lebenserwartung ist aber wiederum nur möglich durch den Abbau der für das Kindes- und Jugendalter charakteristischen Infektionskrankheiten und das Zurückdrängen dieser Krankheiten als Todesursachen. *Abbildung 2*

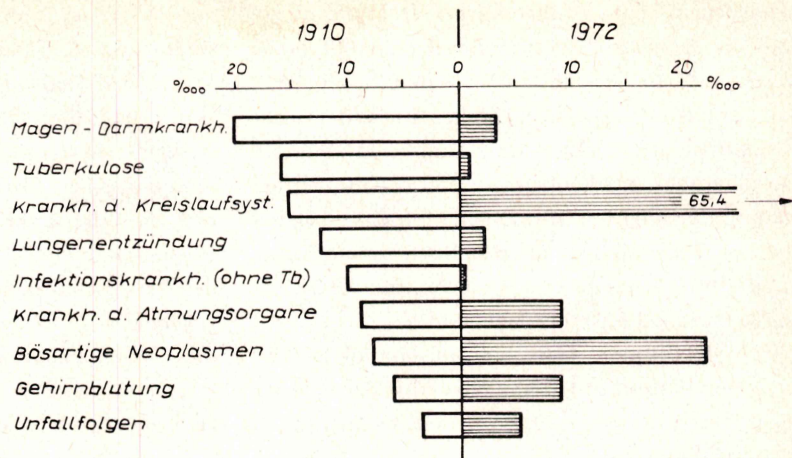


Abb. 2. Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1910 (Deutsches Reich) und 1972 (DDR)

bringt einen Vergleich des Anteils der Sterblichkeit ausgewählter Todesursachen an der Sterblichkeit insgesamt zwischen 1910 (Deutsches Reich) und 1972 (DDR). Dieser Vergleich der Todesursachen ist zwar nicht identisch mit der Erkrankungshäufigkeit, er macht aber deutlich, inwieweit früher sehr oft tödlich endende Krankheiten heute verhütet bzw. mit Erfolg behandelt werden können. Betrug die Tuberkulose-Sterblichkeit im ehemaligen Deutschen Reich 1938 60 auf 100 000, stieg diese 1946 auf dem Territorium der heutigen DDR auf 280 je 100 000 Einwohner an und ist 1974 in der DDR auf 2,1 Sterbefälle je 100 000 Einwohner gefallen.

Im Kindesalter bis zu 15 Jahren gibt es seit Jahren überhaupt keine Tuberkulose-Sterbefälle mehr, und der Tod an Tbc wie auch die Erkrankungshäufigkeit betrifft fast ausschließlich alte Menschen. Das ist aber auch nicht anders bei den

Herz-Kreislauf-Krankheiten. 91,5 % aller in der DDR an Herz-Kreislauf-Krankheiten Gestorbenen sind älter als 60 Jahre (siehe Abb. 3).

Will man eine Aussage über die Gefährdung, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu sterben, machen, dann ist dies heute nur noch im historischen Vergleich altersspezifischer Sterbeziffern möglich. Ein solcher Vergleich zeigt für die DDR, daß diese altersspezifische Sterblichkeit in den letzten 30 Jahren in keiner Altersgruppe gestiegen, wohl aber in den meisten Altersgruppen des Kindes-, Jugend- und Leistungsalters gesunken ist. Die individuelle Gefährdung, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu sterben, hat demnach insgesamt abgenommen.

Hier ergibt sich für viele Kliniker ein scheinbarer Widerspruch, weil die absolute Zahl der an Herz-Kreislauf-Krankheiten Gestorbenen heute größer ist als früher. Fügt man jedoch der ständig

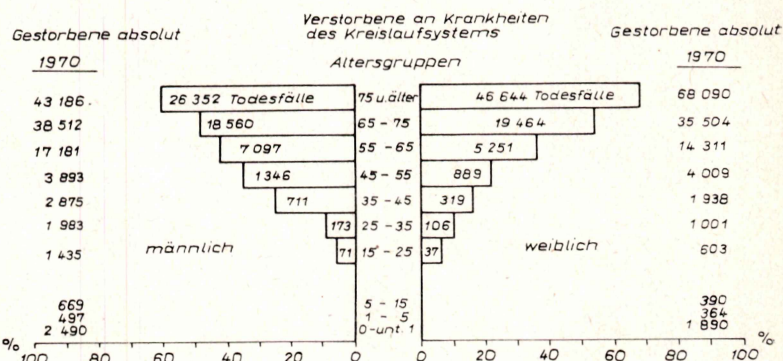


Abb. 3. Procentualer Anteil der Verstorbenen an H K K (390—458) an den Gesamtverstorbenen nach Alter und Geschlecht, D D R 1970.

gestiegenen Lebenserwartung die Tatsache hinzu, daß die Geburtenrate zum Beispiel in der DDR verglichen mit der Jahrhundertwende in Deutschland auf etwa ein Drittel gefallen ist, so wird der Strukturwandel in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung verständlich. In der DDR beträgt dadurch bedingt der Anteil der Menschen jenseits des 60. Lebensjahres an der Bevölkerung heute rund 20 %, während er um die Jahrhundertwende in Deutschland 5 % ausmachte.

Mit dem bisher Gesagten soll die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten für die heutige Zeit keineswegs abgewertet werden. Dennoch läßt sich feststellen, daß im Laufe dieses Jahrhunderts Leistungs- und Lebensfähigkeit des Menschen erheblich zugenommen haben. Das kann sogar mit einer erhöhten Morbidität verbunden sein, da immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen und in dieser verlängerten Lebensspanne mehr oder minder viele Krankheiten durchmachen, ohne daran zu sterben. Untersuchen wir die Ursachen dieses sicher segensreichen Morbiditätswandels, der hier nur beispielhaft erläutert werden konnte, so sind sie sicher in den verbesserten Lebens- und Arbeitsbedingungen zu finden. Damit wird unsere These bestätigt, daß Gesundheit und Krankheit in erster Linie sozial determinierte Phänomene sind. Selbstverständlich wird damit keineswegs der biologische Charakter eines Krankheitsablaufes negiert. Aber ob jemand erkrankt, wann er erkrankt, wie die Krankheit verläuft, das

wird in erster Linie durch die gesellschaftlichen Bedingungen seines Daseins entschieden. Das Wesen der Medizin wird daher durch ihre soziale Natur bestimmt. Je mehr Ärzte das bei gleichzeitiger Meisterung biologischer und naturwissenschaftlicher Erkenntnisse verstehen, umso größere Wirksamkeit wird von der medizinischen Wissenschaft und Praxis ausgehen im Rahmen der gesellschaftlichen Voraussetzungen, die ihr gegeben sind. Es ist Gunnar Inghes Verdienst, in diesem humanistischen Sinne zu wirken.

Der Verfasser schätzt sich glücklich zu denen zu gehören, die davon lernen konnten.

LITERATURHINWEISE

- Hartmann, K H:* Keine Zeit für die Gesundheit? Paracelsus Verlag Stuttgart, 1975, S. 12
- Hochrein, M:* in: Fiebig, F., vorbeugende Gesundheitspflege, Stuttgart 1960
- Wollenberger, A:* Kreislaufkrankheiten und Ernährung
in: Dt. Gesundh.-wesen, Berlin 11 (1956) 42, S. 1410 ff
- Winter, K:* Verbreitung der Herz- und Kreislaufkrankheiten in der DDR, in: Dt. Gesundh.-wesen, Berlin 12 (1957) 11, S. 327 ff
- Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, 1975
- Bevölkerungstatistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, 1975