

Statistische Betrachtungen zur Morbidität im Alter

M. Ribl

Aus dem Stadtärztlichen Dienst Zürich

Artikel eingegangen am 2. Oktober 1970

Zusammenfassung

Präventivmedizinisches Denken ruft vor allem in bezug auf die Probleme des Alters nach brauchbaren Morbiditätsstatistiken. Diese sind weder in der Schweiz noch im Ausland heute in ausreichendem Maß vorhanden. Es müssen Mittel und Wege gesucht werden, um zu aussagekräftigen Repräsentativ- oder Teilerhebungen zu kommen. Im Hinblick auf die Krankenhausplanung werden im Stadtärztlichen Dienst Zürich seit rund 20 Jahren Morbiditätsdaten gesammelt und der Zweckbestimmung entsprechend ausgewertet. Die Ergebnisse ermöglichen eine klare Disposition im Spitalbau. Da die Morbidität im Alter äußerst komplex ist, kann sie nicht isoliert betrachtet werden; sie ist in den Rahmen allgemeiner Morbiditätsstudien zu setzen.

Präventivmedizinisches Denken hat in jüngerer Zeit ein zunehmendes Interesse an einer brauchbaren Morbiditätsstatistik wach werden lassen. Während in praktisch allen Staaten der Welt legale Grundlagen für die Führung einer Sterbestatistik bestehen und demzufolge diese Daten seit vielen Jahrzehnten vorhanden und teilweise auch international vergleichbar sind, fehlten bisher für die Aufzeichnungen über die Erkrankungen in der Bevölkerung die entsprechenden Gesetze. Eine Ausnahme bilden die Infektionskrankheiten, vor allem die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, die statistisch in den meisten Ländern erfaßt werden.

Für die Einführung von Morbiditätsstatistiken sind erst Ansätze vorhanden. In verschiedenen Ländern, zum Beispiel in Amerika und in Dänemark, hat man sich vorerst mit Repräsentativerhebungen an Stelle von Vollerhebungen den Fragen der Morbidität zugewendet. Die Weltgesundheitsorganisation ihrerseits versucht, alle Mitgliedstaaten zu morbiditätsstatistischen Arbeiten anzuspornen und sie nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten auch dazu zu verpflichten.

Krankheitsstatistische Erhebungen stoßen vielfach auf Widerstände. Der Kranke fühlt sich in seiner Intimsphäre verletzt, wenn «sein» Fall, seine persönliche Leidensgeschichte Gegenstand einer Zählung wird. Er

fürchtet die Verletzung des Arztgeheimnisses und damit einhergehend eine mögliche Beeinträchtigung seiner wirtschaftlichen und persönlichen Situation. Das, was er durch seine Krankheit körperlich und seelisch erleidet, will er nicht als unpersönliche Fakten und Daten registriert wissen. Bereits minutiöse Anamnesen und Eintragungen in Krankengeschichten erwecken bei vielen Patienten Ablehnung und Mißtrauen. Das Ziel wissenschaftlich brauchbarer Morbiditätsstatistiken ist nun aber eine weitgehende Berücksichtigung möglichst vieler Angaben aus dem Krankheitsgeschehen. Es zählt die Hauptdiagnose, es zählen aber auch alle Nebendiagnosen, und sehr erwünscht wären auch die Kenntnis und Erfassung des Krankheitsverlaufes. Mit dem heute vorhandenen Mittel der elektronischen Datenverarbeitung ist es durchaus möglich, eine Vielzahl solcher Angaben auszuzählen und zueinander in Beziehung zu setzen. Die Schwierigkeit liegt vorerst noch auf dem Gebiet der Datenerfassung. Wo und wie erfassen wir den kranken Menschen? Der Allgemeinpraktiker wie der Spezialarzt sind vorwiegend auf therapeutisches Wirken ausgerichtet und haben in ihrer notorischen Überbelastung kaum Zeit und Interesse für sozial- und präventivmedizinische Arbeiten, die ihnen auch von keiner Seite honoriert werden. Auch sie würden möglicherweise in dieser staatlichen Intervention – denn nur um eine solche könnte es sich handeln – eine Beeinträchtigung ihres Vertrauensverhältnisses zum Patienten sehen. Dem Toten gegenüber sind die Bedenken weit geringer, auch wenn er im Grunde den gleichen Anspruch auf Geheimhaltung hat und dieser Schutz sowohl in der Sterbe- wie in der Krankheitsstatistik durch Weglassen des Namens gewährleistet wird oder werden könnte. Es ist allerdings zu bedenken, daß dadurch in der Morbiditätsstatistik Doppelzählungen kaum zu umgehen wären und daß wegen des Patienten, der von Arzt zu Arzt

pilgert und dessen Leiden in sehr vielen Krankengeschichten figuriert, die Richtigkeit der Zahlen bis zu einem gewissen Punkt in Frage gestellt werden müßte. Etwas einfacher liegen die Voraussetzungen beim hospitalisierten Patienten. Dies hat auch die VESKA, den Verband Schweizerischer Krankenanstalten, ermuntert, 1967 eine Kommission für medizinische Statistik und Dokumentation zu gründen und diese mit der Aufgabe der Vereinheitlichung der Diagnosestatistiken in den Spitälern zu beauftragen. Als statistische Grundlage wurde nach gründlicher Prüfung der Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation, die ICD, International Classification of Diseases, gewählt, die mit dreistelligen Zahlen ungefähr 800 Krankheiten zu klassifizieren vermag, ohne daß an den statistisch nicht speziell geschulten Arzt zu große Anforderungen gestellt werden. Die ICD fußt auf dem gleichen Aufbau wie das Internationale Todesursachenregister. Ein erster kleinerer Probelauf im Jahre 1968 und ein erweiterter 1969 waren so erfolgreich, daß 1970 die Statistik auf alle dem Verband Schweizerischer Krankenanstalten angegliederten Spitäler ausgedehnt werden konnte, soweit diese Krankenanstalten überhaupt freiwillig daran teilnehmen wollten. Ohne Zweifel wird durch diese vereinheitlichte Spitalstatistik ein Teilziel erreicht. Die partizipierenden Spitäler erhalten vergleichbare Statistiken nach einheitlichem Aufbau. Da die Daten im zentralen Computer gespeichert werden, ist es jederzeit möglich, zusätzliche Auskünfte, zum Beispiel über Verweildauer, Nebendiagnosen usw., zu erhalten.

Seltene Diagnosen können für wissenschaftliche Arbeiten erfaßt werden, ohne daß in den einzelnen Krankenhäusern ein mühsames und erfolgloses Suchen nach dem Fall, an den man sich meist nur noch schwach erinnert, anhebt. Für das einzelne Spital und seinen Chefarzt ist diese Statistik

bereits sehr wertvoll und aussagekräftig. Sozialmedizinisch gesehen beinhaltet sie noch keine allzu weite Interpretationsbreite. Erstens ist die Auswahl der Spitäler, die mitmachen, weder repräsentativ, noch nach dem Prinzip der vollständigen Erhebung, noch der reinen Zufälligkeit, da erstens nicht alle Spitäler erfaßt werden und zweitens der Entschluß zur Teilnahme infolge vieler nicht-statistischer sekundärer Momente, wie vorhandenes oder fehlendes Interesse der medizinischen Leitung an statistischen Fragen, finanzielle Bereitschaft des Spitalträgers usw., beeinflußt wird.

Aller Anfang ist schwer, dies gilt auch für das Gebiet der Morbiditätsstatistik, und das Erreichen eines Teilzieles ist, auch wenn es vom Statistiker aus gesehen weit vom Optimum entfernt liegt, außerordentlich begrüßenswert. Es gilt, das Interesse an solchen Unternehmungen überhaupt einmal zu wecken und die Einsicht in die Wichtigkeit morbiditätsstatistischer Arbeiten im Sinne der Präventivmedizin zu fördern. Es ist Sache der statistisch Geschulten, alle Vorsicht bei der Interpretation solcher Teilstatistiken walten zu lassen und die Benützer auch immer wieder auf die beschränkte Aussagekraft dieser Aufstellungen aufmerksam zu machen.

Es wird vorläufig unmöglich sein, auf dem Wege der Vollerhebung, wie wir sie bei der Mortalitätsstatistik kennen, alle Krankheitsfälle, die in der Schweiz zur ärztlichen Behandlung gelangen, statistisch zu erfassen. Es fehlen dafür primär Verständnis und Bereitschaft der Beteiligten, des Arztes und des Patienten, es fehlen dazu die finanziellen Mittel, es fehlen aber auch die Fachleute, die eine solche Riesenstatistik aufziehen, durchführen und auswerten könnten. Es fehlen, last but not least, die gesetzlichen Grundlagen. Ob es gelegentlich möglich würde, auf freiwilliger Basis laufende Repräsentativerhebungen bei einer statistisch einwandfreien Auswahl zu machen, wäre zu prüfen.

Ein ähnliches Vorgehen kennen wir auf andern Gebieten. In der Stadt Zürich führen beispielsweise eine Anzahl von Familien und Einzelpersonen nach Vorschrift des Statistischen Amtes Haushaltrechnungen, die, ausgewertet, Angaben über die Haushaltskosten der verschiedenen Einkommens- und Berufsgruppen in städtischen Verhältnissen und bei verschiedenen Wohnverhältnissen geben. Es ließe sich denken, daß im Sinne einer Pilotstudie während mehrerer Jahre in einer größeren Stadt solche Erhebungen gemacht würden. Dabei wären in erster Linie Anhaltspunkte über die Erkrankungshäufigkeit und -dauer in bezug auf Alter, Geschlecht, Beruf, soziale Stellung zu gewinnen, ferner Angaben über allfällige Hospitalisierungen, Beanspruchung von häuslicher Krankenpflege und Art der ärztlichen Hilfe, ob Hausarzt, Allgemeinpraktiker, Spezialarzt, Poliklinik oder Kombinationen all dieser Möglichkeiten. Besonders wertvoll wären die Angaben über die erhobenen Diagnosen, wobei man für diese Daten allerdings — und dies im Einverständnis mit den Erhebungsteilnehmern — auf die Mithilfe der behandelnden Ärzte angewiesen wäre. All diese Daten, auch jene über die Art der Krankenversicherung und über ihre Leistungen, wären für die sozial- und präventivmedizinische Arbeit der Gesundheitsbehörden von größtem Interesse.

Im Vordergrund sozialmedizinischer Planung und Tätigkeit stehen heute die mannigfachen Probleme der Betagten, die eine stetig größer werdende Gruppe unserer Bevölkerung ausmachen. Heute beträgt die Zahl der über 65jährigen in der schweizerischen Gesamtbevölkerung 11,2 %, 1950 machte sie 9,6 % und 1941 erst 8,5 % aus. Unsere aktive Bevölkerung der Altersklassen 20 bis 65 hat also infrastrukturelle Aufgaben für einen steigenden Anteil Betagter zu übernehmen. Der Bau von Alterssiedlungen und Alterswohnheimen, von Chronischkrankenheimen und geriatrischen Spitalabteilungen wird drin-

gend und macht den Einsatz ganz beträchtlicher Steuermittel notwendig. Zur Grundlage einer sinnvollen Planung gehören solide statistische Angaben. Sie sind heute erhältlich auf dem Gebiet der Bevölkerungsstatistik. Unsere Volkszählungsergebnisse, ergänzt durch sorgfältige Fortschreibungen, erlauben uns jederzeit einen Überblick über die Zahl der einzelnen Altersgruppen, sei es gesamtschweizerisch oder auch für einzelne größere Gemeinwesen, deren statistische Ämter beste Arbeit leisten. Auch die Tafeln über die Absterbeordnung und die mittlere Lebenserwartung helfen uns bei der Beurteilung der Betagensituation. Aus der Sterbestatistik sind ebenfalls wertvolle Angaben zu gewinnen. So kennen wir nicht nur die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen, sondern wissen auch, in welchem Alter der Tod an dieser und jener Krankheit eingetreten ist und wie sich diese Ziffern im Laufe der Jahrzehnte und unter dem Einfluß der Entwicklung der Medizin verändert haben. Die Fixpunkte im Leben unserer Bevölkerung sind hinlänglich bekannt, die materiellen und finanziellen Auswirkungen widerspiegeln sich in den Versicherungsstatistiken, vor allem der AHV und der IV. Wenig wissen wir um die Dynamik. Wie und wann wird aus einem aktiven ein inaktiver Einwohner, aus einem wirtschaftlich Selbständigen ein Unterstützungsbedürftiger, aus einem Gesunden ein Kranker, aus einem häuslichen ein Spitalpatient. Diese spezifischen Daten fehlen uns für unsere planerischen Entscheide weitgehend. Es ist vor allem die Morbiditätsstatistik, die wir zur Beurteilung der Altersfragen dringend nötig hätten. Der Stadtärztliche Dienst in Zürich hat seit fünfundzwanzig Jahren gewisse statistische Erhebungen gemacht, die vor allem auf seine eigenen sozialmedizinischen Zwecke ausgerichtet sind und als Beispiel für Teilergebnisse morbiditätsstatistischer Art mit allerdings beschränkter Aussagekraft dienen mögen.

Es ist zur Beurteilung dieser Zahlen wesentlich, sich die Fragestellung vor Augen zu halten. Um die fünfziger Jahre unseres Jahrhunderts wurde mit aller Deutlichkeit allen Vorausblickenden bewußt, daß aus dem Jahrhundert des Kindes ein solches der Betagten zu werden versprach. Es fehlte allerorts und in jedem Bereich an den Vorkehrungen zur Bewältigung der Altersprobleme. Auf sozialmedizinischem Gebiet war es der Mangel an geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten alter und alterskranker Personen, die Beunruhigung hervorrief. Die Stadt Zürich, die 1945 über 66 Krankenheimplätze verfügte, baute deshalb in seinem ersten, 1953 eröffneten Stadtspital zwei geriatrische Abteilungen, die die Hospitalisierung spitalbedürftiger Chronischkranker, die in den Akutspitälern keine oder ungeeignete Aufnahme fanden, zu gewährleisten hatte. Sinn und Zweck einer zentralen stadtärztlichen Bettenvermittlungsstelle ist es, erstens die verfügbaren Krankenheim- und geriatrischen Spitalplätze auch wirklich den betagten Patienten freizuhalten und zuzuweisen und zweitens auf Grund einer mit ärztlicher Diagnose versehenen Anmeldestatistik für den Moment und auch für eine weitere Zukunft eigentliche morbiditätsstatistische Unterlagen für die Hospitalisierungsfragen Chronischkranker zu schaffen. Diese Angaben haben sich bewährt. Sie geben jederzeit Auskunft über das gesamte Bedürfnis. Anhand der Diagnosen, die dem ärztlichen Anmeldezeugnis entnommen werden, kann über die Zahl der benötigten Krankenheim- oder Spitalbetten entschieden werden. Die Altersangaben erlauben spezielle prognostische Schlüsse. Die Kenntnis der Herkunft des Patienten, das heißt sein bisheriger Aufenthaltsort, das Akutspital oder die eigene Wohnung, das Altersheim oder das Einzelzimmer in Untermiete, geben wichtige sozialpolitische Auskünfte. Die Wartefrist der Angemeldeten orientiert über das Maß der Dringlichkeit weiterer Neubauten. Die inner-

halb der Wartefrist vom Patienten oder seiner Familie getroffenen oder auch von der Bettenvermittlungsstelle vermittelten subsidiären Maßnahmen geben zudem ein Bild über den Selbsthilfewillen und über den Wert altersfürsorglicher Hilfe. Gerade letztere sollte nicht unterschätzt werden. Sie vermag in sehr hohem Maße Notsituationen, die nie ausbleiben werden, Herr zu werden.

Ergänzend zu den Angaben der Bettenvermittlungsstelle runden die Diagnosenstatistiken der Spitäler mit geriatrischen Abteilungen und der Krankenheime das morbiditätsstatistische Bild ab. An erster Stelle stehen bei den Neuanmeldungen die Krankheiten der Kreislauforgane. 1969 machten sie bei total 2371 ärztlichen Anmeldezeugnissen mit 634 rund 27% aus. Gefolgt wurden sie von 476 Anmeldungen wegen Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, die 20% darstellen. An dritter Stelle rangieren 396 Krebsleiden und andere Geschwülste, entsprechend 17% der Anmeldungen. Diese Zahlen sagen nun keineswegs, daß dies das effektive Mengenverhältnis der drei Krankheitsgruppen in der Bevölkerung sei. Sie geben uns lediglich einen Anhaltspunkt darüber, welche Krankheiten in bezug auf die Hospitalisierungsnotwendigkeit zahlenmäßig im Vordergrund stehen. Sie sagen aber auch für die Planung verschiedenartiger Abteilungen einiges aus. Eine verantwortungsbewußte Vermittlungsstelle wird einem Karzinompatienten stets in einer geriatrischen Spitalabteilung ein Bett vermitteln. Krebsleiden bedürfen in ihrer Endphase in den allermeisten Fällen medizinischer und pflegerischer Mittel, wie sie nur das Spital und weniger das Krankenhaus zu bieten vermag. Es wäre deshalb verfehlt, einen solchen Kranken vorerst in einem Heim unterzubringen, um ihn dann zum Sterben noch in ein Spital verlegen zu müssen. Das ist eine Grausamkeit dem Kranken gegenüber, und das Spital nimmt begreiflicherweise nur ungern Sterbende auf.

Von den Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane gehören erfahrungsgemäß ein Drittel vorerst in Spitalbehandlung, während es für die Krankheiten der Kreislauforgane ungefähr ein Sechstel ist. Bei einer Beobachtung über viele Jahre hinaus läßt sich sagen, daß von allen benötigten Chronikerbetten ungefähr ein Fünftel bis ein Viertel in geriatrischen Spitalabteilungen und der Rest in Krankenheimen sich befinden sollte.

Es wird immer wieder nach der Verweildauer dieser Patienten gefragt. Sie schwankt, extrem ausgedrückt, zwischen Stunden und Jahrzehnten. Die mittlere Verweildauer eines Patienten bei Tonsillektomie oder Appendektomie streut von Fall zu Fall und von Spital zu Spital unwesentlich. Ein chronisch-kranker Patient kann aber bei seiner Aufnahme in einem akuten Stadium seines Leidens sein, das unmittelbar zum Tod führt. Er kann sich aber auch wieder erholen, bleibt aber trotzdem krank, und an Stelle der Entlassung treten monate- und jahrelange Spital- und Krankenhausaufenthalte bei wechselndem Befinden, bis das Grundleiden selbst oder recht häufig auch eine konkomitierende Krankheit dem Leben ein Ende setzt. An Stelle der stets verwendeten Durchschnittszahlen, dem arithmetischen Mittel, wäre es sinnvoller, den mathematisch allerdings etwas anspruchsvolleren sogenannten häufigsten Wert zu errechnen, der darüber Auskunft gäbe, wie lange die Mehrzahl der Patienten im Chronikerspital oder -heim verweilt.

Die Krankheiten des Alters verlaufen oft stationär. Sie führen aber auch zu plötzlichen Verschlimmerungen, die Notfallaufnahmen auch bei Chronikern häufig machen. Im Hinblick auf diese Tatsache ist auch das Problem der Wartezeiten der Neuangemeldeten zu betrachten. Wenn bei sogenannter regulärer Aufnahme ein für die geriatrische Spitalabteilung vorgesehener Patient 3 bis 5 Mo-

nate warten muß, so ist dies wohl sehr lang, aber je nach den Umständen – sei es, daß der Betreffende in einem Akutspital wartet – doch noch zumutbar. Notfallmäßige Aufnahmen haben am selben oder spätestens am darauffolgenden Tag zu erfolgen. Die Wartezeit für die Aufnahme in ein Krankenhaus beträgt oft ein halbes bis ein ganzes Jahr oder sogar noch länger. Das ist zweifellos zu lang. Es ist auch sehr betrüblich, wenn uns die Statistik aussagt, daß während der Wartezeit oft bis zu 15 % der Angemeldeten vor ihrer Unterbringung sterben.

Eine vorausschauende sozialmedizinische Planung hat sich nicht nur aller erhältlichen statistischen Angaben zu bedienen oder zweckgerichtete Kleinerhebungen nötigenfalls selber zu veranstalten, sie hat diese Daten auch sinngemäß zu interpretieren und sich zu überlegen, was sie wirklich aussagen und was nicht, damit sie sich dem Vorwurf der Statistik als Lügnerin nicht aussetzen muß. Sie hat aber auch die Entwicklung der Medizin im Auge zu behalten und einen sechsten Sinn dafür zu entwickeln, was sich am fernen Horizont abzeichnet. Nirgends allerdings wie in der Medizin werden die Überraschungen häufiger und unerwarteter sein. Auch die Geriatrie bleibt davor nicht bewahrt. Modeströmungen in der Behandlung kommen dazu. Was passiert, wenn übermorgen das langersehnte Medikament zur Therapie Krebskranker im Handel erscheint? Wird der Patient, der bereits eine Krebserkrankung durchmachte, einfach von Metastasen verschont bleiben? Das hieße, daß wiederum eine größere Zahl Betagter entstünde, die, weil sie nicht in jüngeren Jahren von einer akuten Erkrankung dahingerafft wurden, ein höheres Alter erreichen und damit voraussichtlich irgendeine der typischen Alters- und Abbaukrankheiten erleiden. Ähnliches haben wir erlebt, als es gelang, die in den Altersjahren 40 bis 60 oft tödlich verlaufenden Pneumonien wirksam zu bekämpfen.

Die Morbidität im Alter ist äußerst komplex. Sie resultiert aus so mannigfachen Faktoren, daß nur ein Studium der allgemeinen Morbidität anhand ausreichenden statistischen Materials und eine weitgehende Berücksichtigung der altersspezifischen, medizinischen, sozialmedizinischen, präventivmedizinischen und auch soziologischen Gegebenheiten uns befähigen wird, gültige Aussagen zu machen und entsprechende Schlüsse zu ziehen.

Literatur

Haefliger E.: Eine einheitliche Morbiditätsstatistik der schweizerischen Spitäler als Erfordernis. Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 2, 1969.
Pfister H. O.: Die Betreuung der langfristig Pflegebedürftigen in Krankenheimen und Krankenabteilungen. VESKA-Zeitschrift, Nr. 8, 1968.

Ribi M.: Medizinische Statistik aus praktischer Sicht in ihrer Bedeutung für die Krankenhausplanung. VESKA-Zeitschrift 1967, S. 115 ff.

Richterich R., Ehrenguber H. und Tschanz H. R.: Internationale Klassifikation der Krankheiten. S. Karger, Basel 1968.

Die Altersfragen in der Schweiz. Bericht der Kommission für Altersfragen 1966. Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale Bern.

Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1969. Hrsg. Eidg. Statistisches Amt Bern.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 1968. Hrsg. Statistisches Amt der Stadt Zürich.

Stadt Zürich. Geschäftsberichte des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes 1965 ff., Stadtkanzlei Zürich.

Verfasserin:

Frau M. Ribi, lic. oec. publ., 1. Adjunktin des Stadtärztlichen Dienstes Zürich, Walchestr. 33, 8035 Zürich.