



MÜNCHENER STATISTIK

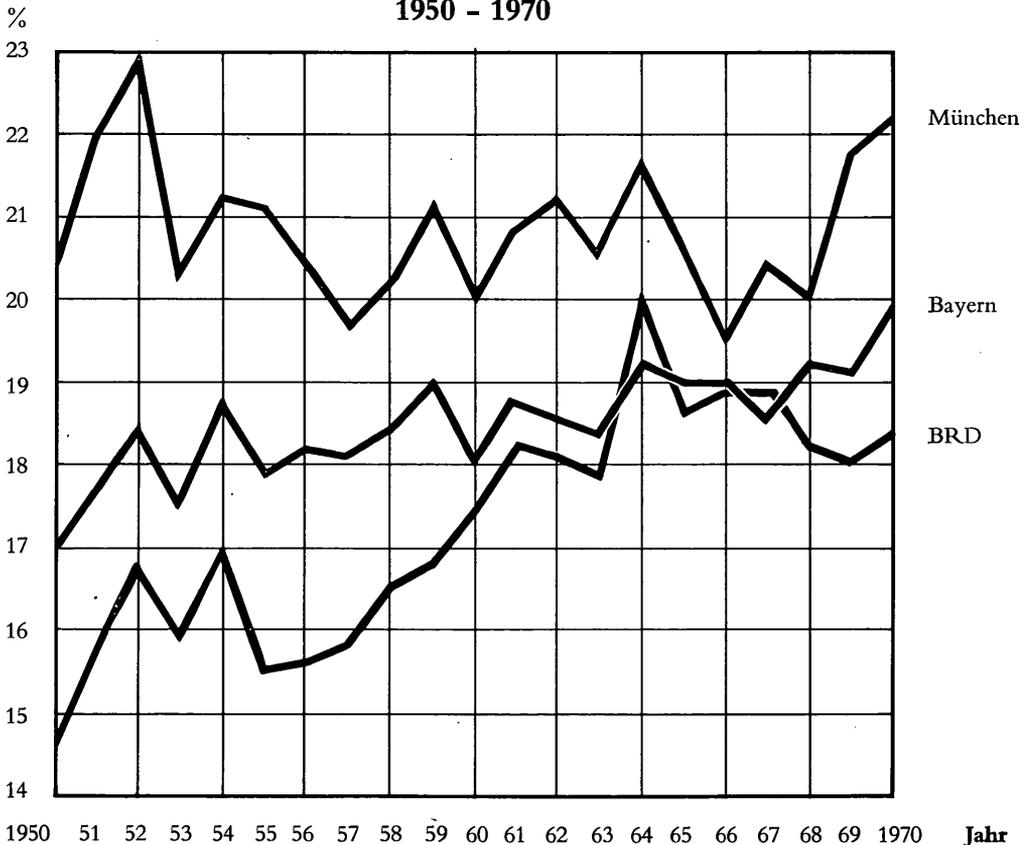
HERAUSGEGEBEN VOM AMT FÜR STATISTIK UND DATENANALYSE
DER LANDESHAUPTSTADT

JAHRGANG 1971

HEFT 4

Inhalt: Die Entwicklung der Krebsmortalität in München und ausgewählten Vergleichsstädten — Neuordnung der Geschlechtskrankenstatistik — Die Münchener Wohnbevölkerung nach Stadtbezirken aufgrund der Ergebnisse der Volkszählung 1970 — München im Zahlenspiegel (Monatszahlen Juni und Juli 1971 mit Vergleichswerten aus 1970).

Anteil der Krebssterbefälle an den Gestorbenen in München, Bayern und der BRD 1950 - 1970



Die Entwicklung der Krebsmortalität in München und ausgewählten Vergleichsstädten

Die Krebssterblichkeit ist trotz aller medizinischer Fortschritte unseres Jahrhunderts bis jetzt nicht einzudämmen gewesen und erfüllt viele Menschen, vor allem von der Mitte des Lebens ab, mit wachsender Furcht. Diese Furcht ist begründet, denn bösartige Neubildungen als Todesursache haben nicht nur den zweiten Platz nach der großen Gruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere des Herzens, behalten, sondern noch ausgebaut. Die medizinisch-statistischen Forschungen der letzten Zeit haben ergeben, daß in Verdichtungsräumen mit naturfernen und damit ungesunden Lebensbedingungen die Krebsmortalität stärker zunimmt als andernorts. Anhand der prozentualen Anteile, die die Sterbefälle an bösartigen Neubildungen an den Gestorbenen insgesamt hatten, läßt sich die fortschreitende Tendenz der Krebsmortalität auch in München erkennen. Vor dem letzten Krieg, im Jahre 1937, erlagen 16,65% der Sterbefälle dem Krebs. 1950 waren es bereits 20,27%. Anfang der 60er Jahre stieg dieser Wert auf fast 21% und machte 1970 bereits 22,2% aus. Die Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems hatten im letzten Jahr einen Anteil von 27,2%. Auch sie nahmen, durch den wachsenden Streß in den großen Städten verursacht, in München in den letzten Jahrzehnten zu, wobei jedoch an der Verflachung der Zunahmekurve der medizinische Fortschritt, der den störenden Erscheinungen hier entgegenwirken kann, deutlich wird. Bei den Krebserkrankungen sind alle Bemühungen, wie die Zahlen insgesamt nachweisen, bisher leider ohne echte Erfolge geblieben. In den letzten Jahren wurde lediglich eine leichte Verschiebung des Krebssterbefallmaximums in Richtung der höheren Altersgruppen erkennbar.

Betrachtet man die einschlägigen internationalen Übersichten, so stellt man fest, daß die Sterbefälle mit bösartigen Neubildungen als Todesursache besonders in den hochzivilisierten Ländern ständig anwachsen. Die stark industrialisierten und bevölkerungsmäßig verdichteten Gebiete Mittel- und Westeuropas weisen die ungünstigsten Zahlenwerte auf. Da in diesen Ländern mit dem Maß der Verdichtung auch der Anteil der Krebssterbefälle noch wächst, ist der Zusammenhang von negativen Verdichtungsfolgen, wie abgasverseuchter Luft, schlechterem Wasser, „Leben aus der Konserve“ kaum zu leugnen.

Der Ruf nach Umweltschutz, der Reinerhaltung von Wasser, Luft und Lebensmitteln gilt propagandistisch ausgeweitet in vielen Fällen äußeren Störungerscheinungen, wie Geruchbelästigung usw., die kaum so gravierend sind, wie die schleichenden Schädigungen, die sich in Krankheitsbildern, wie bösartige Neubildungen, ausdrücken, deren Unheimlichkeit die Medizin entgegen des sonstigen Fortschritts bis heute erst in geringem Maße aufschlüsseln konnte. Um das Ausmaß der Krebsmortalität erkennbar zu machen und anhand von großen Zahlenreihen den Sitz der bösartigen Neubildungen zu lokalisieren und damit der Medizin quantifizierbare Erkenntnishilfen in die Hand zu geben, hat die Statistik, vor allem in Verdichtungsräumen, eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Bereits schon einmal, nämlich im Jahrgang 1967 in Heft 4 der „Münchener Statistik“ wurde auf das Anwachsen der Krebssterblichkeit aufmerksam gemacht. Über das im vorstehenden Geschilderte hinaus war Anlaß zu dieser Untersuchung eine erschreckende Beobachtung, daß nämlich die Krebsmortalität innerhalb Mitteleuropas von Nord nach Süd fortschreitet, was zu einer besonders ungünstigen Situation in München führte. Die Krebssterbeziffern gewinnen noch an Bedeutung, wenn man berücksichtigt, daß München dem Alters-

aufbau nach eine verhältnismäßig junge Stadt ist. In der folgenden Untersuchung soll anhand der neuesten Zahlen festgestellt werden, wie sich die weitere Entwicklung der seinerzeit beobachteten Erscheinungen in München und in den ausgewählten Vergleichsstädten vollzogen hat.

Zunächst zur Tabelle 1, die ihrem Aufbau nach der ersten Tabelle in dem oben erwähnten Beitrag aus dem Jahrgang 1967 entspricht, jedoch um die Daten aus den Jahren 1967 bis 1970 erweitert wurde. Bei der Betrachtung der absoluten Zahlen in der Tabelle muß beachtet werden, daß sie infolge des kürzeren Zeitraumes niedriger sind als in den vorhergehenden Jahren. Von

**Anteil der Krebssterbefälle an der Zahl der Gestorbenen
(1947—56, 1957—66, 1967—70)**

Tabelle 1

Land bzw. Stadt	Berichtszeit	Gestorbene Männer			Gestorbene Frauen			Gestorbene zusammen		
		insges.	dar. Krebssterbefälle		insges.	dar. Krebssterbefälle		insges.	dar. Krebssterbefälle	
			abs.	%		abs.	%		abs.	%
Bundesrepublik	1948—56	2 372 177	357 700	15,1	2 246 461	397 265	17,7	4 618 638	754 965	16,3
	1957—66	3 138 381	538 506	17,2	2 898 844	554 290	19,1	6 037 225	1 092 796	18,1
	1967—70	1 468 637	262 792	17,9	1 431 064	268 835	18,8	2 899 701	531 627	18,3
Bayern	1947—56	516 698	83 636	16,2	504 394	90 421	17,9	1 021 092	174 057	17,0
	1957—66	554 890	103 173	18,6	532 996	104 942	19,7	1 087 886	208 115	19,1
	1967—70	245 461	46 664	19,0	242 150	47 515	19,6	487 611	94 179	19,3
Hamburg	1947—56	95 056	17 618	18,5	87 559	18 209	20,8	182 615	35 827	19,6
	1957—66	122 686	24 483	20,0	114 418	23 078	20,2	237 104	47 561	20,1
	1967—70	53 017	10 312	19,4	52 995	10 048	19,0	106 012	20 360	19,2
München	1947—56	48 951	9 195	18,8	47 572	9 789	20,6	96 523	18 984	19,7
	1957—66	60 227	12 002	19,9	58 296	12 282	21,1	118 523	24 284	20,5
	1967—70	26 900	5 554	20,6	26 585	5 727	21,5	53 485	11 281	21,1
Köln	1947—56	39 950	5 975	16,6	31 390	6 357	20,3	67 340	12 332	18,3
	1957—66	48 494	8 977	18,5	43 115	8 859	20,5	91 609	17 836	19,5
	1967—70	21 194	4 172	19,7	20 102	4 160	20,7	41 296	8 332	20,2
Düsseldorf	1947—56	30 123	5 263	17,5	26 357	5 282	20,0	56 480	10 545	18,7
	1961—66	24 971	4 678	18,7	22 596	4 468	19,8	47 567	9 146	19,2
	1967—70	17 300	3 257	18,8	16 801	3 265	19,4	34 101	6 522	19,1
Frankfurt	1947—56	30 861	5 061	16,4	27 824	5 690	20,4	58 685	10 751	18,3
	1957—66	40 040	7 607	19,0	37 022	8 114	21,9	77 062	15 721	20,4
	1967—70	16 916	3 240	19,1	16 385	3 440	21,0	33 301	6 680	20,1
Stuttgart	1947—56	24 550	4 290	17,5	22 924	4 938	21,5	47 474	9 228	19,4
	1957—66	32 299	6 155	19,1	29 654	6 877	23,2	61 953	13 032	21,0
	1967—70	13 498	2 586	19,2	12 744	2 779	21,8	26 242	5 365	20,4
Hannover	1947—56	.	.	.	.	.	.	47 866	8 339	17,4
	1957—66	.	.	.	.	.	.	66 401	12 519	18,9
	1967—70	14 946	2 425	16,2	14 432	2 489	17,2	29 378	4 914	16,7
Wien	1947—56	118 548	24 228	20,4	126 527	25 910	20,5	245 075	50 138	20,5
	1957—66	121 615	26 348	21,7	136 357	27 669	20,3	257 972	54 017	20,9
	1967—70	51 253	10 805	21,1	60 649	11 682	19,3	111 902	22 487	20,1
Zürich	1948—56	15 936	3 016	18,9	16 559	3 166	19,1	32 495	6 182	19,0
	1957—65	18 777	3 699	19,7	18 080	3 595	19,9	36 857	7 294	19,8
	1966—70	11 052	2 435	22,0	10 642	2 192	20,6	21 694	4 627	21,3

besonderem Interesse sind jedoch die vergleichbaren Relativzahlen. Sie bestätigen die schon 1967 zum Ausdruck gekommene Tendenz der Zunahme der Krebsmortalität von Nord nach Süd. So starben z. B. im letzten Untersuchungszeitraum (1967—1970) in München 21,1% der Gestorbenen an Krebs, in Zürich sogar 21,3%. In Hamburg waren es trotz des hohen Verdichtungsgrades erst 19,2% und in Hannover sogar nur 16,7%. Wie bei der früheren Untersuchung nehmen die westdeutschen Städte Köln, Düsseldorf, Frankfurt und Stuttgart eine Mittelstellung ein, aber ebenfalls mit einer leichten Wachstumstendenz der Krebsmortalität zum Süden hin. Die Beobachtung der Zunahme gilt sowohl für Männer wie für Frauen, wobei allerdings in München die Frauen relativ gesehen noch stärker vom Krebstod bedroht sind als die Männer, während es in Zürich umgekehrt ist: In der schweizer Metropole war im letzten Untersuchungszeitraum bei 22% der gestorbenen Männer Krebs die Todesursache. Das ist der höchste Relativwert, der für den letzten Untersuchungszeitraum in der Tabelle angetroffen wird. Noch höher war lediglich der zahlenmäßige Anteil der an Krebs gestorbenen Frauen in Stuttgart im Untersuchungszeitraum 1957 bis 1966 (23,2%). Bei der Durchführung der Untersuchung wurde in verstärktem Maße festgestellt, daß die Krebsmortalität einmal mit dem Grad der Verdichtung fortschreitet, also auf dem Lande und in kleineren Städten anteilmäßig nicht so sehr ins Gewicht fällt wie in großstädtischen Verdichtungsgebieten, andererseits ein deutliches Fortschreiten von Nord nach Süd beobachtet werden kann, was mit den klimabedingten Unterschieden zwischen der Radioaktivität des Bodens bzw. der Luft, aber auch mit kleinklimatischen Erscheinungen („Münchener Inversionslagen“, schlechte Durchlüftung innerstädtischer Zonen usw.) zusammenhängen kann. Die bereits in dem mehrfach zitierten Artikel aus dem Jahrgang 1967 angeführten Wiener Untersuchungen haben zu keinen neueren Erkenntnissen geführt. Die wichtigsten Ergebnisse sind auch heute noch, daß eine Beziehung zwischen der Krebssterblichkeit und den geologisch-meteorologischen Gegebenheiten eindeutig nicht herzustellen war. Die Analyse des Untergrunds der Humusschicht und auch der Luft hat keinen überzeugenden Nachweis von Zusammenhängen erbracht. Auch eventuelle Auswirkungen des Wasserhaushalts bzw. des Trinkwassers waren nicht zu erkennen. Verstärkt haben sich jedoch die aufgrund der Wiener Untersuchung geäußerten Vermutungen, daß bei engem Zusammenrücken der Stadtbevölkerung in mehrgeschossigen Reihenhäusern oder Hochhausbebauung Krebs als Todesursache häufiger vorkommt als in stadtrandgelegenen, besser durchlüfteten Bezirken, mit überwiegender Einzelhausbebauung und einem weithin aufgelockerten Siedlungscharakter. In den Städten, wo die Krebsmortalität bezirklich untersucht wurde, zeigte sich darüber hinaus, daß enge, sanierungsbedürftige Wohnviertel, u. U. mit Produktionsstätten gemischt und hoher Abgasbelastung ausgesetzt, Spitzenwerte in der Krebsmortalität hatten. Es wäre interessant, diese Erscheinung als Ausgangspunkt für kleinräumliche Untersuchungen der Krebssterblichkeit, der in derartigen Umfeldstrukturen wohnenden, spezifischen Bevölkerungsschichten zu betrachten. Es ist zu vermuten, daß unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen der verschiedenen Schichten auch spezifische Krebsmortalitätsziffern zur Folge haben. Eine Abgrenzung von Berufsgruppen nach der Häufigkeit des Auftretens von Lungenkrebs ist bereits mit einigem Erfolg versucht worden, so z. B. durch K. H. Bauer.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse bestätigen jedenfalls die Zunahme der Krebsmortalität in Verdichtungsräumen und begründen sie gleichzeitig mit den bekannten hygienischen Ursachen und der Luftverschmutzung bzw. Umweltbelastung durch krebsfördernde Giftstoffe. Die beunruhigende Gesamtzunahme der Krebssterblichkeit von Norden nach Süden kann, obgleich die bisherigen Untersuchungen nach medizinischen und physikalischen Forschungsmethoden eine größere Sicherheit bzw. Fundierung dieser Vermutung noch nicht ergaben, im Grunde nur mit der unterschiedlichen Radioaktivität in Verbindung gebracht werden. Die unbestritten höhere Radioaktivität des Bodens und der Luft in Küsten- bzw. Meeresnähe wird

sicherlich dazu beitragen, daß dort bei sonst gleichen Verdichtungsverhältnissen mit gewerblicher Durchmischung (Hamburg und Hannover) die Krebssterblichkeit einen geringeren Anteil hat, weil die Radioaktivität bösartige Neubildungen und Wucherungen insoweit bremsen bzw. in der Entwicklung verlangsamen kann, daß der Krebs nicht in jüngeren oder mittleren Jahren zur Todesursache wird, sondern in hohen Altersjahren wenigstens teilweise von anderen Todesursachen überholt werden kann. Die nach solchen Überlegungen u. U. krebsbremsende natürliche Radioaktivität ist im süddeutschen, schweizerischen und österreichischen Raum unbestritten geringer. So tritt z. B. die in Verbindung mit der in Abhängigkeit zur Küstenferne stehende Jodarmut als kropfauslösend nur im Alpenraum in nennenswertem Maße auf.

Diese negativen Aspekte werden etwas gemildert durch die Tatsache, daß sich der Anteil der Krebssterbefälle von jüngeren Jahrgängen weiter auf ältere Jahrgänge hinausgeschoben hat. Die nächsten Tabellen zeigen das bereits deutlich, was auf gewisse Erfolge der Krebstherapie der letzten Jahre u. U. in Verbindung mit den zur Früherkennung unumgänglichen Vorsorgeuntersuchungen schließen läßt.

Die folgenden Tabellen sind speziell den Münchener Verhältnissen gewidmet. Da bei den Todesursachenstatistiken das Alter der Gestorbenen im Vordergrund steht, wird zunächst in Tabelle 2 die Zahl der Sterbefälle seit 1967 nach Altersgruppen aufgeschlüsselt. Wie die Daten in der ersten Spalte der Tabelle zunächst zeigen, ist der Anteil der Krebssterbefälle an den Gestorbenen insgesamt, von einem geringen Rückgang zwischen 1967 und 1968 abgesehen, wachsend. Die Beteiligung der Altersklassen zeigt, von Schwankungen aufgrund der statistisch betrachtet noch relativ kleinen Werte abgesehen, die Tendenz zu einer Verschiebung in die höheren Altersklassen, d. h. der Anteil der Krebssterbefälle sinkt in den drei aufgeführten Altersgruppen unter 50 Jahren, steigt aber deutlich in den darüber liegenden Altersgruppen. An der Tatsache, die schon in den früheren Untersuchungen festgestellt wurde, und die besagt, daß der Anteil der Krebssterbefälle in allen Kalenderjahren innerhalb der Altersgruppe zwischen 50 bis unter

In den Jahren 1967 bis 1970 Gestorbene insgesamt nach dem Alter und dem Anteil der Krebssterbefälle (ICD 140—199)

Tabelle 2

Jahr	Bezeichnung	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren						
			unter 30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80 und älter
1967	Gestorbene insgesamt	13 058	737	247	472	1 300	3 183	3 965	3 154
	dar. Krebssterbefälle	2 667	24	37	124	398	917	817	350
	Anteil der Krebssterbefälle in %	20,4	3,3	15,0	26,3	30,6	28,8	20,6	11,1
1968	Gestorbene insgesamt	13 314	656	281	494	1 248	3 211	4 018	3 406
	dar. Krebssterbefälle	2 668	18	50	120	377	926	826	351
	Anteil der Krebssterbefälle in %	20,0	2,7	17,8	24,3	30,2	28,8	20,6	10,3
1969	Gestorbene insgesamt	13 590	708	277	564	1 235	3 387	4 199	3 220
	dar. Krebssterbefälle	2 957	14	38	145	381	1 004	942	433
	Anteil der Krebssterbefälle in %	21,8	2,0	13,7	25,7	30,8	29,6	22,4	13,4
1970	Gestorbene insgesamt	13 523	702	317	603	1 185	3 176	4 219	3 321
	dar. Krebssterbefälle	2 989	18	37	149	383	974	984	444
	Anteil der Krebssterbefälle in %	22,1	2,6	11,7	24,7	32,3	30,7	23,3	13,4

60 Jahren am höchsten ist, hat sich jedoch nichts verändert. Die absolut höchsten Zahlen werden in der Altersklasse zwischen 60 und 70 Jahren erreicht. In der Gruppe der mit 80 Jahren und älter Verstorbenen, die von der absoluten Zahl her relativ hoch ist, sind auch, das muß zur Erklärung gesagt werden, die sonstigen Fälle enthalten sowie die altersmäßig nicht zuzuordnenden (Ausländer ohne genaue Altersangabe usw.). Darüber hinaus sind die Zahlen in der letzten Spalte auch deshalb etwas unsicher, weil die mit 80 Jahren oder älter Verstorbenen zu fast 9 Zehntel an Altersschwäche oder an anderen Krankheiten litten, die als primäre Todesursache ausgezeichnet wurden. Krebs tritt deshalb als Todesursache zurück, und zwar auch in den Fällen, in denen Krebsmorbidity vorlag.

Analysiert man die Zahlen in Tabelle 2 nach einem zusammenfassenden übergeordneten Kriterium, wird erkennbar, daß in München bösartige Neubildungen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren am häufigsten als Todesursache auftreten. Krebs innerhalb dieser Altersstufen beschneidet damit die Lebenserwartung, die Krebserkrankten gelangen selten in die darüber liegenden höchsten Altersstufen.

In der Tabelle 2 wurde das Datenmaterial für alle Gestorbenen bzw. alle Krebssterbefälle der Jahre 1967 bis 1970 verarbeitet. Von besonderem Interesse ist nun, zu untersuchen, ob im Rahmen dieser Altersgruppierung Unterschiede zwischen der Sterblichkeit von Männern und Frauen bestehen. Die beiden nachfolgenden Tabellen 3 und 4 geben die hierzu ermittelten Einzelwerte wieder. Vergleicht man diese beiden Tabellen miteinander, so erkennt man eine geschlechtsbedingte Verschiebung. Während nämlich die Anteilziffer der Krebssterbefälle bei Männern und Frauen zusammen (Tabelle 2) in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren am höchsten war, ist bei den Männern (Tabelle 3) in allen untersuchten Jahren die darauf folgende Altersgruppe (60 bis unter 70 Jahre) am stärksten vertreten, während bei den Frauen die Altersgruppe 50 bis unter 60 Jahre die höchste anteilmäßige Besatzziffer behält. Absolut gesehen steigen die Krebssterbefälle selbstverständlich noch bis zu der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre an, und zwar insbesondere bei den Frauen, während bei den Männern absolut gesehen die Altersgruppe 60 bis 70 einen höheren Besatz als die darüberliegende aufweist. Im Unterschied zu den Untersuchungen aus früheren Jahren zeigt sich besonders bei den Frauen deutlich, daß die hohen Anteilziffern der Krebssterbefälle in höhere Altersjahre abgewandert sind. Während der anteilmäßige Gipfel früher in der Altersstufe von 40 bis unter 50 Jahren zu beobachten war, ist er in den letzten Jahren eindeutig auf die beiden darüberliegenden Altersstufen hinausgeschoben worden. Hieraus ergibt sich unverkennbar eine Verbesserung, wenn auch leider die Gesamtzahl der Krebstoten nicht geringer wurde und der Anteil der Krebstoten an allen gestorbenen Frauen im Jahre 1970 sogar auf 23% anstieg (der entsprechende Wert bei den Männern belief sich auf 21,2%).

Über die Aufgliederung nach Alter und Geschlecht hinaus ist für jede Krebsforschung, unabhängig davon, ob sie sich der Mortalitäts- oder Morbiditätsstatistik bedient, die Art der bösartigen Neubildung nach ihrem Sitz wichtig. Für den Zeitraum von 1967 bis 1970 wurde die umfassende Übersichtstabelle 5 aufgestellt, und zwar unter Zugrundelegung der absoluten Zahlen aus den vier Untersuchungsjahren. Das Ergebnis wurde der besseren Übersicht und erkenntnis halber in durchschnittlichen Mortalitätsziffern angegeben (umgerechnet auf die Sterbefälle je 1000 Einwohner des gleichen Geschlechts und Lebensalters). Die Altersgruppen wurden noch stärker differenziert durch Unterteilung in Fünfjahresabschnitte bei den für die Krebsmortalität besonders wichtigen Jahren vom 40. Lebensjahr ab.

Wie bei früheren Untersuchungen machen die Mortalitätsziffern eindeutig erkennbar, daß der Krebs der Verdauungsorgane die meisten Krebssterbefälle verursacht. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Beobachtungszeitraums 1961 bis 1966 läßt allerdings eine leichte Abnahme dieser Mortalitätsziffer erkennen. Leider ist es, abgesehen vom leichten Rückgang des Mund-

In den Jahren 1967 bis 1970 gestorbene Männer nach dem Alter und dem Anteil der Krebssterbefälle (ICD 140—199)

Tabelle 3

Jahr	Bezeichnung	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren						
			unter 30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80 und älter
1967	Gestorbene Männer zusammen	6 581	446	158	264	770	1 912	1 850	1 181
	dar. Krebssterbefälle	1 334	13	14	38	173	528	420	148
	Anteil der Krebssterbefälle in %	20,3	2,9	8,9	14,4	22,5	27,6	22,7	12,5
1968	Gestorbene Männer zusammen	6 611	416	172	280	742	1 913	1 889	1 199
	dar. Krebssterbefälle	1 307	10	15	41	173	504	409	155
	Anteil der Krebssterbefälle in %	19,8	2,4	8,7	14,6	23,3	26,3	21,6	12,9
1969	Gestorbene Männer zusammen	6 902	443	190	319	725	2 037	2 006	1 182
	dar. Krebssterbefälle	1 471	6	16	54	177	548	468	202
	Anteil der Krebssterbefälle in %	21,3	1,3	8,4	16,9	24,4	26,9	23,3	17,1
1970	Gestorbene Männer zusammen	6 806	430	209	343	717	1 931	2 023	1 153
	dar. Krebssterbefälle	1 442	11	17	57	155	545	489	168
	Anteil der Krebssterbefälle in %	21,2	2,6	8,1	16,6	21,6	28,2	24,2	14,6

In den Jahren 1967 bis 1970 gestorbene Frauen nach dem Alter und dem Anteil der Krebssterbefälle (ICD 140—199)

Tabelle 4

Jahr	Bezeichnung	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren						
			unter 30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80 und älter
1967	Gestorbene Frauen zusammen	6 477	291	89	208	530	1 271	2 115	1 973
	dar. Krebssterbefälle	1 333	11	23	86	225	389	397	202
	Anteil der Krebssterbefälle in %	20,6	3,8	25,8	41,3	42,4	30,6	18,8	10,2
1968	Gestorbene Frauen zusammen	6 703	240	109	214	506	1 298	2 129	2 207
	dar. Krebssterbefälle	1 361	8	35	79	204	422	417	196
	Anteil der Krebssterbefälle in %	20,3	3,3	32,1	36,9	40,3	32,5	19,6	8,9
1969	Gestorbene Frauen zusammen	6 688	265	87	245	510	1 350	2 193	2 038
	dar. Krebssterbefälle	1 486	8	22	91	204	456	474	231
	Anteil der Krebssterbefälle in %	22,2	3,0	25,3	37,1	40,0	33,8	21,6	11,3
1970	Gestorbene Frauen zusammen	6 717	272	108	260	468	1 245	2 196	2 168
	dar. Krebssterbefälle	1 547	7	20	92	228	429	495	276
	Anteil der Krebssterbefälle in %	23,0	2,6	18,5	35,4	48,7	34,5	22,5	12,7

Die Krebsmortalität in München im Durchschnitt der Jahre 1967—1970
(Sterbefälle auf 1000 Einwohner des gleichen Geschlechtes und Lebensalters)

Tabelle 5

Art der Neubildung*)		Altersgruppen in Jahren												zusammen
		unter 20	20 bis unter 30	30 bis unter 40	40 bis unter 45	45 bis unter 50	50 bis unter 55	55 bis unter 60	60 bis unter 65	65 bis unter 70	70 bis unter 75	75 bis unter 80	80 und älter	
140—149 Mundhöhle und Rachen	m	—	0,002	—	0,018	0,028	0,053	0,007	0,075	0,057	0,093	0,263	0,364	0,023
	w	—	—	0,005	—	0,021	—	0,010	0,056	0,013	0,043	0,066	0,033	0,009
	zus.	—	0,001	0,002	0,009	0,018	0,023	0,009	0,045	0,031	0,061	0,132	0,136	0,016
150—159 Verdauungsorgane	m	—	0,009	0,054	0,207	0,440	0,751	1,450	3,050	4,922	7,231	10,020	13,390	1,022
	w	0,002	0,012	0,073	0,159	0,248	0,543	0,917	1,734	2,704	4,138	6,407	8,663	0,967
	zus.	0,001	0,010	0,062	0,183	0,331	0,633	1,149	2,295	3,615	5,247	7,615	10,140	0,994
dar. 151 Magen	m	—	—	0,029	0,079	0,220	0,380	0,701	1,344	2,026	2,328	4,576	7,059	0,470
	w	—	—	0,027	0,071	0,201	0,170	0,241	0,643	0,999	1,834	2,920	4,629	0,409
	zus.	—	—	0,028	0,075	0,141	0,261	0,441	0,942	1,421	2,370	3,473	5,388	0,439
153 Dickdarm	m	—	0,005	0,007	0,024	0,050	0,062	0,245	0,393	0,812	1,213	1,630	2,329	0,160
	w	0,002	0,002	0,019	0,024	0,075	0,163	0,225	0,369	0,593	0,843	1,281	1,372	0,198
	zus.	0,001	0,004	0,012	0,024	0,064	0,119	0,234	0,379	0,683	0,976	1,398	1,671	0,180
154 Mastdarm	m	—	0,002	0,011	0,042	0,064	0,071	0,197	0,415	0,745	0,980	1,394	1,819	0,143
	w	—	0,002	0,016	0,024	0,021	0,081	0,173	0,235	0,346	0,435	0,806	0,727	0,117
	zus.	—	0,002	0,013	0,033	0,040	0,077	0,184	0,312	0,510	0,630	1,002	1,068	0,129
160—163 Atmungsorgane	m	0,002	0,005	0,016	0,091	0,142	0,486	1,028	2,235	4,253	4,510	4,681	3,238	0,620
	w	—	0,002	0,008	0,029	0,054	0,109	0,162	0,224	0,393	0,435	0,449	0,579	0,107
	zus.	0,001	0,004	0,012	0,060	0,092	0,272	0,539	1,080	1,978	1,896	1,864	1,410	0,356
dar. 162 Luftröhre, Bron- chien, Lunge	m	0,002	0,002	0,013	0,085	0,121	0,450	0,960	2,122	4,091	4,276	4,208	2,802	0,580
	w	—	0,002	0,005	0,024	0,048	0,075	0,147	0,196	0,353	0,400	0,396	0,463	0,093
	zus.	0,001	0,002	0,010	0,054	0,080	0,238	0,500	1,015	1,888	1,790	1,671	1,194	0,330
180—189, 174 Harn- und Geschlechtsorgane, Brustdrüse	m	0,002	0,019	0,036	0,036	0,071	0,124	0,340	0,808	1,567	2,550	4,418	5,603	0,346
	w	0,006	0,022	0,155	0,443	0,761	1,242	1,525	1,813	2,457	2,721	3,237	3,918	0,849
	zus.	0,004	0,020	0,090	0,242	0,463	0,756	1,010	1,385	2,092	2,660	3,632	4,445	0,605
dar. 174 Brustdrüse	m	—	—	—	—	—	0,009	0,007	0,007	0,019	0,015	0,026	0,073	0,003
	w	—	0,008	0,057	0,224	0,345	0,570	0,639	0,766	0,972	0,965	1,163	1,736	0,347
	zus.	—	0,004	0,026	0,114	0,196	0,326	0,364	0,443	0,581	0,624	0,783	1,216	0,180
180—184 weibl. Geschlechtsorgane, Eierstöcke	w	0,002	0,012	0,087	0,206	0,381	0,618	0,823	0,946	1,205	1,452	1,638	1,752	0,431
185 Prostata	m	—	—	—	—	—	0,035	0,075	0,332	0,650	1,555	3,051	4,184	0,183
188—189 Harnorgane, Niere	m	0,002	—	0,007	0,018	0,057	0,079	0,252	0,528	0,879	0,964	1,341	1,273	0,148
	w	0,004	0,002	0,011	0,012	0,032	0,054	0,115	0,101	0,280	0,304	0,409	0,430	0,074
	zus.	0,003	0,001	0,008	0,015	0,043	0,065	0,175	0,283	0,526	0,541	0,721	0,693	0,110
190—199, 170—173 sonst. und unbekannte bö- sartige Neubildungen	m	0,015	0,019	0,033	0,079	0,163	0,265	0,497	0,672	0,851	1,073	1,446	1,892	0,211
	w	0,013	0,010	0,030	0,065	0,167	0,170	0,310	0,464	0,659	0,756	1,096	1,769	0,229
	zus.	0,013	0,015	0,032	0,072	0,165	0,211	0,388	0,553	0,738	0,870	1,213	1,807	0,220
Zusammen	m	0,018	0,052	0,139	0,432	0,845	1,678	3,321	6,841	11,652	15,458	20,829	24,487	2,221
	w	0,040	0,047	0,272	0,696	1,241	2,064	2,920	4,258	6,227	8,093	11,256	14,963	2,162
	zus.	0,020	0,050	0,199	0,566	1,070	1,896	3,095	5,357	8,455	10,733	14,457	17,938	2,190

*) Nummern der dreistelligen allgemeinen Systematik der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) von 1968.

höhlen- und Rachenkrebses, die einzige Abnahme innerhalb der Hauptgruppen (Verdauungsorgane, Atmungsorgane, Harn- und Geschlechtsorgane etc.). Grund zu nachlassender Besorgnis ist aber auch hier nicht gegeben. Im Gegensatz zu dem erwähnten allgemeinen Trend der Verschiebung des Krebssterbefallmaximums in höhere Altersgruppen hat nämlich der Krebsstod der Verdauungsorgane in der Altersgruppe der 40—45jährigen bei Männern und Frauen merklich zugenommen. Aus der Aufgliederung nach dem Geschlecht wird deutlich, daß Männer von dieser Krebsart stärker betroffen sind bzw. eher sterben als Frauen. Das Ehersterben bezieht sich dabei auch auf das Alter, weil Krebssterbeziffern von über 3,0 bei den Männern schon in der Altersgruppe von 60 bis unter 65 Jahren auftreten, bei den Frauen aber erst in der Altersgruppe von 70 bis unter 75 Jahren. Nur in den niedrigen Altersgruppen, nämlich den ersten drei Gruppen (bis unter 40 Jahren), sind die Sterbefälle, die durch den Krebs der Verdauungsorgane hervorgerufen werden, bei den Frauen zahlreicher. Ferner ist die Tatsache hervorzuheben, daß bei den Frauen Krebs der Verdauungsorgane zu höheren Sterbeziffern führt als der Brust- und Unterleibskrebs, Arten, die früher für die weibliche Krebsmortalität typisch waren. Wenn an Krebs der Atmungsorgane zur Zeit auch noch die männlichen Sterbefälle aller Altersgruppen stärker beteiligt sind, ist eine deutliche Zunahme bei den Frauen zu bemerken, was auf die Tatsache schließen läßt, daß bei Frauen in wachsendem Maße ähnliche Rauchergewohnheiten platzgreifen wie bei den Männern. Bei der Betrachtung der Gruppe „Krebs der Harn- und Geschlechtsorgane“ fällt zunächst auf, daß die Frauen aller Altersgruppen unter 70 Jahren bedeutend mehr von diesem spezifischen Krebsstod bedroht sind als die Männer. Dies ist in erster Linie auf die Krebsanfälligkeit des weiblichen Genitalbereichs zurückzuführen. In allen Altersgruppen über 20 Jahren sind hier Zunahmen zu verzeichnen, die als besorgniserregend gelten müssen. Die Ziffer der Todesfälle, die auf den sog. Altmännerkrebs zurückgehen (böartige Neubildung der Prostata) ist dagegen nur unwesentlich gestiegen, und der Trend der Zahlen läßt hoffen, daß es der Medizin in den nächsten Jahren gelingen wird, den Tod an Prostatakrebs unterhalb der sechziger Jahre vermeidbar zu machen.

Bei der Gruppe „Krebs der Verdauungsorgane“ fällt ferner auf, daß der Magenkrebs die gefährlichste Art darstellt und bei Männern häufiger sowie den Altersjahren nach im allgemeinen auch früher zum Tod führt als bei den Frauen. Die Sterbeziffern der an Darmkrebs Erkrankten haben sich seit der Vergleichsperiode erhöht, wobei besonders die Zunahme in den jüngeren Jahrgängen auffällt.

Die Anzahl der Fälle, in denen der Krebs der Atmungsorgane zum Tode führt, hat sich im Vergleich zum letzten Beobachtungszeitraum erhöht. Bei den Krebssterbefällen der Männer rangiert dieser Krebs nach dem der Verdauungsorgane an zweiter Stelle. Bei den Frauen — auch für sie stellt nach wie vor der Krebs der Verdauungsorgane das größte Risiko dar — nimmt die zweite Stelle der Krebs der Harn- und Geschlechtsorgane ein.

Die Fortführung unserer Untersuchungen über die Krebsmortalität zeigt, daß durch medizinische Vorsorgeuntersuchungen und verbesserte Krebstherapie Teilerfolge erzielt werden konnten im Hinblick auf das Hinausschieben der Mortalitätsziffern in höhere Altersgruppen. Insgesamt gesehen ist jedoch die Mortalitätsziffer weiter gewachsen. Aus dieser Erkenntnis ergibt sich die Forderung, neben der Mortalitätsstatistik auch eine Morbiditätsstatistik aufzubauen, um statistische Erkenntnisse darüber sammeln zu können, wie hoch die Heilungsquote bei Krebserkrankungen ist und welche Krebserkrankungen nach Art und Sitz der böartigen Neubildung den höchsten Heilerfolg haben bzw. umgekehrt, wo medizinische Vorsorge und Behandlung bisher nur in geringem Maße oder gar nicht den Krebsstod verhindern konnte.

Dr. Dh./Hu.