

Fehlernährung verursacht Erkrankungen, die neben einer **verschlechterten Lebensqualität** auch zu einer **abnehmenden Lebenserwartung** führen. Das größte Problem in diesem Zusammenhang ist die Fettsucht (Adipositas, engl. *obesity*, schwed. *fetma*). Sie wurde oben bereits als nicht-infektiöse epidemische Krankheit genannt. Auch in den armen Ländern sind die mit dem Übergewicht zusammenhängenden Krankheiten schon heute ein größeres Problem als die aus Unterernährung resultierenden. Da die **Fettsucht** nicht zu einer **höheren Kindersterblichkeit**, wohl aber zu einer **höheren Sterblichkeit** in den **mittleren Altersklassen** führt, wird sich die von ihr verursachte Verminderung der Lebenserwartung erst in circa einer Generation statistisch signifikant niederschlagen.

Nicht abzusehen sind die befürchteten Folgen der vom Menschen verursachten **Umweltveränderungen**. Wann und in welchem Maße sie wie greifen könnten, ist aufgrund der Komplexität des Themas hier nicht auszuführen.

## COVID-19 als Teil einer neuen Epidemiologischen Transformation? Zeitalter der Substitutionserkrankungen?

Ein anderes Szenario wäre die weitere Ausbreitung von **Infektionskrankheiten** (wenn auch nicht ihre Rückkehr in der alten Form), die vor allem **Ältere mit einem schwachen Immunsystem** betreffen könnte. Es leben immer mehr alte Menschen auf dieser Erde, gleichzeitig ist es fraglich, ob mit der Erhöhung der Lebenserwartung auch die Zahl der gesunden Jahre weiter zunehmen wird. Die oben angedeuteten Punkte lassen da Zweifel aufkommen. Es gibt immer mehr pflegebedürftige Menschen (alleine schon durch das numerische Anwachsen der höheren Altersgruppe in den reichen Ländern), deren **allgemeine körperliche Schwäche sich auch in einem schwachen Immunsystem manifestiert**. Gleichzeitig wird der Krebs immer weiter zurückgedrängt und an irgendwas **müssen** wir eines schönen Tages sterben.

Was sich schon seit **Jahrzehnten mit der Influenza angedeutet** hat, setzt sich nun möglicherweise mit COVID-19 (u.ä) fort: immer mehr Men-

schen sterben an einer eher **diffusen Mischung und statistisch schwer zu analysierenden Kombination** aus respiratorischen Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und (multiplen) Organversagen. Dabei muss eine **Todesursache**<sup>37</sup> mehr oder weniger willkürlich **als die primäre angegeben werden**, als die sie dann auch in die übergreifende Statistik eingeht, ohne dass das Wesentliche in der Statistik widerspiegeln kann — die Kombination verschiedener Erkrankungen als Folge der altersbedingten Schwächung des Menschen — früher so diffus wie paradoxerweise doch sehr treffend bezeichnet als — **Altersschwäche**.

Kommt hier dann ein neuer Krankheitserreger ins Spiel, kann der

- tatsächlich durch die noch mangelhaft ausgebildete Gruppenimmunität kurzzeitig die Sterberate erhöhen oder
- durch das Fixieren auf die neue Gefahr unter Ausblendung der Komplexität des Themas eine in der Sache nicht gerechtfertigte Panik erzeugen.

**Langfristig** wird der neue Erreger aber **nicht die Lebenserwartung nennenswert senken können**, da er nur die Gruppen bedroht, die so oder so am Ende ihres Lebens angekommen sind. So liegt das Median-Alter der offiziell als **COVID-19-Tote** Registrierten in aller Regel **über dem der durchschnittlichen Lebenserwartung**. Stand Mitte März 2020 waren 89,0% aller an C Verstorbenen 70 Jahre oder älter, 69,7% sogar 80 Jahre oder älter. (Statista 202103-16) Fast alle hatten andere schwere (Vor-) Erkrankungen. (aerzteblatt.de 2020)

Patienten, die **vor 100 Jahren** noch mit **50 an TBC** verstorben wären oder in den **1970-ern mit 70 an Krebs**, sterben heute **84-jährig mit (oder an) COVID-19** (als primäre, sekundäre oder was auch immer

---

<sup>37</sup>. Ausgangspunkt ist hier eine Kausalkette, bei der eine Krankheit oder ein Ereignis als Ausgangspunkt und damit als Ursache definiert wird. Aber es sind Ältere, die stürzen, sich das Becken brechen und dann im Krankenhaus an einer MRE-Infektion versterben. Es sind fast ausschließlich erheblich Vorerkrankte, die an COVID-19 sterben. Trotzdem wird hier der Sturz bzw. die Covid-Erkrankung als todesursächlich angesehen. M.E. ist es sachlich unmöglich, bei dieser Personengruppe die Todesursache diagnostisch eindeutig zuzuordnen. Außerdem wird das Zurückdrängen einer Todesursache nicht länger die Lebenserwartung steigen lassen, wenn andere Krankheiten „einspringen“.

Todesursache unter anderen). Sucht man nur nach Sars-Cov-2- Viren, kann man oft ein positives Ergebnis bekommen (auf das Thema PCR-Test will ich hier nicht eingehen), ohne zu wissen, ob der Patient wirklich an COVID-19 gestorben ist und wenn ja, ob er nicht auch ohne COVID-19 zeitnah verstorben wäre. Dass es weltweit kein Land mit einer altersbereinigten deutlichen Übersterblichkeit (wo ja noch die Opfer von Fehlbehandlungen und Kollateralschäden der Maßnahmen abgezogen werden müssten) gibt, spricht für ein derartiges Szenario. Hier bleibt also für die Forschung noch viel zu tun!

## 6.3 Der Demografische Wandel

In fast allen reichen Ländern ist heute die als 5. Phase der DT bezeichnete Situation eingetreten, in der die CBR langfristig und mehr oder weniger deutlich unter den CDR gefallen ist (Datenreihen: [www.statista.de](http://www.statista.de)).<sup>38</sup>

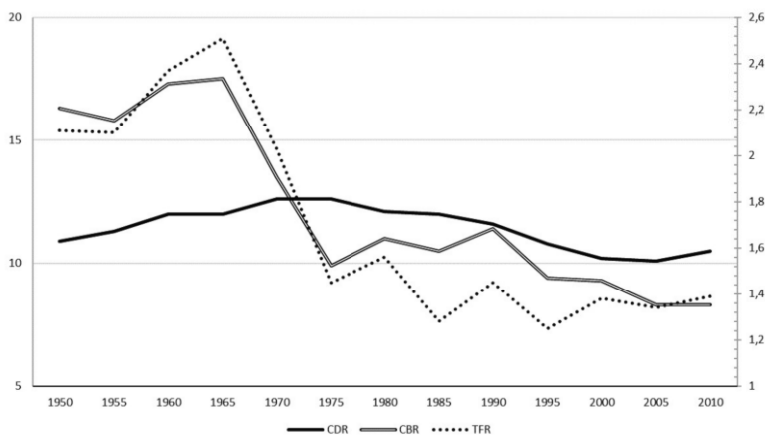


Abbildung 25: CBR, CDR und TFR in Deutschland 1950 - 2010

<sup>38</sup>. Da die Entwicklung bisher in Deutschland viel deutlicher als in Schweden verlaufen ist, soll hier Deutschland als Exempel betrachtet werden.