

Wandel der Risikostruktur und Sozialpolitik Ausgewählte Daten und Indikatoren

Die Gewerkschaften verstehen Sozialpolitik im Sinne *Ludwig Prellers* als „soziale Strukturpolitik“, d. h. als eine Politik, die über schadenausgleichende Maßnahmen hinaus den Anspruch erhebt, einen Beitrag zur Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen zu leisten, um sozialen Risiken vorzubeugen. Mit dem ökonomischen, technischen und gesellschaftlichen Wandel verändern sich aber auch die sozialen und gesundheitlichen Risiken. Daher muß sich auch Sozialpolitik, um auf diese Risiken angemessen reagieren zu können, ständig wandeln. Die sozialpolitischen Grundsätze des DGB-Grundsatzprogramms sollen dieser Anforderung gerecht werden. Die folgenden Daten und Indikatoren sollen illustrativ die theoretischen und empirischen Grundlagen sozialpolitischer Grundsätze beleuchten.

Wandel des Krankheitsspektrums

In den letzten 50 Jahren hat sich das Krankheitsspektrum erheblich verändert. Akute, insbesondere Infektionskrankheiten sind in ihrer Bedeutung zurückgetreten, chronisch-degenerative (Verschleiß-)Krankheiten, die insbesondere in der zweiten Lebenshälfte auftreten, haben an Bedeutung gewonnen.

Noch 1927 waren die Infektionskrankheiten (einschließlich Tbc und Pneumonie) die häufigste Todesursache mit einem Anteil von ca. 20 Prozent an der Gesamtsterblichkeit. Heute stehen Herz- und Kreislaufkrankheiten mit mehr als 40 Prozent Anteil an der Gesamtsterblichkeit an der Spitze der Todesursachen¹.

¹ Gesundheitsbericht, Bonn 1971; Ermich, R., Basisdaten, Bonn 1975.

Zwischen 1952 und 1971 gibt es erhebliche Veränderungen in der Sterblichkeit. Die folgenden 6 Todesursachen, die an Häufigkeit zugenommen haben, spielen eine dominierende Rolle und erklären fast ausschließlich die in den letzten Jahren wieder gesunkene Lebenserwartung bei den Männern.

Tabelle 1: Standardisierte Sterbeziffern pro 100 000 Männer

- 1) Koronare Herzkrankheiten:
die Sterbeziffer stieg von 80 (1952) auf etwa 180 (1971)
- 2) Lungenkrebs:
die Sterbeziffer stieg von etwa 30 (1952) auf etwa 60 (1971)
- 3) Straßenverkehrsunfälle:
die Sterbeziffer stieg von etwa 30 (1952) auf etwa 45 (1971)
- 4) Leberzirrhose (Leberschrumpfung):
die Sterbeziffer stieg von etwa 10 (1952) auf etwa 35 (1971)
- 5) Bronchitis:
die Sterbeziffer stieg von etwa 10 (1952) auf etwa 20 (1971)
- 6) Diabetes:
die Sterbeziffer stieg von etwa 8 (1952) auf etwa 15 (1971)

Die Sterblichkeit ist also bei den koronaren Herzkrankheiten beinahe um das Dreifache, bei den übrigen fünf Krankheiten etwa auf das Doppelte gestiegen. Diese sechs Todesursachen insgesamt hatten 1952 einen Anteil von 14,4 Prozent, 1971 einen Anteil von 34,9 Prozent an der Gesamtsterblichkeit².

Die Veränderung bei den Todesursachen ist nicht allein durch den veränderten Altersaufbau zu erklären. Die Statistik über Todesursachen zeigt, „daß die drei Todesursachen bösartige Neubildungen', ‚Kreislaufkrankheiten' und ‚Unnatürliche Todesursachen' etwa 70 Prozent der Sterbefälle ausmachen und daß die standardisierten Sterbeziffern, die die Veränderungen des Altersaufbaus ausschalten, bei Krebs und Kreislauf ansteigen. Hier haben offenbar krankheitserzeugende Faktoren an Gewicht gewonnen.“³

Die Angaben über die Krankheitshäufigkeit zeigen ähnliche Ergebnisse wie die Sterblichkeitsziffern. Es ergeben sich folgende Ergebnisse (Wirtschaft und Statistik, 9/1976): Zum Befragungszeitpunkt (April 1974) hatten 10,1 Mio. (= 16 Prozent) eine Krankheit oder Unfallverletzung. Die Zahl der Kranken (ohne Unfallverletzte) betrug 9,5 Mio. Personen. Mehr als die Hälfte (56 Prozent) dieser Personen waren chronisch krank.

Reihenfolge der Krankheiten nach ihrer Häufigkeit:

1. Krankheiten der Atmungsorgane mit einem hohen Anteil an Akutkranken; (26 Prozent)
2. Herz-Kreislaufkrankheiten mit einem hohen Anteil chronisch Kranker; (22 Prozent)
3. Krankheiten der Bewegungsorgane mit hohem Chronikeranteil; (12 Prozent)
4. Krankheiten der Verdauungsorgane mit hohem Chronikeranteil (Magen, Galle, Leber); (10 Prozent)

² Schaefer, H., Lebenserwartung und Lebensführung, in: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 1, Heft 1, März 1976.

³ Helberger, Chr., Soziale Indikatoren für das Gesundheitswesen der BRD, in: Allgemeines Statistisches Archiv, 1/1976.

5. Unfallverletzungen, vor allem Arbeitsunfälle, Unfälle im Haushalt, Straßenverkehr; (6 Prozent)
6. Stoffwechselkrankheiten mit einem Chronikeranteil von fast 90 Prozent (Zuckerkrankheit); (5 Prozent)

Die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage zeigt ähnliche Ergebnisse wie die Sterblichkeitsziffern und die Krankheitshäufigkeit. Zwar ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten Jahren konstant geblieben (entgegen der häufig geäußerten Polemik vom „Krankfeiern“):

Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeitstage je Pflichtmitglied" (Allgemeine Ortskrankenkassen) und Jahr (standardisiert aufgrund der Alters- und Geschlechtsstruktur des Jahres 1970)

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Tage	19,3		22,3	22,3	22,2	21,8	19,9	
	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Tage	20,9	18,4	20,3	21,8	20,2	20,2	21,6	20,6

a) Bis 1969 nur Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen (Arbeiter).

Quellen: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, lfd. Jahrgänge. -Helberger, Chr., Soziale Indikatoren für das Gesundheitswesen der BRD — Ansätze, Probleme, Ergebnisse, in: Allgemeines Statistisches Archiv, 1/1976, S. 50.

Die Ursachen der Arbeitsunfähigkeit haben sich verändert: krankhafte Neubildungen und Kreislaufkrankheiten stiegen an, während infektiös- und unfallbedingte Beeinträchtigungen fielen⁴.

Die Analyse von Gesundheitsindikatoren in der Bundesrepublik faßt *Helberger* wie folgt zusammen: „Die bisherige Untersuchung hat ergeben, daß der Gesundheitszustand der westdeutschen Bevölkerung sich in den letzten 20 Jahren kaum verbessert hat. Andererseits haben die Aufwendungen für Gesundheitssicherung per Saldo erheblich zugenommen. Die Entwicklung ist - von Veränderungen genetischer und demographischer Faktoren abgesehen — im Grunde nur durch zunehmenden Einfluß gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und Lebensbedingungen zu erklären“⁵.

Arbeits- und Lebensbedingungen, Verhaltensweisen und Krankheit

Die Ursachen der modernen Zivilisationskrankheiten liegen in einem erheblichen Ausmaß in

- a) gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, sonstiger Genußmittelmißbrauch),
- b) gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen,
- c) Umweltbedingungen (Verkehrsunfälle, Familienverhältnisse, Wohnbedingungen, Umweltzerstörung).

⁴ Helberger, a.a.O., S. 49.

⁵ Ebenda.

Zu a) Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit schätzt den volkswirtschaftlichen *Schaden des Rauchens* auf ca. 20 Mrd. DM jährlich⁶. *Manfred Pflanz* kommt aufgrund von Untersuchungen insbesondere in den USA zu dem Ergebnis, daß allein die Zunahme des Rauchens die Fortschritte der Medizin und Hygiene der letzten 40 Jahre hinsichtlich einer Erhöhung der Lebenserwartung zunichte gemacht hat⁷. Zwischen Rauchen und Krebserkrankungen der Atmungsorgane besteht ein direkter Zusammenhang. „Krebserkrankungen der Atmungsorgane machen heute 28 Prozent der Krebssterblichkeit von Männern aus. Bei diesen Fällen handelt es sich fast ausschließlich um Raucher. Die Lebenserwartung stark rauchender junger Erwachsener reduziert sich um 8 Jahre. Der Zigarettenkonsum ist in der Bundesrepublik in den letzten 25 Jahren stark angestiegen. Da die Folgen des Rauchens chronischen Charakter haben, werden die Auswirkungen des angestiegenen Zigarettenkonsums erst im Laufe der Jahre gesundheitlich voll sichtbar werden“⁸. Das Risiko eines starken Rauchers, an Lungenkrebs zu erkranken, beträgt fast das 10fache des Risikos eines Nichtraucherers. Ferner bestehen Zusammenhänge zwischen Rauchen und Herz-Kreislaufkrankheiten. Die Fruchtbarkeit bei Raucherinnen ist geringer, die Zahl der Spontanaborte höher, das Geburtsgewicht der Kinder niedriger als bei Nichtraucherinnen⁹.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft schätzt die Kosten, die aufgrund von *Fehlernährung* jährlich entstehen, auf 2 Prozent des Bruttosozialprodukts (das sind 1976 ca. 20 Mrd. DM, d. h. fast ein Drittel des Etats der sozialen Krankenversicherung). Dominierendes Ernährungsproblem in der BRD ist die Überernährung. Pro Kopf und Tag werden im Durchschnitt ca. 500 kcal zuviel konsumiert¹⁰. In zahlreichen Untersuchungen konnten Zusammenhänge zwischen Fehl-Überernährung und folgenden Krankheiten festgestellt werden: Stoffwechselkrankheiten (Diabetes mellitus), Gicht, Bluthochdruck, Gallensteinleiden, Magen-Darmerkrankungen, arteriosklerotische Herzkrankheiten¹¹.

Weiter von Bedeutung ist der zunehmende *Konsum von Alkohol*. Die Menge des in der Bundesrepublik genossenen Alkohols hat sich von 1960 bis 1970 verdreifacht. 1973 wurden 70 Mrd. DM für alkoholische Getränke ausgegeben. Die Zahl der Alkoholiker liegt bei 1,2 bis 1,8 Millionen Personen. Zwischen chronisch erhöhtem Alkoholkonsum und folgenden Krankheiten bestehen Zusammenhänge: Fettleber, alkoholische Leberentzündung, Leberzirrhose; Krankheiten der Bauchspeicheldrüse, der Speiseröhre, des Magens, des Darms, des Herzens und des Nervensystems¹².

Tabelle 3: Berufsschwere der Erwerbstätigen einschl. Hausfrauen (Prozent)

	1881	1925	1950	1965
Leichtarbeiter	21	24	58	61
Mittelschwerarbeiter	39	39	21	26
Schwerarbeiter	26	25	16	10
Schwerstarbeiter	14	12	5	3
Gesamtbevölkerung (Mio.)	45,7	63,2	50,0	59,0
Erwerbstätige (Mio.)	16,9	32,0	32,2	39,6

Quelle: Wirths, W., in: Fettsucht, S. 23–42, Lehmanns Verlag, München 1968.

6 Bundestagsdrucksache 7/2070.

7 Vgl. Pflanz, M., Epidemiologie und Präventivmedizin, in: Die soziale Dimension der Medizin, Stuttgart 1975.

8 Helberger, a.a.O., S. 60.

9 Vgl. Pflanz, a.a.O.

10 Ernährungsbericht 1976, Frankfurt 1976.

11 Ebenda.

12 Ernährungsbericht 1976.

Zu b) Die Klassifikationen der Tabelle 3 beziehen sich auf die Schwere der körperlichen Arbeit. Die Tabelle ist daher so zu interpretieren, daß eine *Belastungsverschiebung* in der Arbeit stattgefunden hat: An die Stelle schwerer körperlicher (Muskel-) Arbeit ist die langfristige angespannte Gehirntätigkeit mit spezifischen Belastungen getreten (Konzentration, Nervosität etc.).

Allerdings muß in diesem Zusammenhang daran gedacht werden, daß die Belastungen durch Umwelteinflüsse (Hitze, Staub, Lärm) und einseitige und einförmige Belastungen (Zwangshaltungen, statische Muskularbeit) an Bedeutung gewinnen¹³. Chronische Bronchitis und Lärmschäden wurden zu den häufigsten Berufskrankheiten.

Diese „paraprofessionellen Krankheiten“ machen etwa die Hälfte der zu Frühinvalidität führenden Krankheiten aus. Im Jahr 1975 gingen 278 000 Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu (Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten). Das sind etwa 40 Prozent des gesamten Rentenzugangs¹⁴. Die Bewilligungsquote bei Anträgen auf Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Rente beträgt ca. 65 Prozent (1. Halbjahr 1976).

Bei den paraprofessionellen Krankheiten liegt auch das Schwergewicht der Heilmaßnahmen der Rentenversicherung. Mehr als die Hälfte aller Rehabilitationsfälle kommen auf drei Krankheitsgruppen: Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes; Krankheiten des Kreislaufsystems; Krankheiten der Atmungsorgane.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie „Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung“, die 1969/70 in Baden-Württemberg durchgeführt wurde, sind wie folgt zusammengefaßt: „Je größer der Beschäftigungsbetrieb, je schwerer die körperliche Belastung, je belastender die Arbeitszeitregelung und die betriebliche Situation, um so schlechter die durchschnittliche gesundheitliche Verfassung. So werden bei Akkordarbeiterinnen bzw. Schichtarbeiterinnen etwa 20 Prozent mehr Heilverfahren beantragt, als nach dem Durchschnitt bei Frauen zu erwarten wäre. An der Spitze mit 30 Prozent mehr Heilverfahrens-Anträgen als der Durchschnitt liegt die Gruppe jener, die ‚sonstige‘ Arbeiterschwernisse nannte. Hierunter sind wesentlich auch solche erfaßt, die sozialpsychologische Aspekte, wie z. B. Betriebsklima, betreffen. Je enger und lärmbedrohter die Wohnung, je größer der Wohnort, um so gefährdeter die gesundheitliche Situation. Auch hier kommt die Interaktion zwischen Arbeitswelt und Wohnort zum Ausdruck.“

Zu c) Zu den gesundheitsgefährdenden Bedingungen der Umwelt können wir zählen: Familienverhältnisse, Verstädterung, Wohnbedingungen, Zerstörung der natürlichen Umwelt, Autoverkehr. Zwischen diesen Faktoren und Gesundheit gibt es folgende Zusammenhänge:

- Die *Verstädterung* führt zu einem Anstieg der koronaren Herzkrankheiten; die Baden-Württemberg-Untersuchung stellt dazu fest: „Besonders stark betroffen ist allerdings dabei der großstädtische Kern: hier werden rund 30 Prozent mehr pathologische Lungenbefunde registriert als im Landesdurchschnitt. Krankheitsverdächtige Befunde am Herzen werden vermehrt aus dem AOK-Bezirk Karlsruhe gemeldet. Im großstädtischen Bereich dieses Bezirks wurden 40 Prozent mehr pathologische Herz-Befunde registriert, als dem Landesdurchschnitt entspricht.“

- *Verkehrsunfälle* machen derzeit etwa 40 Prozent der unnatürlichen Todesursachen aus. Dazu kommen Haus-, Schul- und Freizeitunfälle mit einem Anteil von ca. 30 Prozent und Ar-

13 Vgl. Mergner, U./Osterland, M./Pelte, K., Arbeitsbedingungen im Wandel, Schriftenreihe der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Bd. 70, Göttingen 1975.

14 Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt.

beitsunfälle mit einem Anteil von 8 Prozent. Die Zahl der Unfälle 1972 betrug ca. 7,74 Mio., davon entfielen¹⁵:

auf Arbeitsunfälle	2,9 Mio.
auf Schulunfälle	0,5 Mio.
auf Straßenverkehrsunfälle	1,4 Mio.
auf Freizeitunfälle	3,0 Mio.

Die Anzahl der Verletzten wurde 1973 mit 832 000 angegeben (Wirtschaft und Statistik, 1975).

- Einen möglichen Zusammenhang von *Wohnsituation* und Gesundheit zeigen die Ergebnisse der *Faning-Studie*. In Etagenwohnungen waren Erkrankungen der Atemwege sowie psychoneurotische Erkrankungen wesentlich häufiger als in Einzelhäusern. Schließlich bestehen Zusammenhänge zwischen Wohnsituation und Verlauf und Ergebnis der kindlichen Sozialisation. Bedeutsam dürften sein: die Belegungsdichte von Wohnungen, bautechnische Qualität (Schallschutz), die Ausstattung der Wohnung, die Siedlungsstruktur, die soziale Struktur der Wohngegend. Als Auswirkungen einer negativen Beschaffenheit werden vermutet: Reifungsverzögerungen, psychische Störungen, geringe intellektuelle Leistungen.

- Die *Umweltzerstörung* wirkt auf die Gesundheit vor allem durch Luftverunreinigung, aber auch Lärm, Schadstoffe in Wasser und Lebensmitteln. Ein wesentlicher Faktor der Luftverschmutzung ist der Kfz-Verkehr (60 Prozent Anteil) und die Industrie einschließlich Kraftwerke (ca. 30 Prozent Anteil). Faktoren der Geschwulstkrankheiten: karzinogene Kohlenwasserstoffe der Autoabgase, toxische Zusätze der Ernährung, Nitrosamine als chemische Produkte und Lebensmittelzusatz¹⁶.

- Die Vermutungen über den Zusammenhang von *Familie-Erziehung* und Gesundheit sind vielfältig. Störungen in der Affektzufuhr gelten als entscheidende Quellen für psychogene Erkrankungen bei Kindern. Völliger Entzug von Zärtlichkeit kann das biologische Überleben in Frage stellen. Zusammenhänge von Familienstruktur und Neurosen und Psychosen werden vermutet¹⁷.

Bevölkerungsstruktur und ihre Entwicklung

Tabelle 4: Anteil der über 60jährigen an der Bevölkerung

	1975	1980	1985	1990
Anzahl der über 60jährigen (in 1000)	12 305,2	11 411,1	11 514,8	11 528,7
Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung (in %)	20,9	19,9	20,3	21,0

Folgerungen: Bis 1990 wächst die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (19 bis unter 60 bzw. 65 Jahre) um 9,3 Prozent. Die größte Zunahme ist bei den 45- bis 60jährigen zu erwarten, d. h. die Altersstruktur der Erwerbspersonen wird sich stark zugunsten der älteren Arbeitskräfte verändern.

¹⁵ Vgl. Jokl, St., Die Belastung der Volkswirtschaft durch Unfälle, Berlin 1976.

¹⁶ Vgl. See, Epidemiologie und Kostenentwicklung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 1, Berlin 1976, sowie Stumpf, H., Leben und Überleben, Einführung in die Zivilisationsökologie, Stuttgart 1976.

¹⁷ Vgl. Strezelewicz, W., Probleme der Erziehung, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1.

Die „Belastungsquoten“, d. h. die Zahl der Nichterwerbspersonen (Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, ältere Menschen über 60/65 Jahre) bezogen auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, werden bis 1990 zurückgehen, da sowohl die Zahl der älteren Personen wie auch die Zahl der Kinder und Jugendlichen zurückgeht. Die „Belastungsquote“ wird von 860 (1975) auf 609 (1990) zurückgehen, d. h. auf 1000 Personen im erwerbsfähigen Alter werden dann 609 Personen im nichterwerbsfähigen Alter kommen¹⁸.

Nach längerfristigen Vorausberechnungen wird der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ab 1990 wieder zunehmen. Der Anteil der über 60jährigen wird im Jahre 2000 bei ca. 22 Prozent liegen und dann vorübergehend auf bis zu 30 Prozent steigen. Gleichzeitig wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen zurückgehen. Daraus müßte sich ergeben: Die Gesamtbelastungsquote bleibt etwa konstant, die Belastung verschiebt sich aber in Richtung „Alterslasten“.

Ökonomische Bedeutung der Sozialpolitik

Über die Bedeutung der Sozialpolitik für die Lebenslage der Bevölkerung hinaus (ein Viertel des Volkseinkommens oder jede vierte Mark, die als Kaufkraft zur Verfügung steht, stammt aus sozialpolitischen Leistungen) hat die allgemeine ökonomische Bedeutung der Sozialpolitik zugenommen.

- Beschäftigungswirkungen: Ende 1974 waren im Gesundheitswesen ca. 630 000 Personen beschäftigt (Arbeits- und Sozialstatistik, 3/1976) mit erheblichen Wirkungen auf die Einkommensbildung.

- Allein die Rentenversicherung gibt für Rehabilitationsmaßnahmen etwa 5 Mrd. DM jährlich aus. Das ist von erheblicher Bedeutung für bestimmte Wirtschaftsräume.

- Die gesetzliche Krankenversicherung gibt derzeit ca. 10 Mrd. DM jährlich für Arzneimittel aus (Arzneien, Heil- und Hilfsmittel nur aus Apotheken): erhebliche Bedeutung für die chemische Industrie.

Erich Standfest

¹⁸ Wirtschaft und Statistik, Heft 12/1975.