28 Cutting the Welfare State. Counter Information Services and Community Development Project pamphlet. London 1976.
29 Health and Personal Social Service Statistics for England and Wales. Table 4. 1. p 65. DHSS. London 1975.
30 British Medical Journal. p 1512. 18. 12. 1976.
31 Annual Report of the Department of Health and Social Security. 1975.
32 British Medical Journal. p 243. January 1977.
33 Priorities for Health and Social Services in England. DHSS. London. 1976.
34 Labour Research. Private Health Schemes. Vol 63. no 5. p 114. 1974 and vol 62. p 40. 1973.
35 The National Health Service Reorganisation. HMSO. 1972.
36 Newcastle Trades Council Meeting. speaker Dr. J. Walton, Dean of Newcastle Medical School. 5. 3. 77.

Jobst Ricke, Wilfried Karmaus, Ruth Höh

Frühinvalidität – Arbeiterschicksal?

Medizinalstatistische Ergebnisse über den Einfluß sozioökonomischer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit am Beispiel der Frühinvalidität

1. Einleitung

In der BRD gibt es nur wenige Arbeiten[1] über den Einfluß sozialer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit. Unter den Untersuchungen über die Inzidenz von Krankheiten finden sich auch Arbeiten über die Frühinvalidität[2]. Wir wollen im folgenden versuchen, über den begrenzten Rahmen der vorliegenden Arbeiten hinauszugehen. Ziel dieser Arbeit ist es, Unterschiede in der Morbidität zwischen Arbeitern und Angestellten nachzuweisen. Die Grundlage für diesen Vergleich bilden Angaben über 10 wichtige Diagnosegruppen aus den umfassenden Statistiken der Rentenversicherung[3].

H. Schäfer und M. Blohmke sehen in der Frühinvalidität ein wichtiges Maß zur Beurteilung der Volksgesundheit[4]. Eine Auswirkung der Frühinvalidität ist jedoch auch die erhebliche Kostenbelastung der Rentenversicherungen. So ist eine Auseinandersetzung mit der Frühinvalidität im Zusammenhang mit der Diskussion über die Kostenentwicklung in der Renten- und Krankenversicherung wichtig. Unser Beitrag versucht zu zeigen, daß es eine Chancen*un*gleichheit in bezug auf Frühinvalidität gibt. Die Beseitigung der Benachteiligung bestimmter sozialer Gruppen z. B. durch gezielte Gesundheitsmaßnahmen und präventiv-medizinische Veränderung der Arbeitsorganisation würde zur Senkung der Frühinvalidität führen. Dies bedeutete nicht nur eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch eine Kostenentlastung der Versicherten in Rentenversicherung und Krankenkassen.

Unsere Arbeit geht von den Daten der Rentenversicherungsträger aus: Landesversicherungsanstalt für Arbeiter (LVA) und Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Diese geben Einblick in Ausmaß und Krankheitsursachen der Frühinvalidität fast aller lohnabhängig Beschäftigten[5].

Wir werden differenzieren nach:
1. Arbeitern und Angestellten
2. Freiwilligversicherten, Pflichtversicherten und sonstig Versicherten
3. Alter
4. Region

Wir haben zehn Diagnosegruppen[6] herausgesucht, die hinreichende Informationen über die Morbiditätsstruktur der Frühinvalidität geben.

Aufgrund theoretischer Überlegungen sind zur Berechnung von Frühinvaliditätsraten mehrere Methoden möglich.
1. Am genauesten erscheint es uns, von der *Grundgesamtheit aller Versicherten* bzw. aller Versicherten nach den genannten Untergruppen *unter Berücksichtigung der Altersstruktur* auszugehen. Dies nennen wir im folgenden den *Frühinvaliditätsindex*[7].
2. Man kann von der der *Grundgesamtheit aller Rentenneuzugänge* in einem Jahr ausgehen – im folgenden *Frühinvaliditätsrate* genannt.
3. Man kann als Grundgesamtheit alle *Rentenneuzugänge durch Berufs- und Erwerbsunfähigkeit* wählen.

Auf die jeweilige Grundgesamtheit wird die absolute Zahl der Frühinvaliden (der jeweiligen Diagnosegruppe) bezogen. Dadurch entstehen jeweils unterschiedliche Invaliditätsraten. Die dritte Methode ist die am häufigsten gebrauchte und zugleich ungenaueste. Wir werden deshalb die ersten beiden Methoden anwenden und sie der dritten exemplarisch gegenüberstellen. Leider ist eine konsequente Durchführung der ersten Methode nicht immer möglich, da die entsprechenden Daten fehlen. Dies geht aus der Übersicht in Tabelle 1 hervor:

Tabelle 1: Vorliegende Daten

	Versicherte nach Altersstruktur	Berentungen nach 1. Diagnosen und 2. Altersstruktur
Arbeitsverhältnis (Arbeiter – Angestellte)	vorhanden	vorhanden
Versicherungsverhältnis (*Freiwillig, Pflicht, Sonstig*)	teilweise vorhanden	fehlt
Regionen der LVA	vorhanden	fehlt
Regionen der BfA	fehlt	fehlt

Die zweite Methode enthält einen Fehler, der durch die Nichtberücksichtigung der Altersstruktur entsteht. Dieser Fehler läßt sich abschätzen aufgrund der ersten Methode, die in einem Fall durchführbar ist. Ein weiterer, zu vernachlässigender Fehler entsteht dadurch, daß die Daten zur Frühinvalidität aus dem Jahre 1972 stammen, die Daten zur Altersstruktur der Versicherten jedoch im März 1973 erhoben wurden[8].

2. Vergleich der Frühinvaliditätsraten von Arbeitern und Angestellten

In verschiedenen Arbeiten[9] werden Daten zur Frühinvalidität von Arbeitern und Angestellten verglichen.

Eine Gegenüberstellung der herkömmlichen Berechnung einer Frühinvaliditätsrate (nach der dritten obengenannten Methode) mit unserer Methode (zweite Methode) zeigt Tabelle 2a.

Tabelle 2a: Neuzugänge an Berufs- und Erwerbsunfähigen im Jahre 1967, gegliedert nach den häufigsten Krankheitsursachen bei Arbeitern und Angestellten

Neuzugänge infolge von	Arbeiter männl.	% BEU[a)]	% aller Renten[b)]	Angestellte männl.	% BEU	% aller Renten
Krankheiten des Kreislaufsystems	48017	36,8	19,4	12179	43,8	14,6
Krankheiten des Stoffwechsels und Nervensystems	16290	12,5	6,6	5350	19,3	6,4
Krankheiten der Bewegungsorgane	12442	9,5	5,0	1879	6,8	2,3
Altersschwäche	7494	5,7	3,0	312	1,1	0,4
Krankheiten der Atmungsorgane	14194	10,8	5,7	1495	5,4	1,8
Unfälle und Vergiftungen, Gewalteinwirkung	4953	3,8	2,0	583	2,1	0,7
Tuberkulose	4076	3,1	1,6	785	2,8	0,9
Fieberhafte rheumat. Erkrankungen	279	0,2	0,1	163	0,6	0,2
Übrige Krankheiten	23002	17,6	9,3	5148	18,7	6,2
Insgesamt	130747	100,0	52,7	27894	100,0	33,4
Alle Rentenarten	248138		100,0	83539		100,0
Altersrenten	117391		47,3	55645		66,6

a) % BEU = Angabe der Neuzugänge infolge der jeweiligen Diagnosegruppen in Prozent aller Berufs- und Erwerbsunfähigen der vorstehenden Spalte (z. B männl. Arbeiter).

b) % aller Renten = Angabe der Neuzugänge der jeweiligen Diagnosegruppe in Prozent *aller Renten.*

Als wesentliches Ergebnis der herkömmlichen Gegenüberstellung ist festzuhalten, daß männliche Angestellte scheinbar häufiger durch Herz- und Kreislaufkrankheiten frühinvalidisiert werden als Arbeiter (43 % Angestellte, 36 % Arbeiter). Aufgrund unserer Methode kommen wir jedoch zum gegenteiligen Ergebnis: 19,4 % der berenteten männlichen Arbeiter, aber nur 14,6 % der berenteten männlichen Angestellten bekamen 1972 Rente, weil sie so schwer unter Krankheiten des Kreislaufsystems litten, daß sie deswegen frühinvalidisiert wurden. Der Trugschluß der herkömmlichen Methode besteht in der Gleichsetzung der Gesamtfrühinvalidität von Arbeitern bzw. Angestellten mit der fixen Größe 100. Dabei geht die Information verloren, daß Arbeiter absolut häufiger als Angestellte frühinvalidisiert werden. Weniger als die Hälfte der Arbeiter (47,3 %), aber zwei Drittel der Angestellten

(66,6 %) scheiden erst mit dem Erreichen der Altersgrenze aus dem Berufsleben aus.

Auch für weibliche Arbeiter (Tab. 2 b) zeigt sich bei Anwendung unserer Methode eine deutlich höhere Frühinvalidenrate infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems als für weibliche Angestellte (20,8 %–12,7 %).

Tabelle 2b: Neuzugänge an Berufs- und Erwerbsunfähigen im Jahre 1967, gegliedert nach den häufigsten Krankheitsursachen bei Arbeiterinnen und weibl. Angestellten

	Arbeiterinnen			Angestellte		
Neuzugänge infolge von	weibl.	% BEU[a)]	% aller Renten[b)]	weibl.	% BEU	% aller Renten
Krankheiten des Kreislaufsystems	38508	43,3	20,8	7696	34,4	12,7
Krankheiten des Stoffwechsels und Nervensystems	11231	12,6	6,1	3693	16,5	6,1
Krankheiten der Bewegungsorgane	9181	10,4	5,0	3139	14,0	5,2
Altersschwäche	7015	8,0	3,8	347	1,6	0,6
Krankheiten der Atmungsorgane	2559	2,9	1,4	480	2,1	0,8
Unfälle und Vergiftungen, Gewalteinwirkung	1136	1,3	0,6	393	1,8	0,7
Tuberkulose	996	1,1	0,5	481	2,2	0,8
Fieberhafte rheumat. Erkrankungen	271	0,3	0,2	132	0,6	0,2
Übrige Krankheiten	17957	20,1	9,7	6001	26,8	9,9
Insgesamt	88854	100,0	48,1	22362	100,0	37,0
Alle Rentenarten	184810		100,0	60543		100,0
Altersrenten	95856		51,9	38181		63,0

a) % BEU = Angabe der Neuzugänge infolge der jeweiligen Diagnosegruppe in Prozent aller Berufs- und Erwerbsunfähigen der vorstehenden Spalte (z. B. männl. Arbeiter).

b) % aller Renten = Angabe der Neuzugänge der jeweiligen Diagnosegruppe in Prozent *aller Renten.*

Innerhalb dieses Vergleichs haben also die weiblichen Arbeiter die höchste Frühinvalidenrate infolge der Diagnose Krankheiten des Kreislaufsystems. Arbeiter werden auch nicht seltener, sondern etwa gleich häufig wie Angestellte infolge von Krankheiten des Stoffwechsels und des Nervensystems frühinvalidisiert.

Diese Befunde der Tabellen 2 a und b zeigen zunächst eine deutliche Benachteiligung der Arbeiter gegenüber Angestellten in bezug auf Gesundheit unter dem Aspekt der Frühinvalidität. Diese Benachteiligung gilt nicht nur insgesamt, sondern auch für die meisten Einzeldiagnosen, die zur Frühinva-

lidität führen. Scholmer[10] hat bereits darauf hingewiesen, daß Arbeiter nicht nur öfter, sondern auch durchschnittlich jünger frühinvalidisiert werden als Angestellte.

Hier soll nicht der Eindruck erweckt werden, als ginge es allen Arbeitern gesundheitlich schlecht, allen Angestellten gut. Das wäre eine falsche Polarisierung. Zwar haben Arbeiter im Durchschnitt weniger Lohn, d. h. geringere Reproduktionsmöglichkeiten und schwerere Arbeit (nicht nur körperlich, sondern auch durch Akkord, Wechselschicht und starke psychische Belastungen bedingt). Es ist aber durchaus möglich, daß relevante Gruppen von Angestellten in bezug auf die genannten Kriterien schlechter gestellt sind als Gruppen in der Arbeiterschaft. Als Hilfskonstruktion kann man die Unterscheidung von Pflicht- und Freiwilligversicherten heranziehen, die sich durch die Einkommenshöhe unterscheiden. Demnach sind freiwillig versicherte Arbeiter gegenüber pflichtversicherten Angestellten privilegiert. Dies läßt sich an den Frühinvaliditätsraten aufzeigen, die 33,5 % für *freiwillig versicherte Arbeiter* und 35,1 % für *pflichtversicherte Angestellte* betragen. Dieser Zusammenhang ist als weitere Bestätigung der Annahme sozioökonomischer Einflüsse auf die Frühinvalidität zu werten und zeigt die Komplexität der gesellschaftlichen Realität, die mit den groben Mitteln der Rentenstatistik kaum zu beschreiben ist.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwieweit die stärker ausgeprägte Frühinvalidität bei Arbeitern eine Folge von Belastungen ist, die den „Durchschnittsarbeiter" am Arbeitsplatz und in seinem Reproduktionsbereich ohne Zweifel gesundheitlich schädigen bzw. eine ausreichende Wiederherstellung seiner Arbeitskraft verhindern. Eine weitere Erklärung könnte lauten: Angestellte können bei grundsätzlich gleich verbreiteter und gleich schwerer Morbidität länger im Berufsleben stehen, weil die Arbeitsanforderungen dies eher zulassen als bei Arbeitern oder weil ihre Arbeitszufriedenheit größer ist.

3. Vergleich der Frühinvaliditätsraten von pflichtversicherten Arbeitern und freiwillig versicherten Angestellten

Noch deutlicher treten Unterschiede in bezug auf Gesundheit zwischen differenzierteren sozioökonomischen Gruppen hervor. *Pflichtversicherte* haben ein Einkommen, das unter einer festgesetzten Grenze (1972: 2100 DM monatlich) liegt. Das Einkommen der freiwillig Versicherten liegt darüber. *Freiwillig versicherte Angestellte* sind also gegenüber *pflichtversicherten Arbeitern auch* vom Einkommen her besser gestellt. Dieser Umstand zeigt einen signifikanten Zusammenhang zum Auftreten von Frühinvalidität.

Tabelle 3 zeigt zunächst, daß pflichtversicherte Arbeiter häufiger als freiwillig versicherte Angestellte frühinvalidisiert werden (53,4 %–23,0 %). Diese Diskrepanz ist größer als die zwischen Arbeitern und Angestellten allgemein (s. o.).

Obige Angabe zeigt auch, daß die Masse der Angestellten (durchschnittliche Frühinvaliditätsrate 35,1 %) gegenüber den besser verdienenden freiwillig versicherten Angestellten unterprivilegiert ist. Auch bei einzelnen Diagnosen, die zur Frühinvalidität führen, zeigen sich stärkere Unterschiede als

Tabelle 3: Neuzugänge im Jahre 1972 an Berufs- und Erwerbsunfähigenrenten bzw. Altersrenten bei männl. freiwillig versicherten Angestellten (FVAN) und pflichtversicherten Arbeitern (PVAR), gegliedert nach ausgewählten Krankheitsursachen

Diagnosegruppe	FVAN abs.	% AR[a)]	PVAR abs.	% AR	Erwartete Häufigkeit[b)]	Faktor[c)]	Differenz[d)]
1. Tuberkulose	14	0,29	1827	1,12	466	3,9	1361
2. BN[e)] d. Verdauungsorgane	35	0,71	1708	1,05	1163	1,5	545
3. BN d. Atmungsorgane	18	0,37	1580	0,97	598	2,6	982
4. Schizophrenie	6	0,12	871	0,54	201	4,3	670
5. Bluthochdruck	95	1,94	6670	4,09	3155	2,1	3515
6. Ischämische Herzkrankheiten	160	3,26	7758	4,76	5312	1,5	2446
7. Bronchitis und Emphysem	70	1,43	7396	4,54	2330	3,2	5066
8. Asthma	2	0,04	363	0,19	67	5,4	296
9. Ulcus[f)]	2	0,04	308,	0,19	67	4,6	241
10. Rheumatische Erkrankungen	41	0,83	5316	3,26	1353	3,9	3963
Alle Ursachen	1128	23,0	87100	53,4	37482	2,3	49618
a. Berufsunfähigkeit	189	3,9	10611	6,5	6355	1,7	4256
b. Erwerbsunfähigkeit	939	19,1	76489	46,9	31126	2,5	45363
Altersrenten	3880	77,0	75867	46,6	125485	0,6	49618
Alle Renten	4908	100,0	162967	100,0	162967		

a) % AR = Prozentangabe der vorstehenden Spalte in % aller Renten der betr. Spalte.

b) *Erwartete Häufigkeit* heißt die absolute Häufigkeit der Frühinvaliden, die man bei den pflichtversicherten Arbeitern (allg. bei der unterprivilegierten Gruppe) erwarten würde, wenn sie eine relativ genauso hohe Frühinvalidität hätten wie die freiwillig versicherten Angestellten (allg. die privilegierte Gruppe).

c) Der *Faktor F* bezeichnet das Ausmaß des Unterschiedes zwischen der erwarteten und der beobachteten Häufigkeit der Frühinvalidität bei den pflichtversicherten Arbeitern als *Quotient beobachtete Häufigkeit/erwartete Häufigkeit.* Dieser Faktor kann auch als Vergleichsgröße zwischen pflichtversicherten Arbeitern und freiwillig versicherten Angestellten (allg. zwischen der unterprivilegierten und der privilegierten Gruppe) gelten.

d) *Differenz* zwischen der absoluten Zahl frühinvalidisierter pflichtversicherter Arbeiter und der erwarteten Häufigkeit.

e) BN = Bösartige Neubildungen, Krebs.

f) Ulcus = Ulcus ventriculi und duodeni

in der weniger differenzierten Gegenüberstellung von Arbeitern und Angestellten. Am Beispiel der bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane: Die Frühinvaliditätsrate aller Arbeiter beträgt 0,81 % – die aller Angestellten

0,63 %, die der freiwillig versicherten Angestellten 0,37 % – und die der pflichtversicherten Arbeiter 0,97 %. Der entscheidende Zusammenhang läßt sich so ausdrücken: wenn pflichtversicherte Arbeiter eine Frühinvaliditätsrate hätten, die genauso niedrig wäre wie die der freiwillig versicherten Angestellen, würden zum Beispiel aufgrund der Diagnose Ulcus nur 67 Arbeiter frühinvalidisiert werden, anstatt – wie in Wirklichkeit – 308. D. h. fünfmal weniger, bzw. 241 Arbeiter weniger müßten das Schicksal der Frühinvaliditäit infolge der genannten Diagnose erleiden. Analog sind die übrigen Ergebnisse der Tabelle 3 zu verstehen.

Männliche pflichtversicherte Arbeiter werden vielfach häufiger frühinvalidisiert als männliche freiwillig versicherte Angestellte. Insgesamt brauchten knapp 50 000 Arbeiter weniger frühinvalidisiert werden (im Jahre 1972), wenn sie so gesund gewesen wären wie die besser verdienenden Angestellten.

4. Vergleich der Frühinvaliditätsraten von weiblichen sonstig versicherten Arbeitern und weiblichen freiwillig versicherten Angestellten

Bei den Frauen finden sich ebenfalls starke Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten, wenn man weiter nach Verdienst differenziert (Tab. 4). Insgesamt ist die Interpretation der Befunde bei den Frauen jedoch schwieriger als bei den Männern, weil Faktoren wie Doppelbelastung und

Tabelle 4: Berufs- und Erwerbsunfähigkeit von sonstig versicherten weibl. Arbeitern und freiwillig versicherten weibl. Angestellten im Jahre 1972

Diagnose-gruppe	SVAR abs.	% AR	FVAN abs.	% AR	EH	F	D
1. Tuberkulose	338	0,30	4	0,09	99	3,3	237
2. BN der Verdauungsorgane	576	0,52	39	0,90	989	0,64	–322
3. BN der Atmungsorgane	76	0,07	5	0,12	132	0,62	– 56
4. Schizophrenie	329	0,30	10	0,23	252	1,3	77
5. Bluthochdruck	17127	15,58	207	4,76	5175	3,3	11952
6. Ischämische Herzkrankheiten	3234	2,94	55	1,03	1121	2,9	2113
7. Bronchitis und Emphysem	1404	1,28	20	0,46	505	2,78	899
8. Asthma	215	0,19	5	0,11	121	1,8	94
9. Ulcus	71	0,06	1	0,02	22	3,2	49
10. Rheumatische Erkrankungen	4977	4,53	106	2,44	2681	1,9	2296
11. Alle Ursachen	68905	62,7	1351	31,0	33775	2,0	35130
a. Berufsunfähigkeit	10993	10,0	333	7,7	8460	1,3	2533
b. Erwerbsunfähigkeit	57912	52,7	1018	23,4	25709	2,2	32203
Altersrenten	40963	37,28	2999	68,9	75699	0,5	–34736
Alle Renten	109868	100,0	4350	100,0			

Legende: s. Tabelle 3.

auf der anderen Seite zeitweise ausschließliche Hausfrauentätigkeit nicht erfaßt werden können.

Die Rentenanträge von Frauen ab einem bestimmten Alter können ferner davon beeinflußt sein, daß der Anreiz zum „Zuverdienen" entfällt.

Die größten vorgefundenen Diskrepanzen bestehen zwischen den sonstig versicherten[11] Arbeiterinnen (Gruppe 1) und den freiwillig versicherten Angestellten (Gruppe 2).

Gruppe 1 hat für 1972 eine Frühinvaliditätsrate von 62,7 % (sie liegt auch wesentlich über der der männlichen pflichtversicherten Arbeiter), Gruppe 2 von nur 31,0 %. Bei einer der Gruppe 2 entsprechenden Frühinvaliditätsrate wären in Gruppe 1 statt 68 905 nur 33 775 Frauen frühinvalide geworden, also weniger als die Hälfte. Infolge der Diagnose Bluthochdruck wären in Gruppe 1 statt 17 127 nur 5175 Frauen frühinvalide geworden, also weniger als ein Drittel.

5. Vergleich der Frühinvaliditätsindices nach Altersklassen

Die Sozialversicherungsträger für Arbeiter und Angestellte geben aufgegliedert nach dem Alter zum einen Rohdaten, zum anderen bereinigte Daten an[12]. Es werden drei Altersklassen gegenübergestellt: 30–39, 40–49 und 50–59 Jahre. Wir vergleichen die Frühinvaliditätsindices von Arbeitern und Angestellten und berechnen, um wieviel häufiger Arbeiter frühinvalidisiert werden (Tab. 5).

Bei allen Diagnosegruppen ist die Frühinvalidität in den jüngeren Altersklassen bei Arbeitern wesentlich höher, erst in der Altersklasse 50–59 Jahre verringern sich die Unterschiede. Immerhin werden auch hier z. B. aufgrund der Diagnose Ischämische Herzkrankheiten fast doppelt so viele Arbeiter wie Angestellte frühinvalidisiert.

Wir halten es für unwahrscheinlich, daß strukturelle und konjunkturelle Einflüsse eine hohe Frühinvalidität hinreichend erklären, da ein völliges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gerade für die Altersklasse 30–39 Jahre nicht im gesamtwirtschaftlichen Interesse liegt. Deshalb interpretieren wir die überproportionale Frühinvalidität von Arbeitern gegenüber Angestellten in jüngeren Altersklassen primär als Folge von Gesundheitsverschleiß.

Aus der Tabelle lassen sich ferner die Frühinvaliditätsindices für die gesamte Altersgruppe von 30–59 Jahren berechnen. Der Index beträgt für Arbeiter 9,4 Frühinvalide auf 100 000 Versicherte, für Angestellte 3,5 bzw. 3,3 auf 100 000 Versicherte unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Arbeiter[13]. D. h. von den 48 508 1972 frühinvalidisierten Arbeitern der Altersklasse 30–59 brauchten nur 28,5 % verfrüht aus dem Arbeitsleben ausscheiden, wenn sie die gleichen Arbeits- und Lebensbedingungen hätten wie Angestellte.

6. Vergleich der Frühinvalidität nach Regionen

Bei der Aufschlüsselung nach Regionen lassen sich nur die Frühinvaliditätsraten, nicht aber die Indices berechnen[14]. Tabelle 6 stellt vier Gruppen: männliche Arbeiter aus der BRD, aus Hamburg, aus dem Saarland und die männlichen Angestellten der BRD gegenüber.

Tabelle 5: Frühberentung nach der Altersstruktur der Versicherten und der Diagnosegruppen (Frühinvaliditätsindices)

	Arbeits-verhältnis	Altersgruppe 30–39 Jahre		Altersgruppe 40–49 Jahre		Altersgruppe 50–59 Jahre		Faktor[a)]		
		absolute Zahlen	auf 100 000 Versicherte	absolute Zahlen	auf 100 000 Versicherte	absolute Zahlen	auf 100 000 Versicherte	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre
Versicherte insgesamt	Arbeiter	2282634		1772998		1123079				
	Angestellte	1319189		929764		695192				
Alle Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten und Diagnosegruppen										
1. TBC	Arbeiter	268	11,7	464	26,2	709	63,1	8,4	3,8	3,1
	Angestellte	19	1,4	63	6,8	140	20,1			
2. BN der Verdauungsorgane	Arbeiter	95	4,2	337	19,0	762	67,8	3,0	2,3	2,1
	Angestellte	18	1,4	78	8,4	228	32,8			
3. BN der Atmungsorgane	Arbeiter	44	1,9	242	13,6	731	65,1	3,8	2,6	2,1
	Angestellte	6	0,5	49	5,3	214	30,8			
4. Schizophrenie	Arbeiter	447	19,6	246	13,9	131	11,7	3,9	3,0	3,2
	Angestellte	66	5,0	43	4,6	26	3,7			
5. Hypertonie	Arbeiter	80	3,5	324	18,3	2053	182,8	7,0	3,4	2,5
	Angestellte	7	0,5	50	5,4	498	71,6			
6. Ischämische Herzkrankheiten	Arbeiter	108	4,7	875	49,3	3497	311,4	7,8	3,0	1,9
	Angestellte	8	0,6	153	16,5	1110	159,7			
7. Bronchitis und Emphysem	Arbeiter	52	2,3	409	23,1	2711	241,4	11,5	8,2	5,6
	Angestellte	3	0,2	26	2,8	300	43,1			
8. Asthma	Arbeiter	46	2,0	66	3,7	201	17,9	4,0	2,8	3,6
	Angestellte	6	0,5	12	1,3	35	5,0			
9. Ulcus duodeni et ventriculi	Arbeiter	8	0,3	24	1,3	115	10,2		2,2	3,5
	Angestellte	–	–	6	0,6	20	2,9			
10. Rheumatische Erkrankungen	Arbeiter	135	5,9	430	24,2	2105	187,4	5,1	4,9	4,6
	Angestellte	15	1,1	46	4,9	281	40,4			
Alle Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten	Arbeiter	5124	224,5	10607	598,2	32777	2918,5	4,7	3,1	2,6
	Angestellte	633	48,0	1800	193,6	7886	1134,4			

a) Faktor ergibt sich aus der Berechnung des Quotienten Frühinvaliditätsindex der Arbeiter – Frühinvaliditätsindex der Angestellten.

Tabelle 6: Neuzugänge im Jahre 1972 an Erwerbsunfähigkeitsrenten bei männl. Angestellten in der BRD und männl. Arbeitern in der BRD, in Hamburg und im Saarland

Vergleich Angestellte – Arbeiter Saar

Diagnosegruppe	Arbeiter BRD	% AR	Saar	% AR	Hamburg	% AR	Angestellte BRD	% AR	Erwartete Häufigkeit	Faktor	Differenz
1. Tuberkulose	2101	0,94	50	1,73	53	0,77	367	0,44	13	3,84	37
2. BN der Verdauungsorgane	1863	0,81	33	1,14	61	0,89	517	0,63	18	1,8	15
3. BN der Atmungsorgane	2056	0,92	47	1,62	30	0,44	614	0,75	22	2,1	25
4. Schizophrenie	986	0,44	15	0,52	20	0,29	159	0,20	6	2,5	9
5. Bluthochdruck	8548	3,84	104	3,59	160	2,33	1969	2,41	70	1,5	34
6. Ischämische Herzkrankheiten	8908	4,00	133	4,59	209	3,04	3106	3,79	110	1,2	23
7. Bronchitis und Emphysem	8270	3,71	159	5,49	308	4,49	1038	1,27	37	4,3	122
8. Asthma	353	0,16	11	0,38	6	0,09	55	0,07	2	5,5	9
9. Ulcus	403	0,18	13	0,45	4	0,06	87	0,11	3	4,3	10
10. Rheumatische Erkrankungen	5659	2,54	80	2,76	171	2,49	711	0,86	25	3,2	55
Alle Ursachen	115827	52,0	2075	71,6	3307	40,1	28765	35,1	1017	2,0	1058
a. Berufsunfähigkeit	15131	6,8	359	12,4	1007	6,6	4621	5,7	165	2,2	194
b. Erwerbsunfähigkeit	100696	45,2	1716	59,2	2300	33,5	24144	29,5	854	2,0	862
Altersrenten	106519	47,8	821	28,4	3558	59,9	53101	64,9	1880	0,4	–1059
Alle Renten	222686	100,0	2896	100,0	6865	100,0	81866	100,0			

Legende: s. Tabelle 3

Die Hauptbefunde sind: Die Saararbeiter haben eine hohe Frühinvaliditätsrate (71,6 %), diese ist höher als die der BRD-Arbeiter und der Hamburger Arbeiter. Sie ist zweimal so hoch wie die der freiwillig versicherten Angestellten (siehe auch Tabelle 3). Die weiblichen Saar-Arbeiter haben eine noch höhere Frühinvaliditätsrate von 76,5 %. Diese extrem hohe Zahl bedeutet, daß im Saarland Arbeiter nur zu 28,4 % und Arbeiterinnen nur zu 23,5 % durch „gesundes" Erreichen der Altersgrenze ihre Rente erhalten. Die regionalen Unterschiede sind allerdings weniger ausgeprägt als die zwischen pflichtversicherten Arbeitern und freiwillig versicherten Angestellten.

Ein Schaubild (Abb. 1 und Tab. 7) zeigt, daß die regionalen Differenzen nicht auf den Einfluß der Altersstruktur zurückzuführen sind.

Abb. 1: Altersstruktur aller Versicherten (Polygonzug)

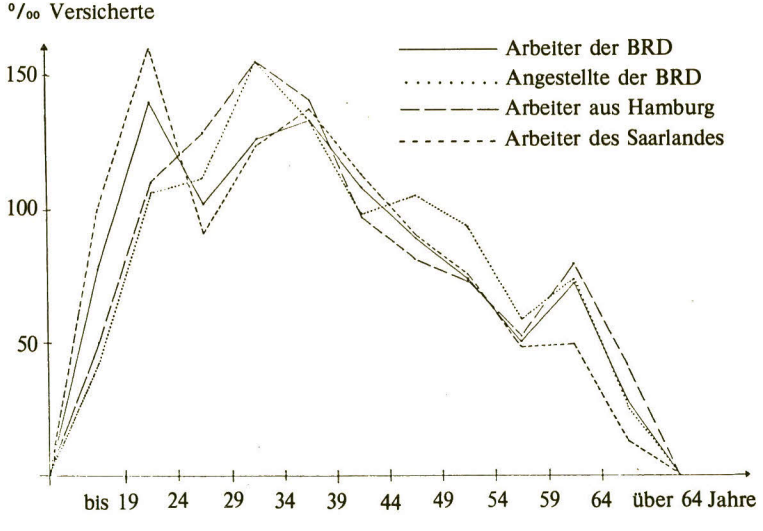

Tabelle 7: Zahlen zur Altersstruktur der Versicherten auf 1000 Versicherte = ~ %

Region	Jahre										
	bis 19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	über 64
Hamburg	50,2	109,5	128,5	154,5	140,5	97,6	81,3	73,0	51,5	79,3	40,7
Saarland	100,1	160,6	91,0	123,7	137,3	112,5	89,6	75,4	47,7	48,8	13,1
Angestellte BRD	77,5	139,6	102,4	126,2	132,7	107,7	89,4	74,2	49,9	72,2	28,2
Arbeiter BRD	42,3	105,7	111,5	154,7	132,8	98,4	104,5	93,4	58,9	73,0	25,8

Im Gegenteil: Die Saararbeiter sind nicht älter, sondern jünger als die Arbeiter aus der BRD, aus Hamburg und als alle Angestellten. Regionale Un-

terschiede wären vermutlich noch größer, wenn dieser Umstand berücksichtigt würde[15].

Zur Klärung dieser Unterschiede wäre es nötig, epidemiologische Untersuchungen anzustellen, die Faktoren wie die Art der industriellen Produktion, die Strukturkrise im Saarland und die Umweltbelastung berücksichtigen.

7. Weitere Möglichkeiten und Ergebnisse der Rentenstatistik

Mit geeigneten Mitteln wäre es möglich, Beziehungen zwischen den beschriebenen und noch weiteren sozioökonomischen Gruppen herzustellen. Dabei ist zu erwarten, daß extrem unterprivilegierte Gruppen gefunden werden, die jetzt nur postuliert werden können: z. B. jüngere pflichtversicherte Arbeiter im Saarland gegenüber gleichaltrigen freiwillig versicherten Angestellen in Hamburg. Weiter wäre es wichtig, historische Entwicklungen und sozioökonomisch differenzierte Gruppen (innerhalb der Angestellten, zwischen Männern und Frauen, zwischen verschiedenen Berufen und Versicherungen wie der Knappschaft [Bergleute] und der Seekasse) in bezug auf Frühinvalidität zu untersuchen.

Bisher ist deutlich geworden, daß das Ausmaß der gesundheitlichen Unterprivilegierung oder – anders ausgedrückt – das Gewicht sozioökonomischer Risikofaktoren für Gesundheit aufgrund der hier dargelegten Ergebnisse wesentlich größer ist als bisher erwartet. Weiter ist bemerkenswert, daß es kaum *Krankheiten* gibt, die Angestellte soviel schwerer und häufiger betreffen, daß sie eine höhere Frühinvaliditätsrate bewirken als bei Arbeitern (z. B. Diabetes). Die Ischämischen Herzkrankheiten, die zum Teil eher als Angestellten- oder gar Managerkrankheiten galten, stellen sich im Zusammenhang der Frühinvalidität eher als Arbeiterkrankheiten heraus. Neben den Krankheiten, die bekanntermaßen eine Benachteiligung der Arbeiter erwarten lassen wie Krankheiten der Bewegungsorgane, Tuberkulose, Bronchitis usw. überrascht die starke Überrepräsentierung der Arbeiter bei psychosomatischen Krankheiten wie Asthma und Ulcus und schließlich bei Schizophrenie[16]. Als letzter Befund sei noch auf die Krebskrankheiten hingewiesen, die aufgrund der vorherrschenden ätiologischen Konzepte als weitgehend klassen- und schicht*unspezifisch* gelten. (Auch beim Krebs finden sich für Arbeiter höhere als erwartete Frühinvaliditätsraten.)

8. Medizinalstatistische Rahmenbedingungen der Frühinvalidität

Die Rentenstatistik wird von einer Reihe von Faktoren beeinflußt, über die wir keine Aussagen treffen können. Ein sehr wichtiger ist die Mortalität der Altersgruppen im Erwerbstätigenalter. Diese steigt bekanntermaßen[17] bei den Männern seit etwa 1950 und hat besonders bei den Kreislaufkrankheiten, Krebs und Unfällen hohe und steigende Raten. Es ist zu vermuten, daß Arbeiter auch eine höhere Mortalität als Angestellte haben, dazu drei Hinweise: 1. Die Untersuchung einer süddeutschen Maschinenfabrik[18], in der nur 157 (entsprechend 36 %) Frühinvalide festgestellt wurden, ergab, daß im gleichen Zeitraum 85 Mitarbeiter durch Tod ausschieden. Die Rate der Frühinvaliden plus Gestorbenen betrug 52 %. Das bedeutet, daß die Frühinvalidität durch eine hohe Betriebsmortalität scheinbar gesenkt werden kann. Tödliche Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betreffen vorwiegend Arbei-

ter und sie haben ein Ausmaß (6686 in 1971)[19], das sich auf die Frühinvalidenrate auswirkt (zu etwa 3 %). 3. Es besteht eine schichtenspezifische Mortalität in den USA und Großbritannien z. B. für Krebs und Ischämische Herzkrankheiten[20]. Für die BRD gibt es keine entsprechenden Statistiken[21]. Es läßt sich allerdings berechtigt die Hypothese vertreten, daß in der Tendenz ähnliche Verhältnisse auch heute in der BRD herrschen. D. h. Arbeiter hätten auch hier eine höhere Mortalität infolge Krebs und Ischämischen Herzkrankheiten als Angestellte. Die absoluten Zahlen der Mortalität unter 65 Jahren sind ohnehin so beträchtlich (108 000 bei Männern in 1972[22]), daß eine Beeinflussung der Frühinvalidenraten anzunehmen ist.

Die Rentenstatistik erfaßt nur einen Teil des Morbiditäts- und Mortalitätsspektrums. Arbeiter haben aber auch einen höheren Krankenstand, mehr Arbeitsunfälle (die sich nicht unbedingt voll im Krankenstand ausdrücken) und eine höhere Krankenhaushäufigkeit als Angestellte. Über die Klassen- bzw. Schichtspezifität psychischer Erkrankungen gibt es eindeutige epidemiologische Befunde. Neben den schon erwähnten erhöhten Mortalitätsraten für sozioökonomisch Unterprivilegierte seien noch die berufsspezifische Säuglingssterblichkeit und die berufsspezifische Bronchialkrebsmortalität erwähnt[23].

Zusammenfassend läßt sich also feststellen: Chancengleichheit bezüglich Gesundheit in der BRD ist eine Fiktion. Sozioökonomische Faktoren beeinflussen Morbidität und Mortalität in erheblichem Umfang. Dies wird schon auf der Basis der administrativen Epidemiologie[24] deutlich. Das genaue Ausmaß gesundheitlicher Unterprivilegierung z. B. der Arbeiter und auch genauere ursächliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren im Produktions- und Reproduktionsbereich und bestimmten Krankheiten sind weder auf dem bisherigen Stand der administrativen Epidemiologie noch auf dem der sozialmedizinischen Forschung befriedigend, d. h. handlungsrelevant anzugeben.

Anmerkungen

1 Zur Übersicht über die Literatur verweisen wir auf Heinz-Harald Abholz, Krankheit und soziale Lage, Frankfurt/M. 1976. Die meisten Arbeiten sind jedoch einerseits regional, andererseits auf einzelne Krankheitsbilder beschränkt.

2 Unter Frühinvalidität wird verstanden: a) *Erwerbsunfähigkeit (EU),* die bei 80 %iger Einschränkung der Verdienstmöglichkeiten gegeben ist; b) *Berufsunfähigkeit (BU),* die bei 50 %iger Einschränkung der Verdienstmöglichkeiten im gleichen Beruf gegeben ist.

3 Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Band 38 und 39, Frankfurt/M. 1973. Diese Quellen liegen allen folgenden Berechnungen zugrunde.

4 Hans Schaefer, Maria Blohmke, Sozialmedizin, Stuttgart 1972, S. 384. Da die Bescheinigung einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ein sorgfältiges Begutachtungsverfahren voraussetzt, sind die Grundlagen besonders zuverlässig. Die Abhängigkeit von wirtschaftlichen Krisen schränkt den Aussagewert einzelner Jahrgänge allerdings ein.

5 Ausnahmen: Angestellte über der Pflichtversicherungsgrenze, die nicht freiwillige Mitglieder werden und Beamte.

6 Unsere Auswahl der Diagnosegruppen betrifft einerseits große Gruppen, d. h. weit verbreitete Krankheiten, andererseits von Ätiologie, Pathogenese und Organmanifestation her unterschiedliche Krankheiten.

7 Als standardisierten Frühinvaliditätsindex der Angestellten bezeichnen wir oben

beschriebenen Frühinvaliditätsindex unter rechnerischer Angleichung der Altersstruktur der Angestellten an die der Arbeiter.

8 Die Daten zur Versichertenzahl und ihrer Altersstruktur lagen 1973 erstmalig vollständig vor (Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung Bd. 38, Ffm 1973). Unsere Wahl der Frühinvaliditätsdaten aus dem Jahre 1972 beruht darauf, daß 1973 durch die Neueinführung der flexiblen Altersgrenze entscheidende Veränderungen stattgefunden haben, die das Ergebnis verzerren könnten.

9 Brigitte Geißler, Peter Thoma, Medizinsoziologie, Frankfurt/M. 1975, S. 134, Tab. 2, Martin Osterland u. a., Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD, Frankfurt 1973, S. 93 und Walter Steuer, Gesundheitsvorsorge, Stuttgart 1971, S. 7, Tab. 3. Letztere Tabelle stellt die Grundlage für Tabelle 2 dar.

10 Joseph Scholmer, Die Krankheit der Medizin, Luchterhand, Darmstadt 1971, S. 57 f.

11 Sonstig Versicherte sind Personen, die in den letzten 12 Monaten keinen Beitrag zahlten (bzw. zahlen mußten), früher aber mindestens einen Pflichtbeitrag oder freiwilligen Beitrag geleistet haben. Hauptsächlich handelt es sich um früher Pflichtversicherte, zuletzt z. B. Arbeitslose oder Hausfrauen.

12 Die bereinigten Daten sind in bezug auf Doppelnennungen bei Versicherungswechsel verbessert. In der folgenden Tabelle werden diese bereinigten Daten verwendet.

13 S. Anm. 7.

14 Es fehlen die dazu notwendigen Angaben wie: Altersstruktur bei allen Frühberentungen, für die Regionen der BfA, für Daten zum Versicherungsverhältnis und zu berufsspezifischen Versicherungen (s. Tabelle 1).

15 Die bisher veröffentlichten Daten lassen leider keine präziseren Berechnungen zu, obwohl diese interessanten Daten bandgespeichert bei den Versicherungsträgern vorliegen. Eine EDV-Bearbeitung ist möglich.

16 Dieser Befund stimmt überein mit den Befunden der epidemiologischen und ökologischen Untersuchungen in den USA und für die BRD in Mannheim.

17 Siehe Heidrun Kaupen-Haas, Gesundheits- und Krankheitsverhalten aus historischer Sicht, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 1, Berlin 1976, S. 94.

18 H. Jusatz, Die Notwendigkeit gesundheitsfürsorgerischer Maßnahmen ... in: Gesundheitsfürsorge 1957, S. 223.

19 Unfallverhütungsbericht 1971, Bundestagsdrucksache 7/189, Bonn 1973, S. 278.

20 Antanovsky, A., Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality, in: Jaco, E. G. (Hrsg.), Patients, Physicians and Illness, New York 1972 und Mc Keown, T., An Introduction to Social Medicine, Blackwell, London 1974, S. 69, Tab. 20.

21 Schichtenspezifische Mortalitätsstatistiken werden in den USA und Großbritannien noch heute geführt, in Deutschland und der BRD schon lange (möglicherweise seit dem Ersten Weltkrieg) nicht mehr. Siehe F. Prinzing, Handbuch der Medizinischen Statistik, Gustav Fischer Verlag, Jena 1931.

22 Stat. Jahrbuch der BRD 1972, s. 86 f.

23 Die Aussagen dieses Absatzes finden sich in den folgenden Quellen aufgeführt: Ausführliche Literaturangaben finden sich z. B. bei: H.-H. Abholz, a.a.O. F. Spiegelhalter und F. Schnabel, Die Struktur des Krankenstandes in der Industrie, in: Der Arbeitgeber 1962, Heft 10, S. 302 ff. F. Naschold u. a., Systemanalyse des Österreichischen Gesundheitswesens. Gleiss, Seidel, Abholz, Soziale Psychiatrie, Fischer, Frankfurt 1973, S. 37 ff. Der Bundesminister für Gesundheitswesen (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der BRD, Bd. 3, Stuttgart/Mainz 1968, S. 148. Schädigung der Lunge am Arbeitsplatz, in: Ärztliche Fortbildung, Bd. 7, März 1970.

24 Dieser Begriff wird von Naschold im Zusammenhang mit den Medizinalstatistiken der Krankenkassen, Rentenversicherungen und des Staates gebraucht. Er kennzeichnet die nicht auf gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten ausgerichtete Orientierung dieser Statistiken.