

# ISI

Informationsdienst Soziale Indikatoren

Sozialberichterstattung \* Gesellschaftliche Trends \* Aktuelle Informationen

**Nr. 1**  
**Januar 1989**

## **Jeder dritte junge Erwachsene ändert Sexualverhalten aus Sorge vor Ansteckung**

**Umfrageergebnisse zur AIDS-Prävention**

Eine Publikation  
des ZUMA

Im Jahre 1981 wurde die tödliche Infektionskrankheit AIDS weltweit zum ersten Mal diagnostiziert. Seither sind in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin 2150 Menschen (Stand: August 1988) an AIDS erkrankt, knapp die Hälfte davon ist schon gestorben. Darüber hinaus ist eine nicht exakt bekannte Zahl von Menschen mit dem HIV-Virus infiziert, ohne erkrankt zu sein. Die Schätzungen hierzu schwanken zwischen 30000 und 100000 Personen; mit Sicherheit kann nur festgestellt werden, daß aufgrund der anonymen Labormeldepflicht bislang 21000 Fälle von HIV-Infektionen (inkl. der Zahl der an AIDS Erkrankten, Stand August 1988) bekannt geworden sind. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt — und vermutlich auch in absehbarer Zukunft — stehen der Medizin keine wirksamen Impfstoffe oder Therapeutika gegen die Krankheit AIDS zur Verfügung. Aus diesem Grund stellt derzeit die Prävention — d.h. die Verhinderung der Ansteckung mit dem HIV-Virus — das einzige Mittel dar, um die Verbreitung der Krankheit und die Anzahl der Opfer wirksam zu mindern.

### **Die Prävention von AIDS: Staatliche Regulierung oder individuelle Schutzmaßnahmen?**

In der öffentlichen Diskussion und z.T. auch schon in der gesellschaftlichen Praxis stehen sich — grob vereinfacht — zwei alternative Strategien der Prävention gegenüber, die sich schlagwortartig mit »staatliche Regulierung und Zwangsmaßnahmen« versus »Aufklärung und individuelle Schutzmaßnahmen« etikettieren lassen. Während die Verfechter staatlicher Regulierung mit ihren Vorschlägen auf die Registrierung und Kontrolle infizierter Menschen setzen, lehnen es die Vertreter der zweiten Präventionsstrategie ab, die Verantwortung für die Ausbreitung der Krankheit allein den infizierten Personen aufzubürden. Da für eine Ansteckung mit dem HIV-Virus in der Regel das aktive Handeln von zwei Personen notwendig ist, kann und sollte jeder einzelne sich selbst schützen, sofern er sich in riskante Situationen begibt. Die Unterscheidung, ob jemand infiziert ist oder nicht, ist dabei eher zweitrangig. Erste Priorität haben bei dieser Strategie die Aufklärung über Ansteckungsgefahren und Schutzmöglichkeiten und darauf aufbauende individuelle Vorsorgemaßnahmen.

Im folgenden werden Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage zu diesen beiden Strategien der Prävention wiedergegeben. Dargestellt werden zum einen die Einstellungen zu verschiedenen Maßnahmen gegenüber infizierten Personen. Zum anderen wird berichtet, welche individuellen Schutzmaßnahmen die Befragten getroffen haben, um sich vor einer Ansteckung mit dem HIV-Virus zu schützen. Die Daten stammen aus der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) 1988.

Im ALLBUS wird seit 1980 alle zwei Jahre eine Stichprobe von etwa 3000 Personen in mündlichen Interviews zu verschiedenen Themenbereichen befragt.

Die Stichprobe ist so ausgewählt, daß die befragten Personen repräsentativ für die wahlberechtigte Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlins sind. Die insgesamt 3053 Interviews des ALLBUS 1988 wurden im Mai und Juni 1988 durchgeführt. Bei den folgenden empirischen Analysen wurden 34 Befragte nicht einbezogen, die angaben, sie hätten noch nie etwas von der Krankheit AIDS gehört.

*Fortsetzung auf Seite 3*

## **Inhalt**

<b>Jeder dritte junge Erwachsene ändert Sexualverhalten aus Sorge vor Ansteckung</b> .....	1
<b>Zur Einführung</b> .....	2
<b>Die Abteilung Soziale Indikatoren am ZUMA</b> .....	2
<b>Sind die Bundesbürger mit ihrer Gesundheit zufrieden?</b> .....	5
<b>Jugendliche und junge Erwachsene besonders unfallgefährdet</b> .....	7
<b>Données Sociales 1987</b> .....	10
<b>Gesundheitsberichterstattung</b> .....	11
<b>Sozialindikatorenforschung auf dem Soziologentag</b> .....	11
<b>Internationale Tagung Soziale Indikatoren in Budapest</b> .....	12
<b>Tagungsankündigungen</b> .....	12

## Zur Einführung

Am 1. Januar 1974 wurde ZUMA als Hilfseinrichtung der Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft gegründet. Im Dezember 1977 erschien die erste Ausgabe der ZUMA-Nachrichten mit dem Ziel, von nun an regelmäßig über Forschungsbefunde sowie das Dienstleistungsangebot von ZUMA zu berichten. Seither werden, jeweils im Frühjahr und Spätherbst, die ZUMA-Nachrichten an ca. 3000 deutsche und internationale Interessenten auf den Weg gebracht.

Angesichts der allgemeinen Überflutung mit Druckprodukten unterschiedlichster Provenienz und Qualität muß es gute Gründe dafür geben, dieser Vielfalt noch ein weiteres Element hinzuzufügen. Wir meinen jedoch, daß mit der Einbeziehung von ZUMA in die Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS) e.V. im Dezember 1986 bei gleichzeitiger Ausweitung des Aufgabenspektrums eine neue Situation entstanden ist, welche die Auflegung eines zusätzlichen Informationsdienstes rechtfertigt.

Die in der Bundesrepublik besonders mit dem Namen von Wolfgang Zapf verbundene Sozialindikatorenforschung war zunächst in unterschiedlichen wissenschaftlichen Arbeitskontexten etabliert und dann kontinuierlich weiterentwickelt worden (siehe dazu auch das nachfolgende Editorial von Heinz-Herbert Noll). Die Institutionalisierung einer sozialwissenschaftlichen universitätsnahen Forschungsinfrastruktur in GESIS eröffnete erstmalig die Chance, auch der Sozialindikatorenforschung eine feste Grundlage zu verschaffen. Dies geschah bei ZUMA mit der Gründung der Abteilung »Soziale Indikatoren«.

Über eine Reihe von Jahren ist ein ausgeprägtes Bedürfnis nach diesbezüglichen inhaltlichen Informationen erkennbar geworden, das u.a. seinen Niederschlag in dem anhaltenden Verkaufserfolg des »Soziologischen Almanachs« und in der großen Nachfrage nach den vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Dokumentationen »Datenreport« gefunden hat. Auf dieser Grundlage möchten wir den Versuch wagen, einen an der Sozialindikatorenforschung interessierten Personenkreis in Wissenschaft, vor allem aber auch in der Praxis bei öffentlichen Verwaltungen, Massenmedien, Verbänden usw. von nun an zweimal jährlich mit Fakten und Analysen aus der Abteilung Soziale Indikatoren bekannt zu ma-

chen. Natürlich hoffen wir, Ihnen mit diesen Informationen in Ihrer Arbeit zu helfen. Dennoch sind wir, besonders zu Beginn, auf Ihre Unterstützung und Kritik angewiesen. Schreiben Sie uns, was Ihnen nutzt und gefällt, aber eher noch, was Ihnen nicht hilft und nicht gefallen hat, sowie Ihre Anregungen für die zukünftige inhaltliche Gestaltung des Informationsdienstes.

Zunächst einmal wünsche ich Ihnen, auch im Namen der anderen Mitglieder des ZUMA e.V., nicht nur wissenschaftliche Bereicherung, sondern auch ein wenig Vergnügen bei der Lektüre.

Mannheim, im Januar 1989

*Max Kaase,*  
*Vorsitzender des Z*

## Die Abteilung Soziale Indikatoren am Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen

— Herausgeber des Informationsdienstes Soziale Indikatoren —

Der hier erstmals vorgelegte Informationsdienst Soziale Indikatoren ist ein Beitrag zu einer regelmäßigen Sozialberichterstattung. Er wird von der Abteilung Soziale Indikatoren am Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) herausgegeben und inhaltlich gestaltet. Veröffentlicht werden vornehmlich eigene Forschungsergebnisse, daneben aber auch Beiträge von Sozialwissenschaftlern, die sich in anderen Kontexten ebenfalls mit Aspekten der Sozialberichterstattung beschäftigen. Der Informationsdienst Soziale Indikatoren wendet sich gleichermaßen an Interessenten aus Wissenschaft und Praxis. Er wird zweimal jährlich erscheinen und will ein sachkundiges, aber nicht ausschließlich sozialwissenschaftlich geschultes Publikum über Probleme und Tendenzen der Wohlfahrtsentwicklung sowie ausgewählte Trends des sozialen Wandels informieren. Damit werden zugleich empirische Materialien zu aktuellen Themen der gesellschaftspolitischen Diskussion vorgelegt. Darüber hinaus wird der Informationsdienst über Aktivitäten und Ergebnisse aus der Sozialindikatorenforschung und Sozialberichterstattung informieren und allen an diesen Fragen Interessierten ein Diskussionsforum bieten.

Die Abteilung Soziale Indikatoren am ZUMA hat ihre Arbeit im Frühjahr 1987 aufgenommen. Sie wurde im Zusammenhang mit der Gründung der Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS) nach einer Empfehlung des Wissenschaftsrates eingerichtet. Aufgabe der Abteilung ist die gesellschaftliche Dauerbeobachtung

und Sozialberichterstattung mit Hilfe von sozialen Indikatoren.

Unter sozialen Indikatoren versteht man statistische Kennziffern für die Messung der Lebensqualität und der Wohlfahrtsentwicklung sowie bestimmter Dimensionen des sozialen Wandels. Die Sozialindikatorenforschung ist in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre in den Vereinigten Staaten entstanden und hat sich in den siebziger Jahren im Zuge einer internationalen Bewegung auch in der Bundesrepublik etabliert. Die Ziele und Ergebnisse dieser Forschungsrichtung haben nicht nur innerhalb der Sozialwissenschaften, sondern auch in Administrationen und bei Politikern breite Resonanz gefunden.

Das zentrale Anliegen bestand und besteht darin, die gesamtgesellschaftliche Informationsbasis zu verbessern und zu erweitern, um den erreichten Stand und die Entwicklung der Gesellschaft und ihrer Teilbereiche quantitativ beschreiben und — gemessen an der Erreichung gesellschaftspolitischer Ziele — als Verbesserung oder Verschlechterung bewerten zu können. Inzwischen haben diese Anstrengungen vielfältige Erfolge zu verzeichnen. Die Ideen und Anstöße, die von der Sozialindikatorenforschung ausgegangen sind, wurden nicht nur innerhalb der Sozialwissenschaften, sondern auch von internationalen Organisationen, Regierungen, Verbänden und kommunalen Administrationen aufgegriffen und zum Teil praktisch umgesetzt.

Als einer der Begründer der Sozialindikatorenforschung hat Wolfgang Zapf die Notwendigkeit betont, daß die gesellschaftliche Dauerbeobachtung und So-

zialberichterstattung pluralistisch organisiert, d.h. sowohl von der Regierung als auch von Interessenverbänden und der Wissenschaft betrieben wird, und zugleich gefordert, die Sozialindikatorenbewegung zu institutionalisieren und die entwickelten Ansätze und Methoden »auf Dauer« zu stellen. Mit der Etablierung der Abteilung Soziale Indikatoren bei ZUMA ist ein Schritt in diese Richtung getan und ein Beitrag zur Institutionalisierung der gesellschaftlichen Dauerbeobachtung innerhalb der Sozialwissenschaften geleistet worden.

Die Abteilung Soziale Indikatoren ist eine Infrastruktur- und Serviceeinrichtung. Ihre Arbeit soll dazu beitragen, die Verfügbarkeit von Informationen über die Wohlfahrtsentwicklung, d.h. Niveau und Wandel der Lebensbedingungen und der Lebensqualität sowie Trends der Sozialstrukturentwicklung in der Bundesrepublik zu verbessern und den Zugang zu solchen Informationen zu erleichtern. Die Abteilung arbeitet zudem an der Weiterentwicklung des methodischen Instrumentariums und steht Wissenschaftlern und Praktikern, die auf dem Gebiet der gesellschaftlichen Dauerbeobachtung und Sozialberichterstattung tätig sind, für Beratungen und als Anlaufstelle zur Verfügung.

Die Arbeiten der Abteilung Soziale Indikatoren knüpfen direkt an die Beiträge des SPES-Projekts (Sozialpolitisches Entscheidungs- und Indikatorensystem) und später des Sonderforschungsbereichs 3 »Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik« zur Wohlfahrtsmessung und Sozialberichterstattung an. Insbesondere wird die Abteilung das dort entwickelte System sozialer Indikatoren für die Bundesrepublik fortschreiben und als ein Instrument des »societal monitoring« kontinuierlich ausbauen und weiterentwickeln. Über die Ergebnisse der Arbeiten zur gesellschaftlichen Dauerbeobachtung wird der Informationsdienst Soziale Indikatoren regelmäßig berichten.

H.-H. Noll  
(Tel. 0621/18004-14)

Fortsetzung von Seite 1

**Zwangmaßnahmen gegenüber infizierten Personen finden zumeist keine große Unterstützung in der Bevölkerung**

Um die Einstellung zu einer Präventionsstrategie der staatlichen Regulierung zu ermitteln, wurden den Befragten des ALLBUS 1988 vier mögliche Maßnahmen gegenüber infizierten Personen vorgegeben und gefragt, ob sie diese befürworten oder ablehnen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen kommen in der Bundesrepublik nicht oder zumindest nicht

Befragten bejaht. In der Frage der namentlichen Meldepflicht stehen sich Befürworter und Gegner etwa gleich stark gegenüber: 44 Prozent der Befragten sind dafür, 42 dagegen und 14 Prozent haben keine Meinung.

Für höhere Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die Möglichkeit der Entlassung infizierten Arbeitnehmers ist jedoch eine Minderheit von 12 bzw. 9 Prozent der Befragten. Die deutlich höhere Zustimmung zur namentlichen Meldepflicht im Vergleich zu diesen beiden Vorschlägen mag damit zusammenhängen, daß es bei

**Tabelle 1: Einstellung zu Maßnahmen gegenüber infizierten Personen**

	Befürworter %	''weiß nicht'' %
— Die Einreise in die Bundesrepublik Deutschland sollte Ausländern, die mit AIDS angesteckt sind, verwehrt werden	67,3	8,4
— Ärzte und Krankenhäuser sollten Personen, die mit AIDS angesteckt sind, unter Angabe des Namens zentral melden	44,1	13,6
— Personen, die mit AIDS angesteckt sind, sollten höhere Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlen	12,2	12,3
— Ein mit AIDS angesteckter Arbeitnehmer sollte entlassen werden können	9,0	11,2

Frage: »In jüngster Zeit werden verschiedene Maßnahmen diskutiert, die gegenüber Personen ergriffen werden sollten, die mit AIDS angesteckt sind. Sagen Sie mir zu jeder Maßnahme auf dieser Liste, ob Sie sie befürworten oder ablehnen.«

Datenbasis: ALLBUS 1988

in der allgemeinen Form, wie sie hier formuliert wurden, zur Anwendung. Dies gilt auch für Bayern als demjenigen Bundesland, das am stärksten eine Politik der staatlichen Zwangmaßnahmen gegenüber infizierten Menschen verfolgt. Von den vier Maßnahmen erhält der Vorschlag, infizierten Ausländern die Einreise in die Bundesrepublik zu verwehren, die größte Zustimmung. Er wird von 67 Prozent aller Befragten befürwortet (vgl. Tabelle 1). Diese große Akzeptanz läßt sich vermutlich daraus erklären, daß bei diesem Vorschlag explizit eine Randgruppe der Gesellschaft als Träger des Virus angesprochen wird. Die Tendenz, die Krankheit AIDS als ein Problem zu sehen, das von außen — durch die infizierten Personen — erzeugt wird, findet im vorliegenden Fall ein einfaches Ventil, indem sie auf ausländische Personen übertragen wird. Die drei anderen Vorschläge werden jeweils nur von weniger als der Hälfte der

der Frage zur namentlichen Meldepflicht offen bleibt, welche Konsequenzen daraus gegenüber den infizierten Menschen gezogen werden. Wenn aber, wie bei den Fragen zur Entlassung und zu höheren Krankenversicherungsbeiträgen, explizit Benachteiligungen für die infizierten Personen angesprochen werden, ist die Diskriminierungsneigung in der Bevölkerung gering.

Zusammenfassend lassen sich diese Ergebnisse dahingehend interpretieren, daß die Mehrheit der Bevölkerung eine Politik der staatlichen Regulierung — von einzelnen Maßnahmen abgesehen — nicht befürwortet. Gleichwohl muß jedoch betont werden, daß diese ablehnende Haltung nicht in allen Teilen der Bevölkerung anzutreffen ist. Zwischen verschiedenen Gruppen der Bevölkerung lassen sich in Hinblick auf die Befürwortung der Vorschläge große Unterschiede feststellen.

**Tabelle 2: Einstellung zu Maßnahmen gegenüber infizierten Personen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (% Befürworter)**

	Ausländern Einreise verweigern	Namentliche Meldepflicht	Höhere Versicherungs- beiträge	Arbeitnehmer entlassen
<b>Alter</b>				
18 - 29	51,1	28,8	6,7	5,1
30 - 44	61,2	38,6	8,5	6,0
45 - 59	76,4	49,3	16,0	11,9
60 +	80,9	59,7	18,0	13,3
<b>Schulabschluß</b>				
bis Hauptschule	77,7	52,4	14,5	11,8
Realschule	62,9	42,1	11,6	5,2
Fachhochsch./Abitur	45,6	26,7	7,6	6,1
<b>Wahlabsicht</b>				
CDU/CSU	77,5	56,6	19,1	13,6
SPD	68,1	42,3	9,1	7,4
FDP	66,9	40,1	7,7	5,6
Grüne	36,6	16,8	5,2	2,6

Datenbasis: ALLBUS 1988

Die Zustimmung zu allen vier Vorschlägen fällt umso höher aus, je älter die Befragten sind (vgl. Tabelle 2). So befürworten z.B. nur knapp 30 Prozent der 18-29jährigen die namentliche Meldepflicht. Bei den über 59jährigen dagegen ist dieser Prozentsatz fast doppelt so groß. Neben dem Alter spielt auch die Bildung der Befragten eine Rolle. Je höher der Schulabschluß der Befragten, um so weniger werden die einzelnen Maßnahmen befürwortet. Nicht weiter erstaunlich ist schließlich, daß sich in dieser politischen Streitfrage auch Unterschiede zwischen den Wählern der verschiedenen Parteien ermitteln lassen. Bei den Wählern von CDU/CSU ist die Akzeptanz aller vier Vorschläge am größten, bei den Wählern der Grünen am geringsten. Eine mittlere Position nehmen die Wähler von SPD und FDP ein.

**Neben sinnvollen Schutzmaßnahmen sind bei den individuellen Verhaltensänderungen auch unnötige Berührungängste in nennenswertem Umfang anzutreffen**

Eine auf Aufklärung und die Propagierung individueller Schutzmaßnahmen bauende Strategie der Prävention, wie sie — mit einigen Abstrichen — auch von der derzeitigen Bundesregierung verfolgt wird, ist nur insoweit erfolgreich, wie es ihr gelingt, bei den Personen, die tatsächlich gefährdet sind, eine Änderung des Verhaltens auszulösen. Um festzustellen, inwieweit in der Bevölkerung der Bundesrepublik Verhaltensänderungen zur AIDS-Prävention zu beobachten sind,

wurden alle Teilnehmer des ALLBUS 1988 gefragt, ob es irgend etwas gibt, das sie persönlich unternommen haben oder worauf sie achten, um sich vor einer Ansteckung mit AIDS zu schützen. Dies wird von 22 Prozent der Befragten bejaht, ein Prozentsatz der in Anbetracht dessen, daß es sich um eine allgemeine Bevölkerungsumfrage und nicht um eine Untersuchung bei einer Hauptbetroffengruppe wie z.B. den Homosexuellen handelt, recht hoch ist.

**Tabelle 3: Persönliche Schutzmaßnahmen/Verhaltensänderungen, um sich vor einer Ansteckung mit AIDS zu schützen (% ja)**

Gibt es irgend etwas, das Sie persönlich unternommen haben oder worauf Sie achten, um sich vor einer Ansteckung mit AIDS zu schützen?	21,6
Und was haben Sie unternommen oder worauf achten Sie! (Mehrfachnennungen möglich) Um mich vor einer Ansteckung mit AIDS zu schützen ...	
<b>Änderung des Sexualverhaltens</b>	14,9
— gehe ich keine flüchtigen sexuellen Kontakte mehr ein	11,6
— wähle ich meine Sexualpartner sorgfältiger aus	7,6
— übe ich Geschlechtsverkehr mit mir weniger gut bekannten Personen nur noch mit Kondom/Präservativ aus	6,1
— habe ich die Zahl meiner Sexualpartner reduziert	3,2
— lebe ich sexuell enhaltsamer	2,8
<b>Unspezifische Verhaltensänderung</b>	10,6
— bin ich allgemein vorsichtiger im Umgang mit fremden Personen geworden	8,5
— vermeide ich jeden Kontakt zu Personen, von denen ich vermute, daß sie mit AIDS angesteckt sein könnten	4,5
— benutze ich keine öffentlichen Bäder, Saunen oder Toiletten mehr	1,6
<b>AIDS-Test</b>	3,6
— habe ich selbst einen AIDS-Test machen lassen	3,0
— habe ich von meinem Partner einen AIDS-Test verlangt	1,5

Datenbasis: ALLBUS 1988

Um zu erfahren, was die 22 Prozent der Befragten im einzelnen unternommen haben oder worauf sie achten, wurde ihnen eine Liste mit zehn verschiedenen Antwortmöglichkeiten vorgelegt, aus der sie die für sie zutreffenden Vorgaben auswählen sollten. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich (vgl. Tabelle 3). Fünf der zehn Antworten haben beinhaltet Änderungen verhaltens, die jeweils — in mehr oder weniger großem Maße — als sinnvolle Ansätze zur Verminderung des Ansteckungsrisikos zu werten sind. Von 15 Prozent aller Befragten wird zumindest eine dieser Vorgaben bejaht. Am häufigsten — nämlich von knapp 12 Prozent der Befragten — wird dabei genannt, daß man keine flüchtigen sexuellen Kontakte mehr eingeht. Nur etwa halb so groß ist mit 6 Prozent der Anteil der Befragten, die angeben, daß sie Geschlechtsverkehr mit ihnen weniger gut bekannten Personen nur noch mit Kondomen ausüben. Diese Differenz deutet — etwas salopp formuliert — darauf hin, daß der Slogan »Treue ist der beste Schutz« größere Resonanz findet als die Propagierung der Kondombenutzung. Zusätzlich zu den fünf Antwortmöglichkeiten, die das Sexualverhalten betrafen, waren auf der Liste auch noch drei eher unspezifische Verhaltensänderungen aufgeführt. Diese drei Vorgaben beinhalten Schutzmaßnahmen, die unter dem Blickwinkel einer rationalen AIDS-Prävention als unnötig zu bezeichnen sind, da bei

alltäglichen sozialen Kontakten mit infizierten Personen kein Ansteckungsrisiko besteht. Umso erstaunlicher ist, daß trotzdem knapp 11 Prozent aller Befragten zumindest eine der drei Antwortmöglichkeiten bejahen. Besonders hoch ist mit 8,5 Prozent der Anteil der Befragten, die angeben, daß sie allgemein vorsichtiger im Umgang mit fremden Personen geworden sind. Dieses Ergebnis ist ein Indiz dafür, daß es im Zusammenhang mit der Krankheit AIDS teilweise zu einer Verschlechterung des Klimas der alltäglichen sozialen Beziehungen kommt. Zum Krankheitsbild AIDS zählen offensichtlich nicht nur individuelles körperliches und psychisches Leid, sondern auch negative soziale Konsequenzen wie Mißtrauen und Furcht zwischen den Menschen.

Nur ein kleiner Teil der Befragten hat schon Erfahrungen mit dem AIDS-Test gemacht: 3,0 Prozent der Befragten geben an, sich selbst einem AIDS-Test unterzogen zu haben; 1,5 Prozent berichten, einen solchen Test von ihrem Partner verlangt zu haben.

Wie Tabelle 4 belegt, berichten mehr Männer als Frauen von einer Änderung ihres Sexualverhaltens. Bei den unspezifischen Verhaltensänderungen und in der Frage des AIDS-Tests lassen sich dagegen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen. Weitaus größere Unterschiede als zwischen Männern und Frauen treten jedoch zwischen den verschiedenen Altersgruppen auf: Je jünger die Befragten sind, um so eher haben sie persönliche Schutzmaßnahmen getroffen. Besonders stark ist dieser Zusammenhang plausiblerweise bei den Änderungen des Sexualverhaltens. Während 35 Prozent der 18-29jährigen zumindest eine der Antwortvorgaben zu den sexuellen Verhaltensänderungen bejahen, sind dies bei den über 59jährigen nur noch 3 Prozent. Personen, die aufgrund ihrer Lebensumstände tatsächlich ein größeres Risiko haben, ändern offenbar auch eher ihr Verhalten. In diese Richtung deutet auch das Ergebnis, daß Personen ohne festen Lebenspartner weitaus häufiger eine Änderung ihres Sexualverhaltens angeben als Personen mit festem Lebenspartner.

Die ALLBUS-Befunde dokumentieren, daß auch in der sogenannten »Normalbevölkerung« Verhaltensänderungen zur AIDS-Prävention stattfinden. Eine Präventionsstrategie der Aufklärung und individuellen Schutzmaßnahmen hat damit prinzipiell Aussicht auf Erfolg. Die Tatsache, daß neben sinnvollen Verhaltensänderungen in nennenswertem Umfang Schutzmaßnahmen getroffen werden,

**Tabelle 4: Persönliche Schutzmaßnahmen/Verhaltensänderungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (% ja)**

	Änderung des Sexualverhaltens	Unspezifische Verhaltensänderung	AIDS-Test selbst gemacht bzw. von Partner verlangt
<b>Geschlecht</b>			
männlich	19,5	11,6	
weiblich	11,2	9,8	
<b>Alter</b>			
18 - 29	34,7	17,2	7,4
30 - 44	14,9	11,5	4,7
45 - 59	7,4	10,1	2,1
60 +	2,8	4,1	0,5
<b>Fester Lebenspartner</b>			
ja	10,8	10,2	3,1
nein	22,8	11,5	4,6

Datenbasis: ALLBUS 1988

die unter dem Gesichtspunkt einer angemessenen AIDS-Prävention zu weit gehen, verweist auf die Wichtigkeit einer rationalen Auseinandersetzung mit der Krankheit AIDS. Notwendig ist die Vermittlung von sachlich richtigen Informationen über Ansteckungsgefahren und Schutzmöglichkeiten und deren Umsetzung in angemessene präventive Vorkeh-

rungen, auch wenn die Realisierung dieses Ziels vor dem Hintergrund einer öffentlichen Diskussion, die sich zwischen den beiden Polen der Übertreibung und Horrormeldungen einerseits und der Verdrängung und Verharmlosung andererseits bewegt, nicht einfach ist.

A. Koch  
(Tel. 0621/18004-29)

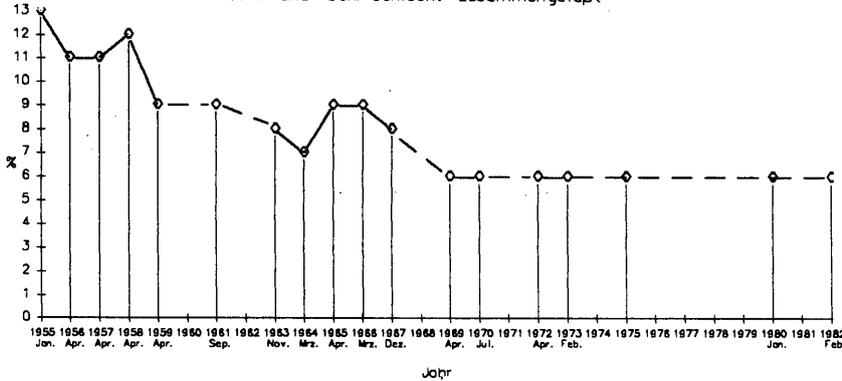
## Sind die Bundesbürger mit ihrer Gesundheit zufrieden?

**Das politische Ziel, daß jeder ein langes und gesundes Leben führen könne, ist in unserer Gesellschaft nicht umstritten. Jedem Einzelnen ist Gesundheit die Voraussetzung, sein Leben entsprechend den eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten zu können, und stellt eine wichtige Komponente der Lebensqualität dar. Will man die Länge des Lebens oder Todesursachen der Bevölkerung näher betrachten, liefert die amtliche Statistik zuverlässige und differenzierte Daten. Viel schwieriger ist es, geeignete Indikatoren zu ermitteln, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung zusammenfassend beschreiben. Der Gesundheitszustand läßt sich nur durch die Einbeziehung vieler Teilaspekte bestimmen.**

Betrachtet man Gesundheit als einen Aspekt von Lebensqualität, dann ist die subjektive Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrer Gesundheit ein wichtiger Indikator. Nicht medizinische Krankheitsbilder sind hier von zentralem Interesse, sondern die eigene subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes einer Person. Die subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit ist nicht gleichzusetzen mit dem Gesundheitszustand, da hier individuelle Ansprüche, persönliche Bewertungen und Vergleichsprozesse zum Tragen kommen. Entsprechend der De-

finition der Weltgesundheitsorganisation gehört neben der Abwesenheit von Krankheit auch das psychische, geistige und soziale Wohlbefinden zur Gesundheit. Besonders auf diesen Aspekt von Gesundheit wird hier näher eingegangen. Das Institut für Demoskopie Allensbach hat seit 1950 die Bundesbürger in repräsentativen Stichproben mit ca. 2000 Befragten regelmäßig nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand befragt. Seit 1955 lautet die einheitliche Fragestellung: »Wie würden Sie im großen und ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?«

Graphik 1: Anteil Befragte mit schlechtem Gesundheitszustand 1955 - 1982  
"Ziemlich schlecht" und "Sehr schlecht" zusammengefaßt



Frage: "Wie würden Sie im großen und ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?"  
Sehr gut - Ziemlich gut - Es geht - Ziemlich schlecht - Sehr schlecht

Datenbasis: Institut für Demoskopie Allensbach, Jahrbuch der Demoskopie (versch. Jahrgänge)

Die Antwortalternativen sind: sehr gut, gut, es geht, ziemlich schlecht, sehr schlecht. Die Daten liegen auf jährlicher Basis vor.

Betrachtet man die Antwortverteilungen, so läßt sich von 1955 bis 1982 eine Tendenz zu einer eher besseren Gesundheitsbewertung feststellen. Der Anteil der Befragten, die ihre Gesundheit mit »ziemlich schlecht« oder »sehr schlecht« eingestuft haben, lag bis Anfang der sechziger Jahre noch zwischen 9 und 13 Prozent.

Seit 1969 hält sich der Wert bei ca. 6 Prozent. Die Anteile von Befragten, die ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« einschätzen, zeigen keinen Trend im Zeitverlauf. Das bedeutet, daß es zwar insgesamt einen Trend zur besseren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes gibt, die Verbesserung allerdings eher bei den mittleren Bewertungen »es geht« und »gut« zu verzeichnen sind.

Am Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim wurden 1978, 1980, 1984 und 1988 mit den Wohlfahrtssurveys repräsentative Umfragen mit jeweils mehr als 2000 Befragten durchgeführt. Anhand dieser Daten werden differenzierte Analysen der Gesundheitszufriedenheit vorgenommen und mit objektiven Merkmalen in Zusammenhang gebracht. Im Vordergrund stehen hier die aktuellen Daten des Wohlfahrtssurveys 1988.

Gesundheit nimmt nicht nur als politisches Ziel, sondern auch in der Einschätzung der Bevölkerung eine besonders wichtige Stelle ein. Auf die Frage nach der Wichtigkeit der Gesundheit für das eigene Wohlbefinden antworteten 1988 mehr als drei Viertel der Befragten mit »sehr wichtig« und knapp ein Viertel der Befragten mit »wichtig«. Nur ein unbedeutender Teil der Bevölkerung sieht Ge-

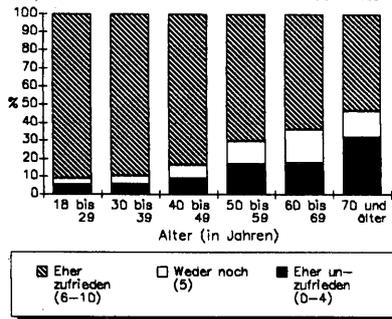
sundheit nicht als wichtig für das eigene Wohlbefinden an.

Zur Gesundheitszufriedenheit wurde in den Wohlfahrtssurveys folgende Frage gestellt: »Alles in allem - Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?« Geantwortet wird anhand einer 11-stufigen Skala von 0 »ganz und gar unzufrieden« bis 10 »ganz und gar zufrieden«. Insgesamt läßt sich in den Wohlfahrtssurveys eine hohe Gesundheitszufriedenheit bei der bundesdeutschen Bevölkerung feststellen. Das arithmetische Mittel liegt 1988 bei 7,3.

Im Vergleich hierzu sind bei den Angaben zu den privaten Lebensbereichen wie Partnerschaft und Familienleben die höchsten Zufriedenheiten zu verzeichnen, während öffentliche Lebensbereiche wie Kirche, politische Partizipation oder Umweltschutz deutlich schlechter bewertet werden.

Die Angaben der Befragten werden im folgenden in drei Kategorien zusammengefaßt: »eher Unzufriedene« bei Skalenwerten von 0 bis 4, die Mittelposition »weder - noch« bei 5 und »eher Zufriedene« bei 6 bis 10.

Graphik 2: Gesundheitszufriedenheit nach Alter



Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1988

Untersucht man diese Personengruppen nach sozioökonomischen Merkmalen, so läßt sich in erster Linie eine Altersabhängigkeit feststellen. Die Unzufriedenheit mit der Gesundheit nimmt mit steigendem Alter deutlich zu. Bei älteren Erwachsenen über 50 Jahren nimmt der Anteil der gesundheitlich eher Unzufriedenen stärker zu. Bei den über 70jährigen erreicht er mit 30 Prozent. Auch bei den folgenden Merkmalen kommen Alterseffekte zum Tragen, allerdings werden auch bei Kontrolle des Alters die berichteten Zusammenhänge registriert.

Frauen bewerten ihre Gesundheitszufriedenheit etwas schlechter als Männer. Zieht man den Familienstand in Betracht, zeigen Ledige und Verheiratete, die mit ihrem Partner zusammenleben, die höchste Gesundheitszufriedenheit. Geschiedene, Getrenntlebende und vor allem Verwitwete äußern sich unzufriedener mit ihrer Gesundheit.

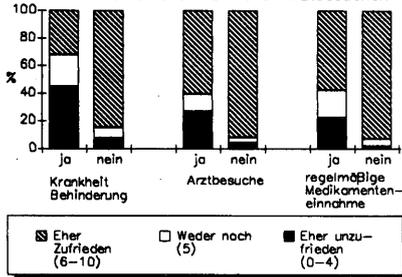
Zwischen Schulbildung und Gesundheitszufriedenheit lassen sich ebenfalls Zusammenhänge finden. So geht ein höherer Schulabschluß mit einer höheren Gesundheitszufriedenheit einher. Der Anteil der eher Unzufriedenen bei Befragten mit Abitur ist mit 5 Prozent relativ gering, während er bei Befragten mit Volksschulbesuch ohne Abschluß bei 20 Prozent liegt.

Auch hinsichtlich der Stellung im Erwerbsleben unterscheiden sich die Angaben zur Gesundheitszufriedenheit. Erwerbstätige zeigen eine höhere Gesundheitszufriedenheit als Nichterwerbstätige, wo der Anteil der eher Unzufriedenen bei 19 Prozent liegt. Hausfrauen äußern eine durchschnittliche Gesundheitszufriedenheit. Unter den Befragten, die erwerbs- oder berufsunfähig sind, ist der Anteil der eher Unzufriedenen mit 52 Prozent besonders hoch. Der objektive Tatbestand einer Gesundheitsbeeinträchtigung, wie er mit einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit gegeben ist, schlägt sich auch bei der subjektiven Bewertung der Gesundheitszufriedenheit nieder.

Im Wohlfahrtssurvey 1988 wurde auch nach weiteren Merkmalen objektiver Gesundheitsbeeinträchtigung gefragt. 15 Prozent der Befragten geben an, dauerhaft krank oder behindert zu sein, wobei auch hier mit zunehmendem Alter der Anteil größer wird. In dieser Personengruppe ist lediglich jeder Dritte mit seiner Gesundheit zufrieden, während fast jeder Zweite Unzufriedenheit artikuliert. Regelmäßig Medikamente nimmt etwa ein Drittel der Befragten; davon sind 29 Prozent mit ihrer Gesundheit eher unzufrieden und 53 Prozent eher zufrieden.

Bei den Befragten, die nicht regelmäßig Medikamente nehmen, sind dagegen über 90 Prozent eher zufrieden und nur 4 Prozent eher unzufrieden mit ihrer Gesundheit. Bei Befragten, die in den letzten sechs Monaten ihren eigenen Angaben zufolge keinen Arzt aufgesucht hatten (40 Prozent der Befragten), ist auch eine hohe Gesundheitszufriedenheit zu verzeichnen: Lediglich 2 Prozent sind unzufrieden. Befragte, die in diesem Zeitraum nur einmal einen Arzt aufgesucht haben, zeigen sich in der Regel auch zufrieden mit ihrer Gesundheit, während Personen, die mehrmals einen Arzt aufsuchen, sich deutlich unzufriedener zeigen. In unserer Gesellschaft, in der fast die gesamte Bevölkerung in das System der Gesundheitssicherung integriert ist, suchen offenbar Personen, die sich gesundheitlich beeinträchtigt fühlen, in der Regel auch einen Arzt auf.

Graphik 3: Gesundheitszufriedenheit nach Krankheit o. Behinderung, regelm. Medikamenteneinnahme u. Arztbesuchen



Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1988

Insgesamt lassen die Daten aus den Wohlfahrtssurveys über den Zeitraum von 10 Jahren keinen Trend der Gesundheitszufriedenheit erkennen. Gesundheit hat in der gesamten Bevölkerung einen hohen Stellenwert und unterliegt keinem Einstellungswandel. Eine niedrige Gesundheitszufriedenheit geht mit höherem Alter, geringer Schulbildung, Nichterwerbstätigkeit und geschieden oder verwitwet sein — besonders aber Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, dauerhafter Krankheit oder Behinderung, regelmäßiger Medikamenteneinnahme und mehreren Arztbesuchen im letzten halben Jahr einher.

S. Weick  
(Tel. 0621/18004-13)

## Jugendliche und junge Erwachsene besonders unfallgefährdet

### Die Entwicklung des Unfallrisikos im Straßenverkehr bei verschiedenen Altersgruppen

Im Jahr 1986 wurden in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Westberlin 443217 Personen bei Straßenverkehrsunfällen verletzt und 8948 getötet. Die Teilnahme am Personenverkehr ist nicht nur eine Voraussetzung für die umfassende Teilnahme am öffentlichen Leben, sie enthält gleichzeitig ein nicht unerhebliches Risiko zu verunglücken. Generelle Tempolimits in Wohngebieten und auf Autobahnen, Führerschein auf Probe, Helmpflicht auch für Radfahrer, regelmäßige Kontrollen der Fahrtauglichkeit alter Menschen und besondere Rücksichtnahme auf Schulanfänger sind beispielsweise politische Maßnahmen, Vorschläge oder Appelle, die zur Minderung des Verkehrsrisikos beitragen sollen. Die zum Teil kontroverse Diskussion in der Öffentlichkeit zeigt, daß ihre spezifischen Beiträge zur Verbesserung der Sicherheit des Personenverkehrs unterschiedlich bewertet werden.

Die Möglichkeiten einer umfassenden Teilnahme am privaten Personenverkehr sind für weite Bevölkerungskreise seit Gründung der Bundesrepublik erheblich gestiegen. Die größere räumliche Mobilität hat auch die individuellen Lebenschancen und die Lebensqualität von Personen verbessert. Eine Kehrseite dieser Entwicklung ist das nicht unbedeutende Unfallrisiko, dessen Reduzierung zu den allgemein akzeptierten Zielen der Verkehrspolitik gehört. Im folgenden soll zunächst dargestellt werden, wie sich das Unfallrisiko der Gesamtbevölkerung langfristig entwickelt hat. Anschließend wird den Fragen nachgegangen, inwieweit die verschiedenen Altersgruppen und die verschiedenen Arten der Verkehrsteilnahme ein von der generellen Entwicklung abweichendes sowie ein im Vergleich zum Durchschnitt höheres oder niedrigeres Risiko aufweisen. Im nächsten Schritt werden dann beide Fragen miteinander kombiniert. Auf diese Weise lassen sich typische Risikogruppen und Risikoarten der Verkehrsteilnahme identifizieren. Risikomindernde verkehrspolitische Maßnahmen können allein aus diesen Ergebnissen noch nicht abgeleitet werden. Sie tragen aber dazu bei, die Unfallursachenforschung auf die dringendsten Problemfelder zu lenken und damit effizienter zu machen.

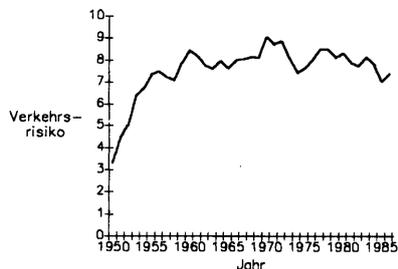
Das Unfallrisiko wird gemessen als Anzahl der Verunglückten, d.h. der Verletzten und Getöteten pro 1000 Personen einer bestimmten Altersgruppe bzw. der Gesamtbevölkerung. Es bezieht sich im vorliegenden Beitrag nur auf die Teilnahme am Straßenverkehr und läßt damit den Personenverkehr auf der Schiene, dem Wasser und in der Luft unberück-

sichtigt. Diese Vorgehensweise ist methodisch bedingt aber insofern unproblematisch, als Eisenbahnverkehr, Binnenschifffahrt und Luftverkehr im Vergleich zum Straßenverkehr ein quantitativ unbedeutendes Risiko aufweisen. Das Unfallrisiko insgesamt liegt deshalb nur geringfügig über dem Straßenverkehrsrisiko. Im Jahr 1986 betrug das Risiko der Gesamtbevölkerung, im Straßenverkehr zu verunglücken 7,40. Das Unfallrisiko insgesamt dagegen lag bei 7,44 Verunglückten pro 1000 Personen. Aufgrund einer unzureichenden Datenbasis kann das Unfallrisiko insgesamt nur weitaus weniger differenziert berechnet werden als das Straßenverkehrsrisiko. In der jüngsten Zeit wurde die Zuverlässigkeit der Verkehrsunfallstatistik problematisiert. Es ist unbestreitbar, daß die amtlichen Zahlen fehlerbehaftet sind. Andererseits weisen die Angaben über die im Straßenverkehr Verletzten und Getöteten Personen nicht so große Fehlerspannen auf, daß sie als Datenbasis für die Sozialberichterstattung wertlos wären.

#### Kein einheitlicher Trend bei der langfristigen Entwicklung des Unfallrisikos

Betrachtet man die langfristige Entwicklung des Unfallrisikos der Gesamtbevölkerung, dann fällt zunächst die nahezu kontinuierliche Zunahme in den fünfziger Jahren ins Auge (vgl. Graphik 1). Im Jahr 1950 lag es bei 3,33 Verunglückten pro 1000 Personen. Dieser Wert stieg bis 1960 auf 8,47. Das entspricht einer Steigerung auf das ungefähr Zweieinhalbfache. In den sechziger Jahren dagegen kann allenfalls ein leicht steigender Trend des Unfallrisikos festgestellt wer-

Graphik 1: Verkehrsrisiko der Bevölkerung 1950 bis 1986

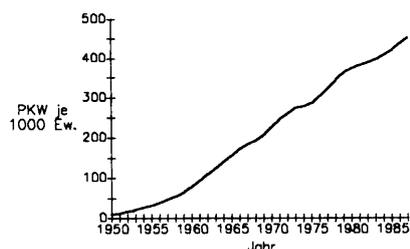


Datenbasis: Statistisches Bundesamt

den. Der bislang höchste Wert wurde im Jahr 1970 mit 9,08 Verunglückten pro 1000 Personen erreicht. In den siebziger und vor allem den achtziger Jahren weist das Unfallrisiko der Gesamtbevölkerung eine leicht fallende Tendenz auf. Sucht man nach außergewöhnlichen Ausschlägen in der Zeitreihe, dann sind neben den bereits erwähnten Gipfeln um die Jahre 1960 und 1970 auch die beiden ausgeprägten Täler um 1958 und insbesondere um 1974 zu erwähnen.

Ein zentraler Indikator der quantitativen Entwicklung des Straßenverkehrs ist der Bestand an Personenkraftwagen je 1000 Einwohner (vgl. Graphik 2). Hier ist eine kontinuierliche Zunahme von 11 Personenkraftwagen im Jahr 1950 bis auf 456 Personenkraftwagen je 1000 Einwohner im Jahr 1987 festzustellen. Vergleicht man den fast linearen Verlauf dieses Indikators mit der Entwicklung des Unfallrisikos, so zeigen sich abgesehen von der Steigerung in den fünfziger Jahren keine Gemeinsamkeiten. Daraus kann die Schlußfolgerung gezogen werden, daß der zwischen Verkehrsaufkommen und Unfallrisiko bestehende Zusammenhang durch verkehrserzieherische, verkehrstechnische und verkehrspolitische Maßnahmen abgeschwächt oder sogar aufgehoben wird.

Graphik 2: Bestand an Personenkraftwagen 1950 bis 1987 (je 1000 Ew.)



Datenbasis: Statistisches Bundesamt

### Erhebliche Unterschiede des Unfallrisikos verschiedener Altersgruppen

Das Unfallrisiko der verschiedenen Altersgruppen weist zum Teil erhebliche Unterschiede auf (vgl. Tabelle 1). Dieser Tatbestand hat verschiedene Ursachen: Er ist sowohl auf den Grad, d.h. die Häufigkeit und den Umfang, als auch auf die Art der Teilnahme am Straßenverkehr zurückzuführen. Darüber hinaus spielen auch Faktoren wie beispielsweise Verkehrskompetenz, Risikobereitschaft und Reaktionsfähigkeit, die altersspezifisch unterschiedlich ausgeprägt sind, eine gewisse Rolle.

Tabelle 1: Unfallrisiko verschiedener Altersgruppen 1965 bis 1986

	1965	1970	1975	1980	1985	1986
unter sechs Jahre	2,69	3,40	3,52	3,45	2,95	
6 bis u. 10 Jahre		7,26	6,15	6,75	5,96	4,90
10 bis u. 15 Jahre		5,55	4,95	5,94	5,78	
15 bis u. 18 Jahre	12,29	16,00	18,55	21,24	17,72	16,73
18 bis u. 25 Jahre	18,93	25,31	20,16	21,79	17,07	18,19
25 bis u. 65 Jahre	7,46	8,69	6,61	6,64	5,60	6,05
65 und mehr Jahre	3,68	3,99	3,48	3,51	3,13	3,29
Insgesamt	7,61	9,08	7,64	8,34	7,05	7,40

Datenbasis: Statistisches Bundesamt

Im beobachteten Zeitraum von 1965 bis zur Gegenwart lag das Unfallrisiko sowohl der Kinder bis 6 Jahren als auch das der alten Menschen ab 65 Jahren jeweils um mehr als die Hälfte unter dem Unfallrisiko der Gesamtbevölkerung. In erster Linie liegt das an der relativ geringen Verkehrsteilnahme dieser beiden Altersgruppen. Erheblich höher als das Unfallrisiko der Gesamtbevölkerung ist das der 15- bis 18jährigen sowie der 18- bis 25jährigen. Im Jahr 1985 lag es für beide Altersgruppen mit 17,72 bzw. 17,07 Verunglückten pro 1000 Personen um rund das Zweieinhalbfache über dem Unfallrisiko der Gesamtbevölkerung, das in diesem Jahr den Wert 7,05 erreichte. Es ist zu vermuten, daß das hohe Unfallrisiko dieser beiden Altersgruppen nicht nur auf die Art und Häufigkeit ihrer Verkehrsteilnahme, sondern auch auf unzureichende spezifische Formen der Verkehrskompetenz sowie eine stark ausgeprägte Risikobereitschaft zurückzuführen ist.

Betrachtet man die Entwicklung des Unfallrisikos beider Altersgruppen seit 1965, dann zeigt sich eine deutliche Angleichung. In der zweiten Hälfte der

sechziger Jahre und auch noch zu Beginn der siebziger Jahre lag das Unfallrisiko der 15- bis 18jährigen jeweils nur bei rund zwei Dritteln des Risikos der 18- bis 25jährigen. Seit der Mitte der siebziger Jahre bewegt es sich nun auf annähernd gleich hohem Niveau. Dieser Tatbestand dürfte hauptsächlich auf eine in den letzten Jahren gestiegene Verkehrsteilnahme von motorisierten Jugendlichen der Altersgruppe der 15- bis 18jährigen zurückzuführen sein.

Das Gesamtrisiko, im Straßenverkehr zu verunglücken, setzt sich aus den Teilrisiken für die verschiedenen Arten der Verkehrsteilnahme zusammen. Im vorlie-

genden Beitrag werden vier Arten der Verkehrsteilnahme unterschieden: als Fahrer und Mitfahrer von Fahrrädern, von Krafträdern, von Kraftwagen bzw. Personenkraftwagen sowie als Fußgänger. Die verschiedenen Arten der Verkehrsteilnahme tragen in ganz unterschiedlichem Ausmaß zum gesamten Unfallrisiko bei (vgl. Tabelle 2). Das ist sowohl eine Folge ihrer relativen Häufigkeit als auch ihrer spezifischen Gefährlichkeit.

Im Zeitraum von 1965 bis zur Gegenwart entfällt jeweils mehr als die Hälfte des gesamten Unfallrisikos auf die Teilnahme als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen bzw. Personenkraftwagen. Die drei anderen Arten der Verkehrsteilnahme tragen dementsprechend in weitaus geringerem Umfang zum gesamten Unfallrisiko bei. Im Zeitablauf hat sich allerdings ihre relative Bedeutung verschoben. Das Unfallrisiko als Fußgänger lag im Jahr 1965 mit 1,29 Verunglückten pro 1000 Personen über dem Risiko als Fahrer und Mitfahrer von Krafträdern mit 0,95 sowie dem Risiko als Fahrradfahrer mit 0,73. Dagegen war im Jahr 1985 mit 1,14 Verunglückten pro 1000 Personen

**Tabelle 2: Unfallrisiko nach Art der Verkehrsteilnahme 1965 bis 1986**

	1965	1970	1975	1980	1985	1986
als Fahrer und Mitfahrer von						
... Fahrrädern	0,73	0,70	0,68	0,84	0,98	1,03
... Mofas, Mopeds, Motorrädern	0,95	0,80	1,17	1,60	1,31	1,14
... Personenkraftwagen*	4,59	6,17	4,73	4,65	3,77	4,22
als Fußgänger	1,29	1,38	1,04	0,97	0,74	0,76
Insgesamt	7,61	9,08	7,64	8,34	7,05	7,40

\* bis 1975 als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen, ab 1980 als Fahrer und Mitfahrer von Personenkraftwagen

Datenbasis: Statistisches Bundesamt

das Unfallrisiko als Fahrer und Mitfahrer von Kraftfahrzeugen größer als das Risiko, mit dem Fahrrad zu verunglücken, und dieses wiederum übertraf das Risiko als Fußgänger.

Das Risiko, bei einem Straßenverkehrsunfall getötet zu werden, ist im Vergleich zum entsprechenden Verletzungsrisiko sehr gering (vgl. Tabelle 3). Im Jahr 1970 betrug die Relation zwischen Verkehrstoten und Verletzten 3,61, und im Jahr 1985 sogar nur 2,99 Getötete pro 100 Verletzte. Wie das Unfallrisiko weist

**Tabelle 3: Relation zwischen Verkehrstoten und Verletzten bei verschiedenen Altersgruppen und Arten der Verkehrsteilnahme 1970 und 1985**

	Getötete pro 100 Verletzte	
	1970	1985
unter 6 Jahre	3,90	1,45
6 bis u. 10 Jahre	2,91	1,09
10 bis u. 15 Jahre	2,64	0,84
15 bis u. 18 Jahre	2,36	1,23
18 bis u. 25 Jahre	2,59	1,81
25 bis u. 65 Jahre	3,35	1,91
65 und mehr Jahre	14,42	6,32
als Fahrer und Mitfahrer von		
... Fahrrädern	4,53	1,30
... Mofas, Mopeds, Motorrädern	3,31	1,77
... Personenkraftwagen*	2,65	1,85
als Fußgänger	7,82	4,13
Insgesamt	3,61	1,99

\* 1970 als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen

Datenbasis: Statistisches Bundesamt

auch die Relation zwischen Verkehrstoten und Verletzten zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen und Arten der Verkehrsteilnahme auf. Sie ist bei den Verkehrsteilnehmern ab 65 Jahren deutlich höher als bei den jüngeren Altersgruppen und liegt bei Fußgängern über den anderen Arten der Teilnahme am Straßenverkehr.

Die meisten Unfallopfer im Straßenverkehr verunglückten als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen bzw. Personenkraftwagen. An diesem Ergebnis hat sich im Zeitablauf nichts Wesentliches verändert; es ist allerdings nicht für alle Altersgruppen gleichermaßen zutreffend. Aufgrund von Unterschieden in den typischen Formen der Verkehrsteilnahme weichen die Ergebnisse für Kinder und Jugendliche, aber auch für ältere Men-

schen zum Teil erheblich davon ab (vgl. Tabelle 4). Jeweils ungefähr die Hälfte der Unfallopfer unter 6 Jahren sowie der 6- bis 10jährigen verunglückten als Fußgänger. Die Altersgruppe der 10- bis 15jährigen dagegen wird am häufigsten als Fahrradfahrer Opfer eines Straßenverkehrsunfalles. Die 15- bis 18jährigen wiederum verunglückten zumeist als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen. Lediglich bei den beiden Altersgruppen der 18- bis 25jährigen sowie der 25- bis 65jährigen sind jeweils deutlich mehr als die Hälfte der Unfallopfer Fahrer und Beifahrer von Kraftwagen bzw. Personenkraftwagen. Mit mehr als einem Drittel der Unfallopfer spielt diese Form zu verunglücken auch bei den älteren Menschen ab 65 Jahren eine bedeutende Rolle. Aber fast ebenso viele Unfallopfer dieser Altersgruppe verunglücken als Fußgänger.

Bedingt durch die unterschiedliche Höhe des gesamten Unfallrisikos der verschiedenen Altersgruppen lassen sich die dringenden verkehrspolitischen Problemfelder, d.h. die eigentlichen Risikogruppen mit den zugehörigen Risikohandlungen, auf der Grundlage der vorangegangenen Anteilswerte nicht in allen Fällen korrekt identifizieren. Beispielsweise liegt das Risiko der 25- bis 65jährigen, als Fahrer und Mitfahrer von Personenkraftwagen zu verunglücken, im Jahr 1985 mit 3,63 Verunglückten pro 1000 Personen noch knapp unter dem entsprechenden Risiko der Gesamtbevölkerung, obwohl mit fast 65 gegenüber 54 Prozent ein deutlich höherer Anteil der Unfallopfer Fahrer und Mitfahrer von Personenkraftwagen sind.

**Tabelle 4: Anteil der Verunglückten verschiedener Altersgruppen nach Art der Verkehrsteilnahme 1970 bis 1985**

	als Fahrer und Mitfahrer von ...						als Fußgänger					
	Fahrrädern			Mofas, Mopeds, Motorrädern			Personenkraftwagen					
	1970	1980	1985	1970	1980	1985	1970*	1980	1985	1970	1980	1985
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
unter 6 Jahre	3,5	8,7	11,9	0,3	0,4	0,3	42,0	37,8	41,3	53,8	51,6	45,2
6 bis u. 10 Jahre	18,1	28,3	32,1	0,3	0,4	0,3	20,7	21,5	22,7	60,8	48,5	43,1
10 bis u. 15 Jahre	40,1	48,9	54,8	2,4	4,9	3,5	26,7	21,9	20,1	30,5	22,3	18,9
15 bis u. 18 Jahre	10,5	8,7	14,8	41,9	64,9	61,5	39,3	21,1	18,6	8,1	4,4	4,1
18 bis u. 25 Jahre	2,1	2,9	6,7	10,0	23,8	24,1	83,5	67,5	63,7	4,3	3,3	3,4
25 bis u. 65 Jahre	5,9	7,5	12,3	6,2	7,9	9,5	78,0	70,8	64,8	9,4	8,6	8,3
65 und m. Jahre	12,5	15,9	18,9	5,1	5,3	3,9	38,3	37,4	38,4	42,7	35,8	33,0
Insgesamt	7,7	10,0	13,9	8,8	19,2	18,6	67,9	55,7	53,5	15,2	11,6	10,5

\* als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen

Datenbasis: Statistisches Bundesamt

### Jugendliche Motorradfahrer und junge Autofahrer mit dem höchsten Unfallrisiko

Wenn man das Unfallrisiko gleichzeitig nach verschiedenen Altersgruppen und Arten der Verkehrsteilnahme differenziert, dann kristallisieren sich insbesondere zwei konkrete Problemfelder heraus: die 15- bis 18jährigen als Fahrer und Mitfahrer von Krafträdern sowie die 18- bis 25jährigen als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen bzw. Personenkraftwagen (vgl. Tabelle 5). Beide Altersgruppen weisen sowohl absolut als auch relativ

sehr hohe entsprechende Verkehrsrisiken auf. Im Jahr 1985 wurden mehr als ein Prozent der 15- bis 18jährigen als Fahrer und Mitfahrer von Krafträdern und annähernd der gleiche Prozentsatz der 18-25jährigen als Fahrer und Mitfahrer von Personenkraftwagen bei einem Verkehrsunfall verletzt oder sogar getötet. Effiziente politische Maßnahmen zur Reduktion des Unfallrisikos sollten deshalb in erhöhtem Maße auf diese Altersgruppen und diese Arten der Teilnahme am Straßenverkehr zugeschnitten sein.

E. Wiegand  
(Tel. 0621/18004-15)

**Tabelle 5: Unfallrisiko verschiedener Altersgruppen nach Art der Verkehrsteilnahme 1970 bis 1985**

	als Fahrer und Mitfahrer von ...									als Fußgänger			
	Fahrrädern			Mofas, Mopeds Motorrädern			Personen- kraftwagen			1970	1980	1985	
	1970	1980	1985	1970*	1980	1985	1970	1980	1985				
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
unter 6 Jahre	0,12	0,30	0,35	0,01	0,02	0,01	1,43	1,31	1,22	1,83	1,78	1,33	
6 bis u. 10 Jahre	1,31	1,91	1,91	0,02	0,03	0,02	1,50	1,45	1,35	4,42	3,27	2,57	
10 bis u. 15 Jahre	2,23	2,91	3,17	0,13	0,29	0,20	1,48	1,30	1,16	1,70	1,33	1,09	
15 bis u. 18 Jahre	1,68	1,85	2,62	6,69	13,78	10,91	6,29	4,49	3,30	1,30	0,93	0,73	
18 bis u. 25 Jahre	0,54	0,64	1,15	2,52	5,18	4,12	21,14	14,70	10,87	1,08	0,72	0,57	
25 bis u. 65 Jahre	0,51	0,50	0,69	0,54	0,53	0,53	6,77	4,70	3,63	0,82	0,57	0,46	
65 und m. Jahre	0,50	0,56	0,59	0,20	0,19	0,12	1,53	1,31	1,20	1,70	1,26	1,03	
Insgesamt	0,70	0,84	0,98	0,80	1,60	1,31	6,17	4,65	3,77	1,38	0,97	0,74	

\* als Fahrer und Mitfahrer von Kraftwagen  
Datenbasis: Statistisches Bundesamt

## Données Sociales 1987

— Ein aktueller Sozialbericht für Frankreich —

Die Vielfalt der sozialen Wirklichkeit beschreiben — dies ist das Motto der französischen Sozialberichte »Données Sociales«, die seit 1973 in dreijähriger Folge erscheinen. Unter der Herausgeberschaft des nationalen statistischen Instituts (INSEE) tragen Spezialisten verschiedener Disziplinen — Ökonomen, Statistiker, Soziologen aus Wissenschaft und Administration — gemeinsam dazu bei, ein jeweils aktuelles Bild der französischen Gesellschaft im Zahlenspiegel zu entwerfen. Die sechste Ausgabe der »Sozialdaten« aus dem Jahr 1987 enthält auf über 600

Seiten 87 Einzelbeiträge, die 12 thematischen Schwerpunkten zugeordnet sind:

- Bevölkerung und Sozialstruktur (mit einer Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2010),
- Arbeitsmarkt und Beschäftigung
- Ökonomische und soziale Arbeitsbedingungen
- Haushaltseinkommen und das System sozialer Sicherung
- Urbanisierung und räumliche Verteilung der Bevölkerung (einschl. Wohnungsversorgung)
- Lebens- und Konsumstile

- Gesundheit
- Familie
- Bildung
- Kultur
- Justiz
- Wahlen

Jedes Thema wird in der Regel von einem Überblicksbeitrag eingeleitet, der die Politik der letzten Jahre beschreibt (z.B. die Familien- und/oder Hintergrundinformationen über nationale Besonderheiten (z.B. des Bildungs- und Rechtssystems) gibt. Es folgen Textbeiträge zu ausgewählten Einzelproblemen. Die überwiegend der amtlichen Statistik entnommenen Daten werden in Form von Tabellen, Übersichten, graphischen Darstellungen und Karten zum Teil farbige aufbereitet und in den begleitenden Texten erläutert. Begriffsklärungen, Definitionen und zum Verständnis notwendige Detailinformationen sowie Literaturhinweise ergänzen die Textbeiträge. Die »Sozialdaten« vermitteln ein aktuelles Bild Frankreichs und seiner jüngsten gesellschaftlichen Entwicklung, auch wenn die einzelnen Beiträge in Qualität und Anschaulichkeit differieren. Für die Zukunft wäre allerdings wünschenswert, den einen oder anderen Schwerpunkt zu vertiefen — wie z.B. den Bereich der politischen Beteiligung: Hier wird lediglich die Wahlbeteiligung berücksichtigt, andere, auch unkonventionelle Formen politischer Partizipation werden ausgeklammert. Auch die seit längerem ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückte Umweltproblematik wird in der 1987er Ausgabe der *Données Sociales* (noch?) nicht behandelt. Hierin zeigt sich jedoch ein generelles Problem von Sozialberichterstattung, die auf jeweils schon geleistete Forschungen in den Einzeldisziplinen angewiesen ist.

Abgesehen von derartigen punktuellen Mängeln bieten die *Données Sociales* dem Leser eine Fülle von Informationen über die französische Gesellschaft und deren Wandlungstendenzen, die sachlich klar strukturiert und mit modernsten technischen Mitteln optisch ansprechend aufbereitet sind. In Kontinuität und Aktualität der Dokumentation, Vielfalt der behandelten Themen und sachlicher Differenziertheit der Darstellung und nicht zuletzt mit der gewählten Form der Präsentation setzen die *Données Sociales* auch international Maßstäbe für eine auf Dauer gestellte Sozialberichterstattung. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Hrsg.): *Données Sociales 1987*. Paris: Imprimerie Nationale. 625 S., 220,— FF.

A. Pfenning  
(Tel. 0621/18004-16)

## Gesundheitsberichterstattung

### Themenschwerpunkt auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

»Gesundheitsberichterstattung — Beiträge aus Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken, aus Prozeßdaten und Surveys« war einer der Themenschwerpunkte auf der 24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vom 15.-17. September 1988 in Hannover. Den Hintergrund für das wachsende Interesse an Fragen der Gesundheitsberichterstattung bilden die zwei bisher vorliegenden Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Der Rat weist darin auf die ungenügenden Datengrundlagen sowie die vielfach fehlenden Zielkonkretisierungen im Gesundheitsbereich hin. Beides sind jedoch wesentliche Voraussetzungen für Soll-Ist-Vergleiche als Basis einer rationalen Gesundheitspolitik.

Entsprechend dieser vielfach erhobenen Forderung nach Zielkonkretisierungen im Gesundheitsbereich und einer stärkeren Outputorientierung von Gesundheitsindikatoren im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung wurden einleitend zu diesem Themenschwerpunkt Vorträge zu »Prioritären Gesundheitszielen« von Mitgliedern der gleichnamigen Projektgruppe gehalten. Die Projektgruppe erarbeitet im Auftrag der Bundesregierung und der Spitzenverbände der Ärzte und Zahnärzte eine Bestandsaufnahme vorrangiger Gesundheitsprobleme in den einzelnen Altersabschnitten des Lebens und leitet daraus anzustrebende Gesundheitsziele ab.

Weitere Referate beschäftigten sich mit der Etablierung einer Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und betrieblicher Ebene. Die Konzeption eines betrieblichen Gesundheitsberichts ist ein vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördertes Forschungsvorhaben einer Projektgruppe der Betriebskrankenkassen. In diesem betrieblichen Gesundheitsbericht sollen Informationen über Arbeitsplatzmerkmale aus Betrieben, medizinische Daten aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Arbeitsunfähigkeitsdaten der Betriebskrankenkassen zusammengeführt werden. Vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen.

Ein Problem der Gesundheitsberichterstattung besteht auch darin, unterschiedliche Datenquellen, die sich zudem auf

differente Grundgesamtheiten beziehen können, und unterschiedliche Disziplinen effektiv zusammenwirken zu lassen. Diese Problematik wurde in einem Vortrag zur Gesundheitsberichterstattung als Infrastrukturproblem behandelt. Die übrigen Referate beschäftigten sich u.a. mit mortalitätsstatistischen Untersuchungen, dem Aufbau und der Nutzung

von Krebsregistern, Tendenzen der Medikamenteneinnahme, der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen sowie subjektiven Indikatoren der Gesundheitslage.

Die Vielfalt der vorgestellten Beiträge spiegelt die unterschiedlichen Problemdefinitionen der Disziplinen wider und läßt die verschiedenartigen Tendenzen erkennen, aus denen sich Mediziner, Psychologen, Soziologen und Ökonomen mit der Gesundheitsberichterstattung beschäftigen.

*P. Zollmann  
(Tel. 030/838-5216)*

## Sozialindikatorenforschung auf dem Soziologentag in Zürich

### — Neuer Vorstand der DGS-Sektion Soziale Indikatoren —

Die Sektion Soziale Indikatoren der Deutschen Gesellschaft für Soziologie hat auf dem gemeinsamen Kongreß der deutschen, österreichischen und schweizerischen Soziologen »Kultur und Gesellschaft«, der vom 4. bis 7. Oktober 1988 in Zürich stattfand, zwei Arbeitssitzungen veranstaltet. Das Programm, das Vorträge von Wissenschaftlern aus der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz enthielt, hatte Friedhelm Gehrman (Köln) zusammengestellt, der auch die Diskussionen des ersten Nachmittags leitete.

Diese Veranstaltung stand unter der Thematik »Sozialberichterstattung für Regionen, Nationen und die Weltgesellschaft«. R. Berger-Schmitt, P. Krause und T. Riede (Mannheim) stellten Trends der Wohlfahrtentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland für den Zeitraum von 1978 bis 1988 vor und berichteten über erste Ergebnisse des »Wohlfahrtssurveys 1988«. G. Müller (Zürich) präsentierte eine Datensammlung zu Struktur und Wandel des Weltsystems seit 1970, das Datenhandbuch »Comparative World Data«. H.-H. Noll (Mannheim) beschäftigte sich mit Problemen und Möglichkeiten der Beobachtung gesellschaftlicher Entwicklungstrends und berichtete über das von Sozialwissenschaftlern aus vier Ländern durchgeführte Projekt »Comparative Charting of Social Change«. K. Weber (Bern) stellte ein für die schweizerische Forschungsförderung entwickeltes

»Frühwarnsystem« vor und diskutierte dessen Bedeutung für die Sozialberichterstattung.

Unter der Diskussionsleitung von Wolfgang Glatzer (Frankfurt) behandelte die zweite Sitzung der Sektion Beiträge zur Sozialberichterstattung für ausgewählte Lebensbereiche. Hierzu stellte R. Homan (Zürich) zu Beginn empiriekritische Überlegungen zum Thema »Kultur und Zukunft« an. G. Deetjen (Ludwigsburg) präsentierte ein Konzept für Indikatoren der Kulturentwicklung auf der Basis von Inhaltsanalysen. Ch. Siara (Mannheim) stellte Ergebnisse seiner empirischen Untersuchungen über Leiderfahrungen und Leidbewußtsein der bundesdeutschen Bevölkerung auf der Basis der Wohlfahrtssurveys von 1978 bis 1988 vor. H. Denz (Bregenz) beschäftigte sich mit der Eignung verschiedener Indikatoren für die Messung von regionalen Differenzen des politischen Konservatismus. M. Diebold (Berlin) referierte über »informelle Beziehungen als gesellschaftliche Ressourcen« und stellte dazu aktuelle Trendinformationen vor.

Auf der abschließenden Jahreshauptversammlung der Sektion wurde ein neuer Vorstand gewählt. Nachfolger des bisherigen Vorsitzenden Friedhelm Gehrman, der nach fünfjähriger Amtszeit nicht wieder kandidierte, wurde Wolfgang Glatzer. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde Heinz-Herbert Noll gewählt.

*H.-H. Noll  
(Tel. 0621/18004-14)*

## Internationale Tagung Soziale Indikatoren in Budapest

Vom 23. bis 26. August 1988 trafen sich Sozialindikatorenforscher aus mehreren Ländern an der Karl-Marx-Universität in Budapest zu einem intensiven Erfahrungsaustausch. Gastgeber und Organisator der Tagung war Professor Rudolf Andorka. Aus der Bundesrepublik haben Wolfgang Glatzer (Universität Frankfurt) und Heinz-Herbert Noll (ZUMA) an der Veranstaltung teilgenommen. Ein Schwerpunkt der Vorträge und Diskussionen war die Frage nach dem aktuellen Stand und den weiteren Perspektiven der Sozialberichterstattung und Sozialindikatorenforschung in verschiedenen östlichen und westlichen Gesellschaften. Gegenstand des Treffens war zudem die beabsichtigte Gründung

eines Research Committees »Social Indicators« innerhalb der International Sociological Association. Es wurde vereinbart, sich an dem 1990 in Madrid stattfindenden Weltkongreß für Soziologie zu beteiligen und dort Arbeitsgruppensitzungen zu veranstalten. Die vorläufig festgelegten Themenschwerpunkte sind: (1) internationale Vergleiche des sozialen Wandels; (2) neuere nationale Untersuchungen zum Wandel der Lebensbedingungen und der Lebensqualität; (3) Methoden- und Anwendungsprobleme von sozialen Indikatoren in Gesellschaften auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen.

*H.-H. Noll*  
(Tel. 0621/18004-14)

### Tagungsankündigung

#### Internationale Konferenz Sozialberichterstattung

18.-20. September 1989  
Wissenschaftszentrum (WZB) Berlin

##### Themenschwerpunkte:

- Sozialindikatorenforschung: Stand und neuere Entwicklungen
- Sozialberichterstattung und Quality-of-Life-Surveys
- »Monitoring the Future« — Perspektiven und Implikationen

##### Veranstalter:

- Sonderforschungsbereich 3 »Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik« der Universitäten Frankfurt a.M. und Mannheim
- Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- ZUMA-Abteilung Soziale Indikatoren, Mannheim

##### Nähere Informationen bei:

Roland Habich  
Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung  
Wissenschaftszentrum Berlin  
Reichpietschufer 50  
D-1000 Berlin 30

### Impressum

#### Herausgeber:

Zentrum für Umfragen, Methoden  
und Analysen (ZUMA) e.V.  
Abteilung Soziale Indikatoren  
Postfach 122155  
D-6800 Mannheim 1  
Tel. (0621) 18004-0

#### Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Heinz-Herbert Noll

#### Redaktion dieser Ausgabe:

Erich Wiegand

#### Satz und Druck:

Verlag Pfälzische Post GmbH  
Maximilianstr. 31  
6730 Neustadt/Weinstraße

ISSN 0935-218X