

Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen

Band 41

Impressum

Herausgeber :
Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik Nordrhein-Westfalen

Redaktion:
Bianca Oswald, Hans Lohmann

Preis der gedruckten Ausgabe: 2,50 EUR
Eine kostenlose PDF-Version dieser
Ausgabe finden Sie zum Download
im Webshop des LDS NRW.

Erscheinungsfolge: unregelmäßig

Bestellungen nehmen entgegen:

das Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik NRW,
Postfach 10 11 05,
40002 Düsseldorf,
Mauerstraße 51,
40476 Düsseldorf
Telefon: 0211 9449-2172/3516
Telefax: 0211 442006
Internet: <http://www.lds.nrw.de>
E-Mail: poststelle@lds.nrw.de

sowie der Buchhandel.

Pressestelle:
0211 9449-2521/2518

Zentraler Informationsdienst:
0211 9449-2495/2525

© Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik NRW, Düsseldorf, 2007

Vervielfältigung und Verbreitung,
auch auszugsweise, mit Quellenangabe
gestattet.

Bestell-Nr. Z 08 1 2007 52

ISSN 1619-506X

Inhalt

Gesundheit und Erwerbsbeteiligung	3
Diplom-Statistikerin Maria Frese, Norbert Merschmann	
Aufwendungen und Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien 2004	19
Heike Schrankel, Diplom-Statistiker Josef Schäfer	
Index	23

Zeichenerklärung

(nach DIN 55 301)

- 0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
- nichts vorhanden (genau null)
- . Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
- . . . Zahlenwert lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor
- () Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann
- / keine Angabe, da der Zahlenwert nicht sicher genug ist
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- p vorläufige Zahl
- r berichtigte Zahl

Abweichungen in den Summen erklären sich aus dem Runden der Einzelwerte.

Gesundheit und Erwerbsbeteiligung

Diplom-Statistikerin Maria Frese, Norbert Merschmann

Dieser Beitrag beschreibt den Gesundheitszustand der nordrhein-westfälischen Bevölkerung in Abhängigkeit von ihrer Erwerbsbeteiligung. Im Vordergrund steht die Frage, ob sozioökonomische Unterschiede innerhalb und zwischen den Gruppen der Erwerbstätigen, der Erwerbslosen und der Nichterwerbspersonen Auswirkungen auf deren gesundheitliche Situation besitzen.

1 Einleitung

1.1 Ziel der Untersuchung

Gesundheit ist ein wichtiger persönlicher, aber auch gesellschaftlicher Wert. Sie zu erhalten ist sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft von herausragender Bedeutung. Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung müssen daher auch in Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen untersucht werden. Insbesondere erfordern die gestiegenen Arbeitslosenzahlen eine stärkere Betrachtung der mit ihnen möglicherweise verbundenen Gesundheitsproblematik. Ebenso wichtig ist es, Arbeitssituationen, die die Gesundheit der Erwerbstätigen belasten, zu erkennen und darauf zu reagieren. Diese Untersuchung setzt sich deshalb sowohl mit dem gesundheitlichen Befinden der Erwerbstätigen als auch dem der Erwerbslosen auseinander. Die Berücksichtigung der Nichterwerbspersonen komplettiert die Analyse. Als gesundheitliche Einflussgrößen werden ökonomische, soziale und demografische Faktoren sowie gesundheitliche Verhaltensweisen einbezogen.

1) Der Mikrozensus ist die größte jährlich durchgeführte Haushaltsbefragung Deutschlands. Das Frageprogramm sowie alle wesentlichen Aspekte der Stichprobenplanung und der Durchführung sind im Mikrozensusgesetz geregelt, dem Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte vom 17. Januar 1996 (BGBl. I S. 34) und in der Verordnung zur Aussetzung einzelner Merkmale des Mikrozensusgesetzes vom 3. April 2000 (BGBl. I S. 442). Ab dem 1. Januar 2005 gilt ein neues Mikrozensusgesetz, welches das Berichtswochenkonzept durch eine unterjährige Erhebung ersetzt. Hierdurch werden saisonale Entwicklungen abbildbar.

1.2 Daten

Die Datengrundlage bildet der Mikrozensus¹⁾ des Jahres 2003 für NRW mit seiner bisher alle vier Jahre erhobenen Zusatzerhebung „Fragen zur Gesundheit“. Die Zusatzerhebung erfasst im Wesentlichen den Gesundheitszustand, die gesundheitlichen Verhaltensweisen sowie die Körpermaße. Im Einzelnen wird erfragt: Vorliegen einer amtlich festgestellten Behinderung, Erkrankungen oder Unfälle in den letzten vier Wochen, Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Erkrankung²⁾, Erkrankungsdauer, Körpergröße, Körpergewicht sowie gegenwärtiges und früheres Rauchverhalten. Die auf Freiwilligkeit basierende Zusatzerhebung „Fragen zur Gesundheit“ richtet sich an etwa 0,45 % der Bevölkerung. Die im Text angegebenen Anteile beziehen sich auf die Personen mit Angaben zu den jeweiligen Fragen. Sie umfassen den Zeitraum vom 5. bis 11. Mai 2003.

Unter Krankheit bzw. Unfallverletzung werden im Folgenden gesundheitliche Einschränkungen verstanden, die es einer Person nicht erlauben, ihre übliche Beschäftigung voll auszuüben. Hierbei wird nicht zwischen physischer und psychischer Gesundheit unterschieden. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgt durch die Befragten selbst oder bei Abwesenheit durch andere Haushaltsmitglieder. Bei Fremdaus-

2) Im Text wird zur Beschreibung dieses Zusammenhanges die Formulierung erwerbsinduzierte bzw. erwerbsbedingte Erkrankung verwendet.

künften kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Erkrankungshäufigkeit einer Fehleinschätzung unterliegt. Erhoben werden jene Krankheiten und Unfallverletzungen, unter denen die Befragten in den letzten vier Wochen (einschl. des Erhebungstages) gelitten haben. Die Erhebung zum Rauchverhalten erfasst den Nikotinkonsum in der Berichtswoche.

2 Gesundheit nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen

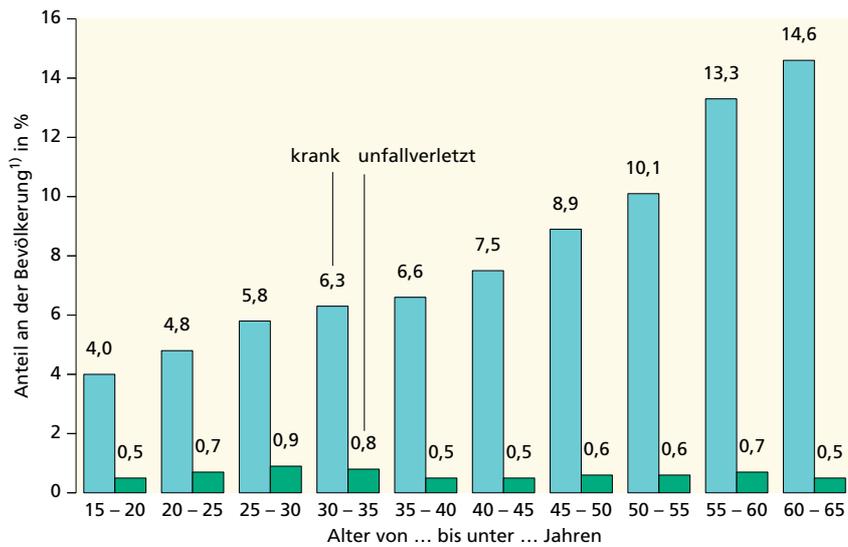
Der Gesundheitszustand hängt von einer Vielzahl von soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen ab. Hierzu gehören unter anderem das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Staatsangehörigkeit, der Bildungsstand sowie die Art und die Höhe des Einkommens. Ihr Einfluss auf die Gesundheit wird im Folgenden mittels Krankenanteilen, d. h. dem Anteil der Erkrankten an der jeweiligen Population, beschrieben. Hierbei werden nur Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren berücksichtigt, um die Untersuchung auf die Lebensspanne zu konzentrieren, in der normalerweise gearbeitet wird.

2.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Im Mai 2003 bezeichneten sich 8,9 % der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren als krank (8,3 %) oder als unfallverletzt (0,6 %).

Das Alter hat einen entscheidenden Einfluss auf das gesundheitliche Befinden (siehe Abb. 1). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derjenigen, die angeben, krank zu sein. Bezeichnen sich 4,0 % der Personen

Abb. 1 Kranke und unfallverletzte Personen im Mai 2003*) nach Altersgruppen



*) Ergebnisse des Mikrozensus - 1) entsprechenden Alters

Grafik: LDS NRW

im Alter von 15 bis unter 20 Jahren als krank, ist dieser Anteil bei den 40- bis unter 45-Jährigen fast doppelt so hoch (7,5 %). In der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen bezeichnete sich gut jede siebte Person als krank (14,6 %).

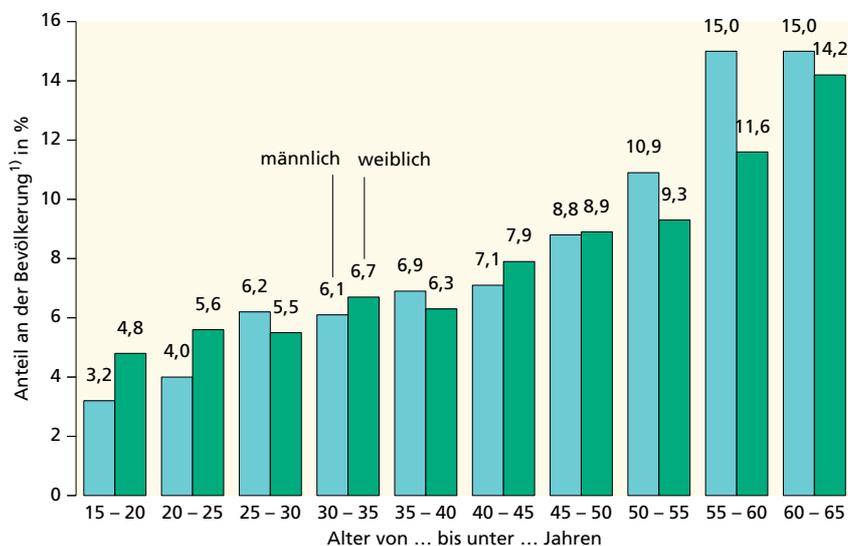
Der Anteil der Unfallverletzten verzeichnet dagegen in der hier betrachteten Lebensspanne keinen Anstieg mit dem Alter.

Mit einem Krankenanteil von 8,2 % liegen Frauen leicht unter und Männer mit 8,4 % leicht über dem Durchschnitt. Auch hier variiert die Erkrankungshäufigkeit in Abhängig-

keit vom Alter (siehe Abb. 2). Frauen unter 50 Jahren sind – mit Ausnahme derjenigen in den Altersgruppen 25 bis unter 30 Jahren bzw. 35 bis unter 40 Jahren – häufiger krank als gleichaltrige Männer. Ab einem Alter von 50 Jahren ist der Krankenanteil bei den Frauen dagegen niedriger als bei gleichaltrigen Männern.

Bezüglich der Unfallhäufigkeit treten ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Hier sind Männer stärker von Unfällen betroffen als Frauen, eine Ausnahme bilden hier die Altersgruppen 25 bis unter 30 Jahren bzw. 55 bis unter 60 Jahren.

Abb. 2 Kranke Personen im Mai 2003*) nach Geschlecht und Altersgruppen



*) Ergebnisse des Mikrozensus - 1) entsprechenden Geschlechts und Alters

Grafik: LDS NRW

Die Zahl der Unfallverletzten ist im Vergleich zu den kranken Personen allerdings so gering, dass im Weiteren auf eine getrennte Darstellung verzichtet wird.

2.2 Familienstand

Ledige (7,2 %) weisen den niedrigsten Krankenanteil vor Verheirateten (8,9 %), Geschiedenen (15,2 %) und Verwitweten (17,6 %) auf. Dies ist auf die überdurchschnittliche Präsenz der Ledigen in den unteren Altersgruppen zurückzuführen. In den höheren Altersgruppen beurteilen Verheiratete ihren Gesundheitszustand am positivsten. Besonders niedrige Krankenanteile weisen verheiratete Frauen auf.

Geschiedene und Verwitwete litten dagegen unabhängig vom Alter häufiger unter gesundheitlichen Einschränkungen als Personen in anderen Familienkonstellationen.

2.3 Schulischer und beruflicher Abschluss

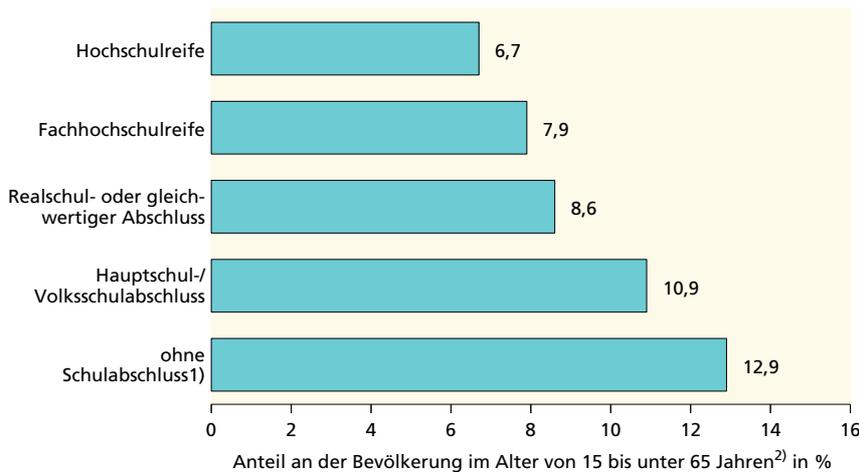
Die Erkrankungshäufigkeit variiert mit der Höhe des Bildungsabschlusses und der beruflichen Qualifikation. Je niedriger der schulische Abschluss einer befragten Person ist, desto häufiger gibt sie an, in der Befragungswoche oder in den drei Wochen zuvor krank gewesen zu sein (siehe Abb. 3, S. 5).

Danach sind Personen ohne Schulabschluss (12,9 %) fast doppelt so häufig krank wie Personen mit Hochschulreife (6,7 %).

Auch bei den beruflichen Abschlüssen beurteilen Menschen mit höherer beruflicher Qualifikation ihren Gesundheitszustand positiver. Unter den Befragten litten die am höchsten Qualifizierten, die Promovierten, am seltensten an einer Erkrankung (6,8 %). Personen ohne Berufsabschluss (10,9 %) und solche mit einer Anlernausbildung (11,0 %) lie-

3) ohne Personen mit gegenwärtiger Schul- oder Hochschulbildung

Abb. 3 Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss



*) Ergebnisse des Mikrozensus; diese Angaben unterliegen für Personen im Alter von 51 und mehr Jahren nicht mehr der Auskunftsspflicht – 1) ohne Personen mit gegenwärtiger Schulausbildung – 2) entsprechenden höchsten allgemeinen Schulabschlusses

Grafik: LDS NRW

gen mit ihren Krankenanteilen deutlich darüber.

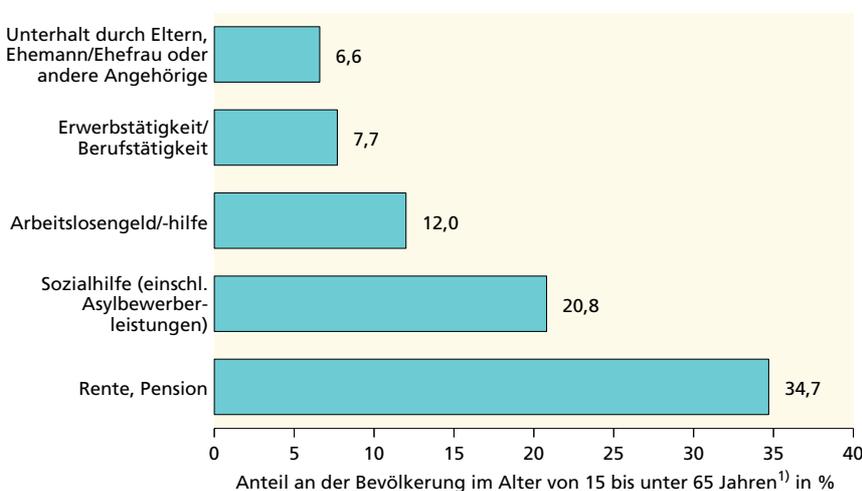
2.4 Überwiegender Lebensunterhalt

Die Krankenanteile variieren stark in Abhängigkeit vom überwiegenden Lebensunterhalt (siehe Abb. 4). Zum Teil spiegelt sich hier die unterschiedliche Altersstruktur der Befragten wider. Personen, die Renten oder Pensionen beziehen, sind altersbedingt kränker als alle anderen. Dagegen lassen sich die deutlich überdurchschnittlichen Krankenanteile von Personen, die Sozialhilfe er-

halten oder sich durch Arbeitslosengeld bzw. -hilfe finanzieren, nicht auf Altersstruktureffekte zurückführen. Denn auch die Beseitigung verzerrender Alterseinflüsse durch eine Altersstandardisierung⁴⁾ führt zum selben Ergebnis. Vielmehr dürfte hier die besondere Lebenslage⁵⁾ von

4) Die Altersstandardisierung kontrolliert den Effekt, der sich durch unterschiedliche Altersstrukturen der zu vergleichenden Populationen ergeben könnte, indem die interessierende Größe auf die Altersstruktur einer Standardbevölkerung bezogen wird. Der altersstandardisierte Krankenanteil gibt demnach an, wie hoch der Prozentsatz Erkrankter in der Teilpopulation wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung gelten würde. Als Standardbevölkerung wird hier die fortgeschriebene NRW-Bevölkerung am 31. 12. 2003, unterteilt in 5-Jahres-Altersgruppen, verwendet. – 5) Vgl. Robert-Koch-Institut 2005: 7.

Abb. 4 Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach der Art des überwiegenden Lebensunterhalts



*) Ergebnisse des Mikrozensus; die fünf häufigsten Nennungen – altersstandardisiert – 1) mit entsprechender Art des überwiegenden Lebensunterhalts

Grafik: LDS NRW

Bedeutung sein. Gesundheitlich am wohlsten fühlen sich die Unterhaltsempfängerinnen und -empfänger. Hierzu gehören im Wesentlichen die Hausfrauen und -männer sowie Schülerinnen, Schüler und Studierende.

Wird der überwiegende Lebensunterhalt als Indikator für die aktuelle Lebenslage der Menschen herangezogen, kann das Ergebnis dahingehend interpretiert werden, dass der Gesundheitszustand eng mit der sozialen Lebenslage assoziiert ist. Menschen, die auf staatliche Transferleistungen (Arbeitslosengeld, -hilfe, Sozialhilfe) angewiesen sind, sind demnach deutlich häufiger krank als solche, die sich durch Erwerbstätigkeit oder Unterhalt finanzieren.

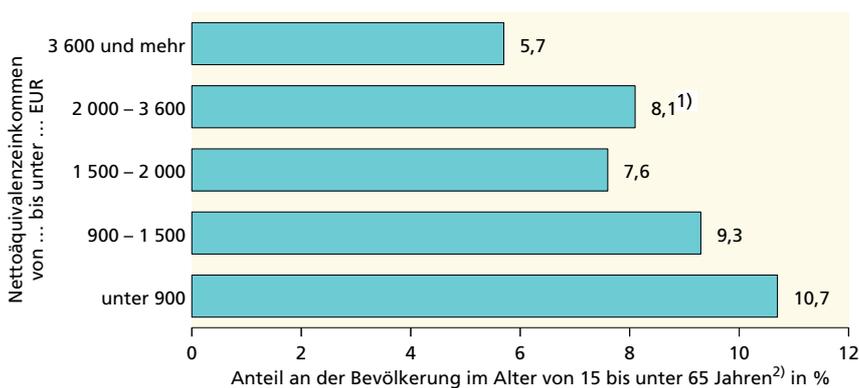
2.5 Einkommen

Die Höhe des zur Verfügung stehenden Einkommens⁶⁾ bestimmt maßgeblich die Lebensbedingungen. Niedrige Einkünfte führen langfristig zu einer Unterversorgung individueller Grundbedürfnisse – Verschlechterung der Wohnsituation, Konsum billiger und ungesunder Lebensmittel, geringere soziale und kulturelle Teilhabe – und beeinträchtigen eine Vermögensbildung, z. B. zur sozialen Absicherung im Alter.

Diese materiellen Ungleichheiten übertragen sich auf den gesundheitlichen Zustand (siehe Abb. 5, S. 6). Personen mit dem niedrigsten Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 900 Euro weisen den höchsten (10,7 %), die mit dem höchsten Nettoäquivalenzeinkommen den niedrigsten Krankenanteil (5,7 %) auf.

6) Zur Darstellung der Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheit wird das Äquivalenzeinkommen herangezogen, welches das haushaltsbezogene Nettoeinkommen in ein gewichtetes, personenbezogenes Pro-Kopf-Einkommen umrechnet. Hierdurch wird das Einkommen von Personen, die in unterschiedlich großen Haushalten leben, vergleichbar. Die zur Berechnung benutzen Äquivalenzskalen setzen unterschiedliche Gewichtungsfaktoren für Erwachsene und Kinder ein. Hier findet die alte OECD-Skala Anwendung, die den Haushaltsvorstand mit 1, weitere Haushaltsmitglieder im Alter von 15 und mehr Jahren mit 0,7 und Kinder und Jugendliche im Alter von unter 15 Jahren mit 0,5 gewichtet.

Abb. 5 Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach Nettoäquivalenzeinkommen



*) Ergebnisse des Mikrozensus; altersstandardisiert – 1) Dass Personen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von 2 000 EUR bis unter 3 600 EUR häufiger krank sind als Personen, die über ein geringeres Nettoäquivalenzeinkommen verfügen, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass durch die Berechnung des gewichteten Pro-Kopf-Einkommens Personen, die im Haushalt mit Kindern leben und in der Regel jünger und gesünder sind, unteren Einkommensklassen zugeordnet werden. Es ist denkbar, dass dieser Alterseffekt nicht vollständig durch die Altersstandardisierung kompensiert wird, zumal die niedrigen Fallzahlen in den unteren Altersgruppen der höheren Einkommensklassen Zufallseffekte verstärken können. – 2) mit entsprechendem Nettoäquivalenzeinkommen

Grafik: LDS NRW

Ein gemeinsamer positiver Effekt auf die Gesundheit ist bei den Merkmalen berufliche Qualifikation, der Bezugsquelle des Lebensunterhaltes und dem Einkommen⁷⁾ zu beobachten. Mit dem Niveau der beruflichen Qualifikation steigt die Chance auf eine Erwerbsbeteiligung und die Höhe des zur Verfügung stehenden Einkommens, mit einer positiven Wirkung auf die Gesundheit.

2.6 Staatsangehörigkeit

Menschen mit Migrationshintergrund sind einer Vielzahl von besonderen Belastungen ausgesetzt. Hierzu gehört unter anderem, dass ihnen wegen ihres häufig niedrigen beruflichen Qualifikationsniveaus der Zugang zum Arbeitsmarkt erschwert ist. In der Folge erfahren sie gesundheitlich belastendere Beschäftigungen⁸⁾, höhere Erwerbslosigkeitsrisiken, niedrigere Einkünfte und eine stärkere Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen⁹⁾. Da zu vermuten ist, dass zwischen dieser spezifischen Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten und deren gesundheitlicher Situation ein Zusammenhang besteht, wird im Folgenden der Krankenanteil nach Staatsangehörigkeit differenziert. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass über die ausländische Staatsangehörigkeit nur

ein Teil dieser Bevölkerungsgruppe erfasst wird.

In NRW besitzen 12,6 % der Menschen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren nicht die deutsche Staatsbürgerschaft. Ihr Krankenanteil (8,8 %) weicht nur gering von dem der Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (9,0 %) ab. Hierbei liegt der Krankenanteil der Nicht-EU-Staatsangehörigen unter dem Krankenanteil der EU-Staatsangehörigen. Dies ist auf den überdurchschnittlichen Anteil junger Menschen unter 35 Jahren zurückzuführen, die darüber hinaus seltener angeben, unter gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden als gleichaltrige Deutsche. Ältere Ausländerinnen und Ausländer – ab 55 Jahren – weisen dagegen höhere Krankenanteile als der Durchschnitt auf. Menschen mit einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit sind hiernach, trotz ihrer problematischen Lebenslage, nicht generell kränker als deutsche Staatsangehörige.

Fazit

Ältere Personen und Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen leiden häufiger unter gesundheitlichen Einschränkungen als solche, die über eine hohe schulische und berufliche Qualifikation sowie über ein hohes monatliches Haushaltsnettoeinkommen verfügen. Darüber hinaus weist der überdurch-

schnittliche Krankenanteil von Personen, die sich überwiegend durch Arbeitslosengeld, -hilfe oder Sozialhilfe finanzieren, darauf hin, dass besondere Lebensumstände mit einem häufigeren Auftreten von gesundheitlichen Problemen verbunden sind.

3 Gesundheit nach Erwerbsgruppe

Im Folgenden wird untersucht, welchen Einfluss die Erwerbsbeteiligung auf den Gesundheitszustand hat. Hierzu werden die Befragten im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren in die vier Gruppen¹⁰⁾ Erwerbstätige, sofort verfügbare Erwerbslose, sonstige Erwerbslose¹¹⁾ und Nichterwerbspersonen unterteilt.

Erwerbstätige sind Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und mithelfender Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Sie müssen in der Berichtswoche mindestens eine Stunde gearbeitet haben.

Erwerbslose sind Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als Arbeitslose gemeldet sind. Sofort verfügbare Erwerbslose sind solche, die innerhalb von 14 Tagen eine Erwerbstätigkeit aufnehmen können. Erwerbslose, die hierzu nicht in der Lage sind, werden als sonstige Erwerbslose bezeichnet.

Nichterwerbspersonen sind Personen, die keine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder aktiv suchen.

Das Alter und das Geschlecht werden als wichtige Analysekatoren für die Beschreibung des Themas Gesundheit und Erwerbsbeteiligung be-

¹⁰⁾ angelehnt an das Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO); Entschließung der 13. Internationalen Arbeitsstatistikerkonferenz vom 29. Oktober 1982 über Statistiken der Erwerbsbevölkerung, Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung (IAO, Genf), unter <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/res/ecacpop.pdf> – ¹¹⁾ Dieser aus dem Mikrozensus stammende Begriff wird später durch die verständlichere Beschreibung „nicht sofort verfügbare Erwerbslose“ ersetzt.

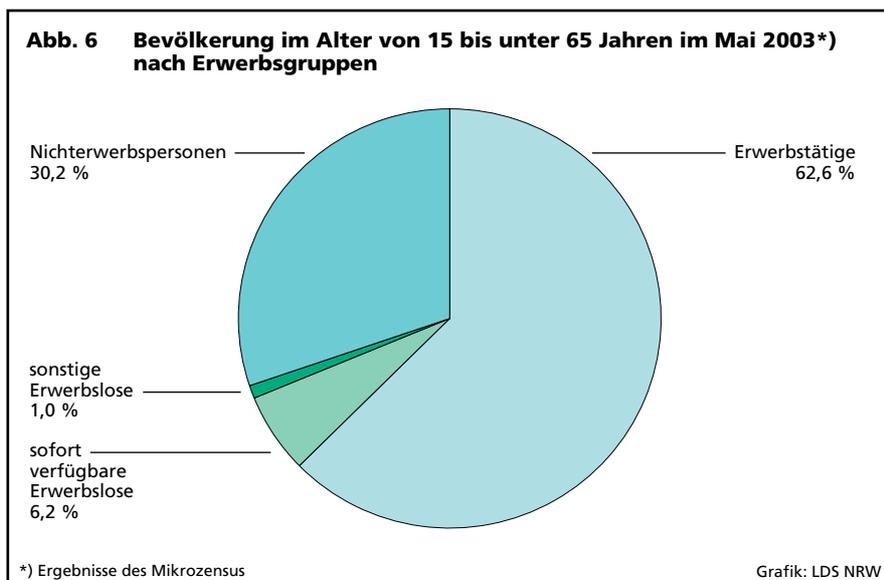
7) Vgl. Robert-Koch-Institut 2005: 34, 35, 52. – 8) ebenda: 129 – 9) ebenda: 127

rücksichtigt. Durch die Differenzierung nach Frauen und Männern wird der Einfluss der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes und der unterschiedlichen Erwerbsverläufe auf das gesundheitliche Wohlempfinden reflektiert.¹²⁾¹³⁾

Von den 11,9 Millionen Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren gehören fast zwei Drittel zu den Erwerbstätigen (62,6 %) (siehe Abb. 6).

sich nur geringfügig. Beide weisen ein mittleres Alter von 40 Jahren auf. Allerdings sind bei den sofort verfügbaren und den sonstigen Erwerbslosen die Altersränder etwas stärker besetzt. Folglich weisen die mittleren Altersgruppen niedrigere Anteile auf. Die Altersverteilung der Nichterwerbspersonen weicht hiervon deutlich ab. Durch die heterogene Zusammensetzung aus Schülerinnen, Schülern, Studentinnen, Stu-

Der Einfluss von Alterseffekten bei Vergleichen zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen ist aufgrund der ähnlichen Altersverteilung als gering einzuschätzen. Bei den Ergebnissen für die Nichterwerbspersonen ist dagegen zu berücksichtigen, dass der Krankenanteil auf Grundlage niedriger und hoher Erkrankungshäufigkeiten junger respektive alter Menschen berechnet wird. Unterschiede in den Frauenanteilen, die Ausdruck geschlechtsspezifischer Erwerbs- bzw. Lebensplanung sind, gilt es ebenfalls zu berücksichtigen.



Zweitgrößte Gruppe sind mit 30,2 % die Nichterwerbspersonen, gefolgt von den sofort verfügbaren Erwerbslosen (6,2 %) und den sonstigen Erwerbslosen (1,0 %).¹⁴⁾

Die großen Unterschiede in den Beobachtungsumfängen beeinflussen die Analysemöglichkeiten. Liegen für eine Merkmalskombination weniger als 7 000 Beobachtungen vor, wird wegen unzureichender Datensicherheit auf die Darstellung verzichtet.¹⁵⁾ Dies wirkt sich sowohl auf Vergleiche zwischen den einzelnen Gruppen als auch innerhalb der Gruppen aus.

Die Altersstruktur der Erwerbstätigen und der Erwerbslosen unterscheidet

12) Weibliche und männliche Erwerbstätigkeit unterscheidet sich deutlich. Frauen beschränken sich auf wenige Berufe, deren Qualifikationsniveau und Entwicklungsmöglichkeiten häufig als gering anzusehen sind. Darüber hinaus sind sie überwiegend aus familiären Gründen teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Vgl. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MS) 2000: 8 – 13) Vgl. Robert-Koch-Institut 2003: 9, 16; - 2002: 143. – 14) Der Anteil der Erwerbslosen an der Bevölkerung entspricht nicht der Erwerbslosenquote, der Zahl der Erwerbslosen je 100 Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose). – 15) Vgl. Statistisches Bundesamt 2004: 4.

denten, Hausfrauen, Hausmännern, Frührentnerinnen und -rentnern sind gerade die Anteile jüngerer und älterer Menschen sehr hoch.

Auch die Geschlechterverteilung der Nichterwerbspersonen unterscheidet sich von der der anderen Erwerbsgruppen. Der Frauenanteil ist mit 65 % deutlich überdurchschnittlich. Zurückzuführen ist dies auf die Teilgruppe der Hausfrauen und -männer, die zu 93 % weiblich ist. Einen unterdurchschnittlichen Frauenanteil weisen dagegen die sofort verfügbaren Erwerbslosen auf. Wird berücksichtigt, dass Hausfrauen ihren Erwerbwunsch überwiegend aus persönlichen und familiären Gründen zurückstellen bzw. eine frühere Erwerbstätigkeit aus diesen Gründen aufgaben, dokumentieren diese ungleichen Anteile die nach wie vor bestehende Gültigkeit von geschlechtsspezifischen Lebensmustern. Die Geschlechterverteilung der Erwerbstätigen und der sonstigen Erwerbslosen ist hingegen vergleichbar. Der Anteil der Frauen beträgt rund 44 %.

3.1 Erwerbstätige

Die Erwerbstätigkeit dient dem Lebensunterhalt, fördert soziale Kontakte und schafft gesellschaftliche Anerkennung, über die das Individuum zum Teil auch sein Selbstwertgefühl definiert. Daher ist davon auszugehen, dass die Erwerbstätigkeit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat. Arbeitsbedingungen können aber auch gesundheitlich belastend sein. Im Folgenden wird versucht, zwischen gesundheitsfördernden und -störenden Aspekten der Erwerbstätigkeit zu differenzieren. Als mögliche gesundheitliche Einflussfaktoren werden unter anderem die Stellung im Beruf, der Wirtschaftsbereich und die Arbeitszeiten untersucht.

7,4 % der Erwerbstätigen geben an, in den letzten vier Wochen (einschl. des Erhebungstages) krank gewesen zu sein. Ihr Krankenanteil steigt zunächst nicht parallel zum Alter. Erst in den mittleren Altersgruppen ist die erwartete Zunahme der Krankenanteile mit dem Alter zu beobachten. Allerdings ist hiervon die höchste Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen ausgenommen. Ihre Erkrankungshäufigkeit (10,1 %) ist um einen Prozentpunkt niedriger als die der 55- bis unter 60-Jährigen (11,1 %). Dieses dem Alterungsprozess entgegenlaufende Sinken des Krankenanteils legt die Vermutung nahe, dass erkrankte Personen seltener bis zum abschlagsfreien Renteneintritt mit 65 Jahren erwerbstätig sind als Gesunde. Es lässt sich eine Verbindung zur beruflichen

Qualifikation darstellen, die positiv mit der Gesundheit korreliert ist. Generell gilt, dass die beruflichen Bildungsabschlüsse der Älteren niedriger sind als die der Jüngeren.¹⁶⁾ Diese Aussage trifft aber nicht für die 60-bis unter 65-jährigen Erwerbstätigen zu. Hier sind die höher Qualifizierten überrepräsentiert.¹⁷⁾

In Abhängigkeit vom Geschlecht treten nur marginale Unterschiede auf. Die erwerbstätigen Frauen (7,5 %) sind geringfügig häufiger krank als die erwerbstätigen Männer (7,4 %).

3.1.1 Stellung im Beruf

Die Krankenanteile der Beschäftigten unterscheiden sich deutlich in Abhängigkeit von der Stellung im Beruf. Die am stärksten besetzte Berufsgruppe, die Angestellten, zu denen rund die Hälfte der Beschäftigten zählen (51,5 %), beurteilen ihren gesundheitlichen Zustand etwas positiver (7,2 %) als der Durchschnitt. Die Arbeiterinnen und Arbeiter liegen dagegen mit einer Erkrankungshäufigkeit von 8,5 % über dem Durchschnitt von 7,4 %. Den höchsten Krankenanteil weisen mit 9,4 % die verbeamteten Beschäftigten auf. Zurückzuführen ist dieser hohe Wert auf die Beamtinnen und Richterinnen, von denen jede Zehnte angibt, in den letzten vier Wochen (einschl. des Erhebungstages) krank gewesen zu sein.

Am seltensten sind die Selbstständigen mit Beschäftigten (4,2 %) und die Selbstständigen ohne Beschäftigte (6,1 %) krank.

3.1.2 Wirtschaftsbereiche und Berufe

Die Krankenanteile der Beschäftigten unterscheiden sich nur gering in Abhängigkeit vom Wirtschaftsbereich. Die Beschäftigten in den beiden größten Wirtschaftsbereichen Bergbau und Verarbeitendes Gewerbe sowie öffentliche und private

Dienstleistungen¹⁸⁾, in denen rund die Hälfte der Erwerbstätigen arbeiten, verzeichnen den gleichen Krankenanteil (7,8 %). Der Wirtschaftsbereich Handel und Gastgewerbe mit einem Beschäftigtenanteil von 17,8 % weicht hiervon positiv ab. Nur 6,3 % der dort Beschäftigten geben an, krank zu sein. Dies liegt an dem deutlich unterdurchschnittlichen Krankenanteil (5,8 %) der weiblichen Beschäftigten im Handel und Gastgewerbe.

Zu den Berufen mit hohen Krankenanteilen gehören die Dienst- und Wachberufe (11,9 %) sowie die Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeiter (10,3 %). Aber auch soziale und erzieherische Berufe mit möglicherweise hohen psychischen Anforderungen weisen überdurchschnittliche Krankenanteile auf. Hierzu gehören z. B. die Erzieherinnen und Erzieher mit einem Krankenanteil von 9,4 %. Dagegen ist der Krankenanteil von Erwerbstätigen, die mit weitreichenden Befugnissen in der Unternehmensleitung, -beratung und -prüfung agieren, unterdurchschnittlich (5,8 %).

Werden die Berufe nach der Berufsklassifikation von Blossfeld¹⁹⁾ einge-

18) Hierzu gehören gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige die Nummern 801 bis 950 (z. B. der Bildungsbereich, das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Sport und Unterhaltung), s. Statistisches Bundesamt 1995.
19) Klassifizierung der Berufe zu Berufsgruppen, die hinsichtlich ihrer schulischen und beruflichen Vorbildung sowie bezüglich der beruflichen Aufgabengebiete homogen sind; vgl. Blossfeld 1985

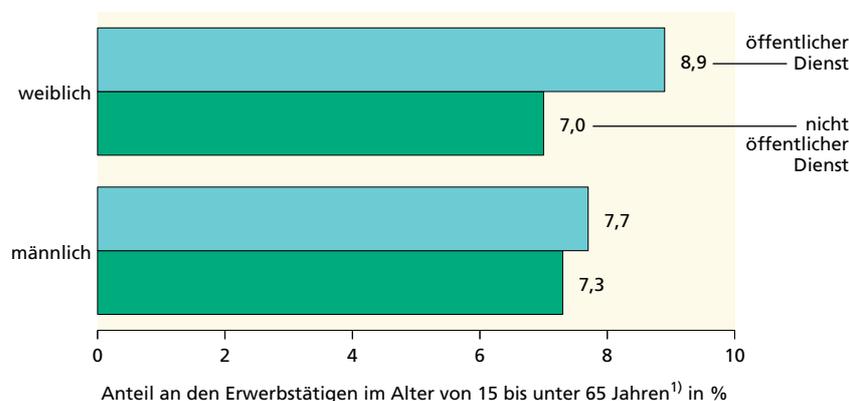
teilt, zeigt sich, dass höhere berufliche Qualifikationen überwiegend mit niedrigeren Erkrankungshäufigkeiten verknüpft sind. Personen, die einfache manuelle Berufe (8,9 %) ausüben, sind z. B. kränker als solche, die in qualifizierten manuellen Berufen (8,0 %) arbeiten. Eine Ausnahme stellen die kaufmännischen und verwaltenden Berufe dar. Hier sind höher Qualifizierte kränker.

3.1.3 Öffentlicher Dienst

8,4 % der im öffentlichen Dienst Beschäftigten geben an, in der Berichtswoche bzw. in den drei Wochen davor krank gewesen zu sein. Sie liegen damit über dem Krankenanteil der nicht im öffentlichen Dienst Beschäftigten (7,2 %). Die größten Differenzen zwischen den Krankenanteilen des öffentlichen und nicht öffentlichen Dienstes treten in den mittleren Altersgruppen und insbesondere bei den Frauen auf. Die weiblichen Beschäftigten des öffentlichen Dienstes liegen insgesamt mit ihrem Krankenanteil von 8,9 % über dem der erwerbstätigen Frauen des nicht-öffentlichen Bereichs (7,0 %) (siehe Abb. 7).

Dies ist nicht ausschließlich auf die erhöhte Erkrankungshäufigkeit der Beamtinnen und Richterinnen zurückzuführen (s. 3.1.1 Stellung im Beruf). Auch die Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten des öffentlichen Dienstes weisen höhere Krankenanteile auf.

Abb. 7 Gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im öffentlichen und nicht öffentlichen Dienst im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach Geschlecht



*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) entsprechender Beschäftigungsgruppe und entsprechenden Geschlechts

teile auf als Frauen, die im nicht öffentlichen Bereich beschäftigt sind. Bei den männlichen Angestellten ist es dagegen umgekehrt. Die im öffentlichen Dienst angestellten Männer geben seltener an, krank zu sein als die im nicht öffentlichen Dienst.

Die Daten erklären nicht die Differenz der Krankenanteile zwischen Frauen, die im öffentlichen Dienst bzw. in der Privatwirtschaft beschäftigt sind. Einige Ergebnisse sprechen aber dafür, dass die höheren Krankenanteile im Zusammenhang mit besonderen Arbeitsbedingungen zu sehen sind.

43,3 % der Frauen im öffentlichen Dienst sind in gesundheitlich stark belastenden Berufen²⁰ – Gesundheitsdienstberufe, soziale Berufe und Lehrerinnen – tätig. Sie stellen die Hälfte der Beschäftigten in diesen Berufen. Dass auch hier ihre Krankenanteile höher sind, ist möglicherweise auf besondere Arbeitsbedingungen im öffentlichen Dienst zurückzuführen, denn es gilt nicht generell, dass im öffentlichen Dienst beschäftigte Frauen kränker sind als solche, die in der Privatwirtschaft tätig sind. Bei der für den privaten Bereich wichtigen Berufsgruppe der kaufmännischen und verwaltenden Berufe weisen Frauen, die innerhalb des öffentlichen Dienstes dort tätig sind, niedrigere Krankenanteile auf als Frauen, die diese Tätigkeiten außerhalb des öffentlichen Dienstes wahrnehmen.

3.1.4 Berufskontinuität

Erwerbstätige, die ihren Betrieb im letzten Jahr vor der Erhebung wechselten, weisen einen leicht über dem Durchschnitt liegenden Krankenanteil auf. Berufswechsler liegen mit 8,3 % etwas deutlicher über diesem Wert.

Nur 2,2 % der Erwerbstätigen suchen zum Erhebungszeitpunkt eine andere bzw. weitere Tätigkeit. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand (12,4 %) deutlich schlechter als der Durchschnitt der Erwerbstätigen. Ihre Erwerbstätigkeit im letzten Jahr ist stärker durch Veränderungen geprägt als

die der Erwerbstätigen, die keine andere bzw. weitere Arbeit suchen. Sie wechselten dreimal häufiger den Betrieb (28,3 % vs. 8,5 %) und viermal häufiger den Beruf (20,1 % vs. 4,9 %). Grund für die aktuelle Arbeitssuche ist bei einem Viertel von ihnen die bevorstehende Beendigung der gegenwärtigen Tätigkeit. Fast ebenso viele (20,9 %) wünschen sich bessere Arbeitsbedingungen. Somit ist fast die Hälfte der Arbeitssuchenden Erwerbstätigen mit der aktuellen Tätigkeit unzufrieden oder von Arbeitslosigkeit bedroht.

3.1.5 Befristete Arbeitsverträge

Die Krankenanteile der unbefristet (7,7 %) und befristet (7,8 %) Beschäftigten unterscheiden sich nur geringfügig. Ist die Befristung mit einer Probezeit verbunden, geben nur noch 4,1 % eine gesundheitliche Beeinträchtigung an. Personen, die für die Befristung ihres Arbeitsverhältnisses keine Begründung angeben, weisen dagegen eine deutlich höhere Erkrankungshäufigkeit von 9,6 % auf.

3.1.6 Vollzeit-/Teilzeittätigkeit und geringfügige Beschäftigung²¹⁾

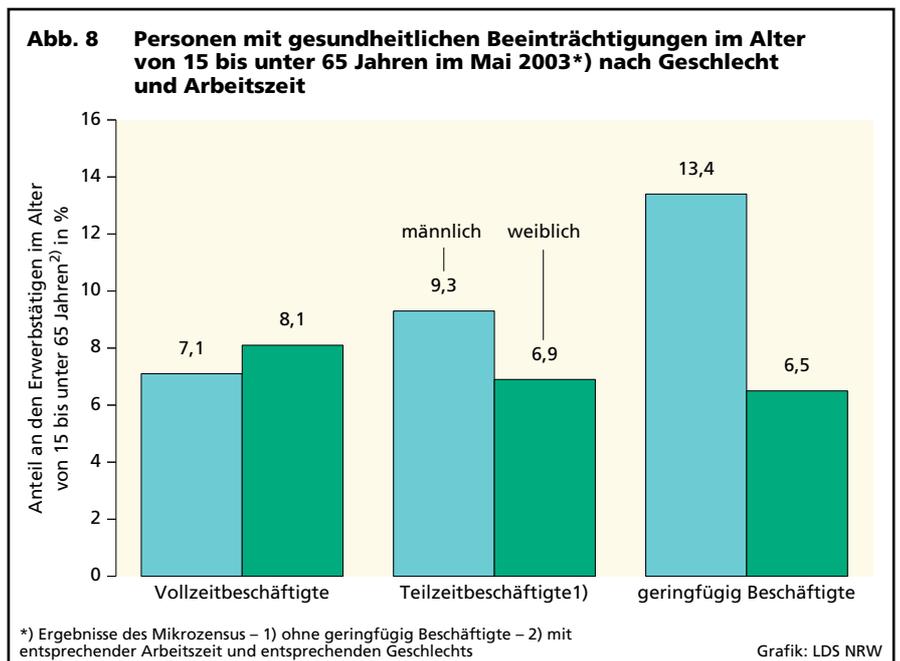
Rund drei Viertel der Erwerbstätigen (77,6 %) geben an, vollzeitbeschäftigt zu sein. Hiervon sind rund zwei Drittel

Männer (68,5 %). Einer Teilzeitbeschäftigung²²⁾ gehen dagegen überwiegend Frauen nach. Von den 22,4 % der Erwerbstätigen, die angeben, teilzeitbeschäftigt zu sein, sind 86,5 % Frauen. Fast jede zweite erwerbstätige Frau (44,3 %) ist teilzeitbeschäftigt. Als Grund führen sie überwiegend persönliche und familiäre Verpflichtungen an (68,6 %). Bei den in Teilzeit beschäftigten Männern ist diese Arbeitszeitform größtenteils mit einer beruflichen Qualifizierung oder mit nicht näher spezifizierten Gründen verbunden. Gesundheitliche Gründe spielen keine große Rolle. Nur 1,7 % der weiblichen und 5,7 % der männlichen Teilzeitbeschäftigten geben an, aus gesundheitlichen Gründen weniger zu arbeiten.

Die Krankenanteile der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten weichen nur geringfügig um 0,1 Prozentpunkte voneinander ab. Es bestehen aber deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Teilzeitbeschäftigte Frauen bezeichnen sich seltener als krank (6,8 %) als vollzeitbeschäftigte Frauen (8,1 %). Bei den Männern ist es dagegen umgekehrt. Die männlichen Teilzeitbeschäftigten (11,1 %) sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als Vollzeit arbeitende Männer (7,1 %).

²¹⁾ Die Zuordnung zur Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung bzw. geringfügigen Beschäftigung erfolgt durch die Selbsteinstufung der Befragten. – ²²⁾ einschl. geringfügig Beschäftigter – wenn nichts anderes erwähnt

²⁰⁾ Vgl. DAK 2003: 90.



Gut ein Drittel (36,3 %) der Teilzeitbeschäftigten gibt an, geringfügig beschäftigt²³⁾ zu sein. Ihr Krankenanteil (7,6 %) weicht nur geringfügig von dem der Vollzeit- (7,4 %) und der Teilzeitbeschäftigten (7,3 %) ab. Auch hier weisen die geringfügig beschäftigten Männer deutlich höhere Krankenanteile auf.

3.1.7 Sonderarbeitszeiten

Die Krankenanteile der Erwerbstätigen, die zu Sonderarbeitszeiten²⁵⁾ beschäftigt sind, unterscheiden sich. Die Höhe und die Richtung der Differenzen hängen von der Lage und Verteilung der Sonderarbeitszeit ab. Personen mit festen Arbeitstagen und -zeiten sowie diejenigen, die nur gelegentlich eine Tätigkeit ausüben, die mit einer Sonderarbeitszeit verbunden

23) ab 1. April 2003 Personen mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt bis zu 400 Euro im Monat oder Personen, die höchstens 2 Monate bzw. Arbeitstage während eines Jahres gearbeitet haben – 24) ausschl. geringfügig Beschäftigter – 25) Zu den Sonderarbeitszeiten zählen die Samstags-, Sonntags-, Feiertags-, Abend- und Nachtarbeit sowie der Schichtdienst. Hierbei wird zwischen ständiger, regelmäßiger und gelegentlicher Sonderarbeitszeit unterschieden. Ständig meint, dass normalerweise an jedem Samstag, Sonn- und/oder Feiertag, jedem Abend oder jeder Nacht gearbeitet wird. Unter regelmäßig wird die Erbringung der Arbeitsleistung in gleich bleibenden zeitlichen Abständen verstanden. Gelegentlich beschreibt dagegen die Betätigung – auch die einmalige – in unregelmäßigen Zeitabständen. Schichtarbeit wird geleistet, wenn die Arbeit zu wechselnden Zeiten ausgeübt wird, z. B. Frühschicht und Spätschicht im Wechsel. Bereits die Hälfte der Erwerbstätigen (52,6 %) ist zu Sonderarbeitszeiten tätig.

ist, weisen überwiegend unterdurchschnittliche Krankenanteile auf (siehe Abb. 9). Insbesondere Beschäftigte mit der am weitesten verbreiteten Sonderarbeitszeitform, der Samstagsarbeit, sind seltener krank als der Durchschnitt der Erwerbstätigen (7,4 %), unabhängig davon, ob sie sie ständig, regelmäßig oder gelegentlich ausüben.

der Personen, die regelmäßig zu anderen Sonderarbeitszeiten tätig sind. Erwerbstätige, die regelmäßig Samstags-, Sonntags-, Feiertags-, Abend- oder Nachtarbeit im Rahmen von Schichtarbeit erbringen, sind kränker als solche, die keine Schichtarbeit leisten (siehe Tab. 1).

Sonderarbeitszeit	Erwerbstätige mit regelmäßiger Sonderarbeitszeit				Krankenanteil bei Personen mit regelmäßiger Sonderarbeitszeit	
	ohne Schichtarbeit		mit Schichtarbeit		ohne Schichtarbeit	mit Schichtarbeit
	1 000	%	1 000	%	%	
Samstagsarbeit	670	61,8	415	38,2	6,7	8,2
Sonntagsarbeit	288	44,7	356	55,3	7,5	8,3
Abendarbeit	500	48,1	539	51,9	7,3	9,1
Nachtarbeit	89	22,8	301	77,2	/	8,7

*) im Alter von 15 bis unter 65 Jahren – **) Ergebnisse des Mikrozensus

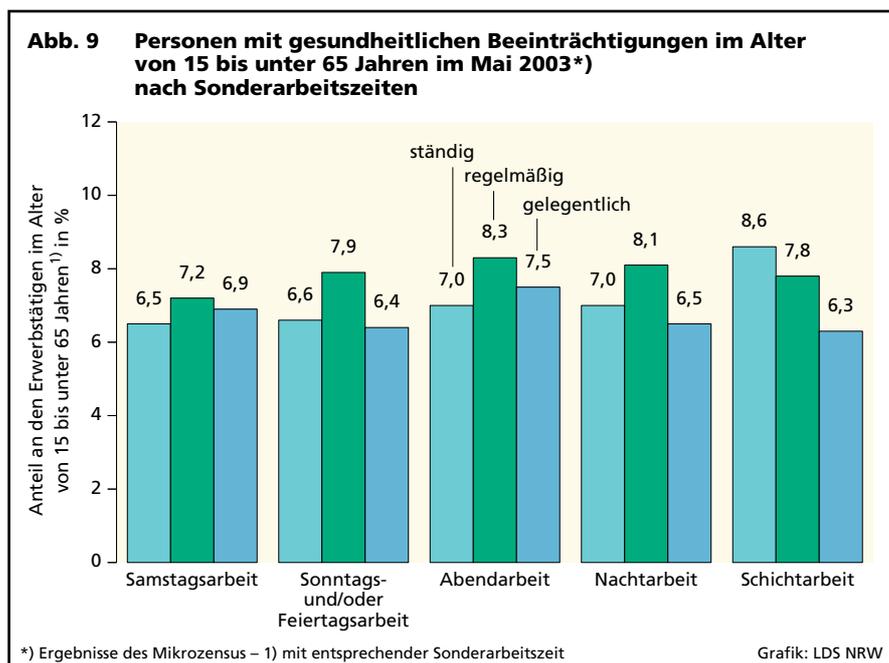
Die höchsten Krankenanteile verzeichnen Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter, die ständig zu wechselnden Zeiten arbeiten (siehe Abb. 9). Wird berücksichtigt, dass überwiegend Männer Schichtarbeit leisten, die etwas jünger sind als der Durchschnitt der männlichen Erwerbstätigen, so ist davon auszugehen, dass der tatsächliche negative Gesundheitseffekt noch höher ist.

Fazit

Höhere Krankenanteile bestimmter Gruppen von Beschäftigten deuten darauf hin, dass vor allem psychische und zeitliche Belastungen am Arbeitsplatz zu gesundheitlichen Problemen führen können. Einen Hinweis hierauf liefern die hohen Krankenanteile in sozialen und erzieherischen Berufen. Die gesundheitlich nachteilige Auswirkung der Schichtarbeit belegt der erhöhte Krankenanteil der Erwerbstätigen, die ständig Schichtdienst leisten oder im Schichtdienst regelmäßig Sonntags-, Feiertags-, Abend- oder Nachtarbeit verrichten.

Die gesundheitlich negativen Auswirkungen der Schichtarbeit²⁶⁾ erklären auch die hohen Krankenanteile

26) Siehe www.aok-bv.de/presse/presseservice/psgratgeber/index_03193.html.



Unterdurchschnittliche Krankenanteile treten dagegen bei teilzeit- und geringfügig beschäftigten Frauen auf.²⁷⁾ Ebenso sind Selbstständige und Personen, die höher qualifizierte Tätigkeiten ausüben, seltener krank.

27) Erklärungen hierfür können neuere Ansätze in der Frauenforschung liefern, die sich mit den möglichen positiven gesundheitlichen Auswirkungen des Nebeneinanders von Arbeits- und Familienbereich auseinandersetzen. Hierbei überwiegen die Studien, die der Rollenvielfalt einen positiven gesundheitlichen Effekt bescheinigen, vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 1999: Kapitel 7; Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MS) 2000: 8 ff. Eine von der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) in Auftrag gegebene Studie „Stress durch Familie und Beruf nur ein Mythos“, kommt zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil der Frauen den Beruf als Bereicherung neben der Kindererziehung sieht. Ausgenommen hiervon sind alleinerziehende berufstätige Frauen, s. DAK 2001.

3.2 Erwerbslose und Nichterwerbspersonen

Die gesundheitliche Situation des Teiles der Bevölkerung, der nicht erwerbstätig ist, wird im Folgenden untersucht. Hierbei wird zwischen sofort verfügbaren und sonstigen Erwerbslosen sowie Nichterwerbspersonen unterschieden.

Die sofort verfügbaren Erwerbslosen bezeichnen die nicht erwerbstätigen Personen ab 15 Jahren – hier mit der Altersgrenze unter 65 Jahren –, die sich in den letzten drei Wochen vor der Berichtswoche bzw. in der Berichtswoche aktiv um eine Erwerbsarbeit bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, eine neue Tätigkeit aufnehmen können.

Bei den sonstigen Erwerbslosen handelt es sich um Arbeit suchende Erwerbslose, die das Verfügbarkeitskriterium nicht erfüllen. Die ILO-Definition ordnet sie wegen ihrer Nichtverfügbarkeit den Nichterwerbspersonen zu. Der vorliegende Beitrag weicht hiervon ab, weil davon ausgegangen wird, dass die fehlende Verfügbarkeit eng mit der gesundheitlichen Situation verknüpft ist und dieser Personenkreis wichtige Informationen über die Wechselbeziehung zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit liefern kann. Zur besseren Unterscheidbarkeit zwischen sofort verfügbaren und sonstigen Erwerbslosen werden die sonstigen Erwerbslosen im Folgenden als „nicht sofort verfügbare Erwerbslose“ bezeichnet.

Der Teil der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, der weder erwerbstätig ist noch aktiv eine Arbeit sucht, wird unter der Bezeichnung Nichterwerbspersonen zusammengefasst. Sie setzen sich im Wesentlichen aus den drei Gruppen der Hausfrauen und -männer (38,1 %), der Schülerinnen, Schüler, Studentinnen und Studenten (29,1 %) sowie der Frührentnerinnen und Frührentner (26,8 %) zusammen. Bei den Frührentnerinnen und Frührentnern handelt es sich um Personen vor der Vollendung des 65. Lebensjahres, die

sich überwiegend durch eine Rente und/oder Pension finanzieren.

Der Gesundheitszustand nicht erwerbstätiger Personen wird von einer Vielzahl von Aspekten beeinflusst, deren Bedeutung für die Erwerbslosen und Nichterwerbspersonen variiert. Deshalb setzt die Analyse des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit von der Erwerbsgruppe unterschiedliche Schwerpunkte. Bei den sofort verfügbaren Erwerbslosen wird detailliert der Frage nachgegangen, ob sich der Krankenanteil in Abhängigkeit vom Vorliegen einer früheren Erwerbstätigkeit, der Dauer der Erwerbslosigkeit und der Dauer der Arbeitssuche verändert.

Bei den nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen steht die Bedeutung der Gesundheit für die Nichtverfügbarkeit im Vordergrund.

Für die Nichterwerbspersonen wird untersucht, ob gesundheitliche Gründe die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindern.

3.2.1 Sofort verfügbare Erwerbslose

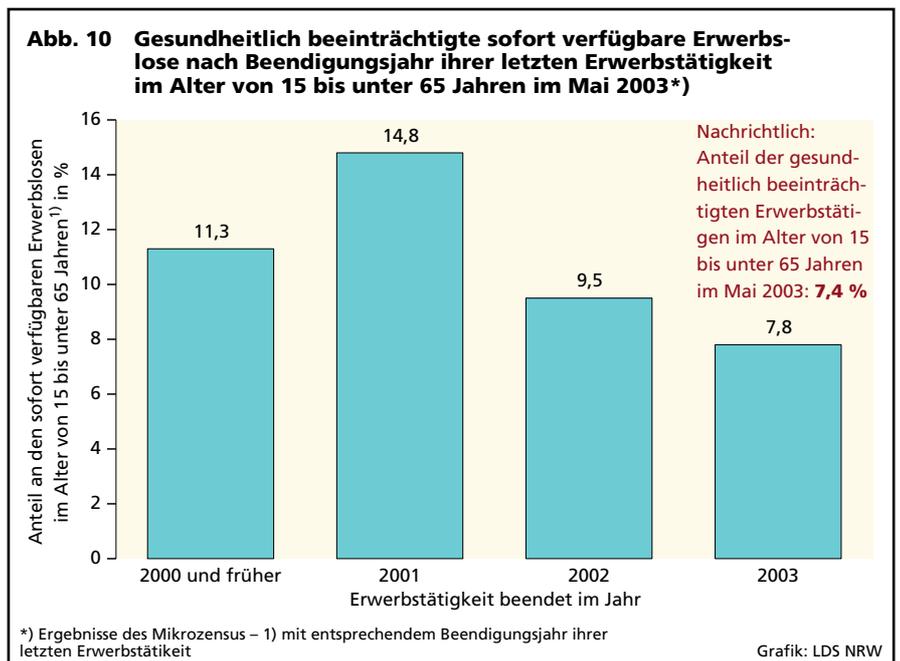
Jede bzw. jeder zehnte sofort verfügbare Erwerbslose (10,1 %) gibt an, in den letzten vier Wochen (einschl. des Erhebungstages) krank gewesen zu sein. Dabei beurteilten

sie, unabhängig vom Alter, ihren Gesundheitszustand negativer als die Erwerbstätigen (7,4 %).

Im Folgenden werden als mögliche gesundheitliche Einflussgrößen die Dauer der Erwerbslosigkeit seit Beendigung der letzten Tätigkeit, die letzte Tätigkeit und die Dauer der Arbeitssuche untersucht. Die Differenzierung sowohl nach der Dauer der Erwerbslosigkeit seit Beendigung der letzten Tätigkeit als auch nach der Dauer der Arbeitssuche berücksichtigt, dass diese Zeiträume nicht zusammenfallen müssen. Darüber hinaus ermöglicht dies die Analyse der früheren Erwerbstätigkeit der sofort verfügbaren Erwerbslosen in Abhängigkeit vom Beendigungszeitpunkt und -grund der Erwerbstätigkeit.

Der überwiegende Teil (88,6 %) der sofort verfügbaren Erwerbslosen war früher erwerbstätig. Ihr Krankenanteil (10,4 %) ist geringfügig höher als der der sofort verfügbaren Erwerbslosen insgesamt. Dies ist auf die Arbeit suchenden Berufseinsteiger zurückzuführen, die durch ihre altersbedingt niedrigere Erkrankungshäufigkeit den Krankenanteil der sofort verfügbaren Erwerbslosen senken.

Wird nach der Dauer der Erwerbslosigkeit seit Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit differenziert (siehe Abb. 10), zeigt sich, dass der Kran-



kenanteil der sofort verfügbaren Erwerbslosen, die ihre Beschäftigung erst im Befragungsjahr 2003 aufgaben (7,8 %), mit dem der Erwerbstätigen (7,4 %) vergleichbar ist. Dauert die Erwerbslosigkeit an, treten Unterschiede auf, die zum Teil auf das höhere Alter der Langzeiterwerbslosen zurückzuführen sind. Nach zweijähriger Erwerbslosigkeit ist der Krankenanteil (14,8 %) doppelt so hoch wie der der Erwerbstätigen. Personen, die 2000 und früher erwerbslos wurden, weisen dagegen trotz längerer Erwerbslosigkeit einen geringeren Unterschied (3,9 Prozentpunkte) zum Krankenanteil der Erwerbstätigen auf.

Möglicherweise ist der niedrigere Krankenanteil der sofort verfügbaren Erwerbslosen, die im Jahr 2000 und früher ihre Erwerbstätigkeit beendeten, darauf zurückzuführen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen mit zunehmender Erwerbslosigkeitsdauer die Arbeitssuche aufgeben.

Unabhängig vom Beendigungsjahr der letzten Erwerbstätigkeit weist die größte Gruppe unter den früheren Erwerbstätigen²⁸⁾, die Entlassenen, den niedrigsten Krankenanteil (8,4 %) auf. Die Entlassenen der Jahre 2002 und 2003 liegen mit ihrem Krankenanteil (6,7 %) sogar unter dem der Erwerbstätigen.

Ehemalige Angestellte, Arbeiterinnen und Arbeiter weisen ähnliche Krankenanteile auf. Im Gegensatz hierzu verzeichnen bei den Erwerbstätigen die Angestellten einen niedrigeren Krankenanteil als die Arbeiterinnen und Arbeiter (siehe Tab. 2). Dieses Angleichen der Krankenanteile in der Erwerbslosigkeit deutet daraufhin, dass gesundheitliche Auswirkungen der Erwerbslosigkeit in Abhängigkeit von der Stellung im Beruf variieren. Für die Arbeiterinnen und Arbeiter wäre z. B. denkbar, dass durch das Wegfallen von gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen – körperlich anstrengenden

de Tätigkeiten, Lärm und Staub – ein negativer Einfluss der Erwerbslosigkeit auf die Gesundheit teilweise kompensiert wird.

Am häufigsten sind die sofort verfügbaren Erwerbslosen erkrankt, die früher im öffentlichen und privaten

Krankenanteil auf (6,3 %). Ehemals im Wirtschaftsbereich Handel und Gastgewerbe Beschäftigte haben dagegen einen um rund vier Prozentpunkte höheren Krankenanteil. Auch hier könnten gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Rolle beim Verlust des Arbeitsplatzes gespielt

2. Erwerbstätige und sofort verfügbare Erwerbslose mit früherer Erwerbstätigkeit*) im Mai 2003**) nach Beschäftigungs- und Gesundheitsmerkmalen		
Beschäftigungs-/ Gesundheitsmerkmal	Erwerbstätige	Sofort verfügbare Erwerbslose mit früherer Erwerbstätigkeit
nach Stellung im Beruf		
Angestellte		
Anzahl	3 833 000	286 000
Anteil an Beschäftigten in %	51,5	42,0
Krankenanteil in %	7,2	10,0
durchschnittliches Alter der Erkrankten in Jahren	42	44
Arbeiterinnen und Arbeiter		
Anzahl	2 062 000	353 000
Anteil an Beschäftigten in %	27,7	51,8
Krankenanteil in %	8,5	10,2
durchschnittliches Alter der Erkrankten in Jahren	42	43
nach ausgewählten Wirtschaftsbereichen		
Öffentliche und private Dienstleistung ¹⁾		
Anzahl	1 778 000	97 000
Anteil an Beschäftigten in %	23,9	14,3
Krankenanteil in %	7,8	11,5
durchschnittliches Alter der Erkrankten in Jahren	41	41
Handel und Gastgewerbe		
Anzahl	1 321 000	141 000
Anteil an Beschäftigten in %	17,8	20,6
Krankenanteil in %	6,3	10,2
durchschnittliches Alter der Erkrankten in Jahren	41	43

*) im Alter von 15 bis unter 65 Jahren – **) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Hierzu gehören gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige die Nummern 801 bis 950 (z. B. der Bildungsbereich, das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Sport und Unterhaltung), s. Statistisches Bundesamt 1995.

Dienstleistungsbereich (11,5 %) gearbeitet haben. Ihr Krankenanteil unterscheidet sich deutlich von dem Krankenanteil der aktuell in diesem Wirtschaftsbereich Beschäftigten (7,8 %). Das niedrige Erwerbslosigkeitsrisiko des öffentlichen und privaten Dienstleistungsbereichs²⁹⁾ legt des Weiteren die Vermutung nahe, dass nicht überwiegend wirtschaftliche, sondern möglicherweise auch gesundheitliche Gründe für den Verlust des Arbeitsplatzes ursächlich waren.³⁰⁾

Noch stärker unterscheiden sich die Krankenanteile der aktuell und ehemals im Wirtschaftsbereich Handel und Gastgewerbe Beschäftigten. Dieser Wirtschaftsbereich weist bei den Erwerbstätigen den niedrigsten

haben. Allerdings wäre ebenso denkbar, dass die höhere Erkrankungshäufigkeit keine Ursache, sondern Folge der Erwerbslosigkeit ist.

Auch die auf die Dauer der Arbeitssuche gerichtete Analyse, die alle sofort verfügbaren Erwerbslosen berücksichtigt, deutet auf einen Zusammenhang zwischen Dauer und Krankenanteil hin. Mit Ausnahme der sofort verfügbaren Erwerbslosen, die bereits zwei Jahre eine neue Tätigkeit suchen, gilt: Je länger die Arbeitssuche andauert, desto höher ist der Krankenanteil. Den höchsten Krankenanteil (13,9 %) weisen demnach die sofort verfügbaren Erwerbslosen auf, die am längsten – 4 und mehr Jahre – nach Arbeit suchen.

Die Krankenanteile variieren ebenfalls in Abhängigkeit des mit der

28) Weitere Beendigungsgründe werden hier wegen zu geringer Fallzahlen bzw. deutlichem Altersbezug bei der Frühverrentung nicht berücksichtigt.

29) Der Anteil der sofort verfügbaren Erwerbslosen, die in diesem Wirtschaftsbereich gearbeitet haben, ist deutlich geringer als der der aktuell in diesem Bereich Beschäftigten. – 30) Vgl. Robert-Koch-Institut 2005: 76, 83.

Dauer der Arbeitslosigkeit verknüpften Bezugs von Arbeitslosengeld und -hilfe. Die sofort verfügbaren Erwerbslosen, die Arbeitslosengeld erhalten, sind seltener krank (9,2 %) als die, die die geringere und zeitlich nachgelagerte Arbeitslosenhilfe (11,6 %) beziehen.

Auf eine detaillierte Differenzierung nach dem Geschlecht muss hier wegen der zu geringen Beobachtungsumfänge weitgehend verzichtet werden. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede – Aufgabe der Erwerbstätigkeit aus persönlichen und familiären Gründen, hoher Anteil von Berufsrückkehrerinnen, Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung usw. – führen in der Summe zu keinem bedeutsamen Unterschied zwischen den Krankenanteilen sofort verfügbarer erwerbsloser Frauen (10,2 %) und Männer (10,0 %).

3.2.2 Nicht sofort verfügbare Erwerbslose

Die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen haben unter den Erwerbsgruppen mit Abstand den höchsten Krankenanteil (32,4 %).³¹⁾ Dieser variiert deutlich mit den Gründen für die Nichtverfügbarkeit. Hierzu gehören im Einzelnen: Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit, Aus- und Weiterbildung, persönliche oder familiäre Verpflichtungen sowie die nicht näher spezifizierte Kategorie „aus anderen Gründen“.³²⁾ Die Personen, die wegen Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit innerhalb von zwei Wochen nicht zur Verfügung stehen, sind erwartungsgemäß deutlich kränker (68,4 %) als solche, die aus anderen Gründen kurzfristig keine Erwerbstätigkeit aufnehmen können.

31) Dieser deutlich höhere Krankenanteil wird im Folgenden im Zusammenhang mit weiteren Gesundheitsfragen betrachtet. Insbesondere der Anteil der behinderten Menschen und der langfristigen Erkrankten werden zur Bewertung der Schwere der Erkrankung herangezogen. Einen Hinweis auf die möglichen Ursachen der Erkrankung gibt des Weiteren die Frage, ob die Erkrankung durch die frühere Erwerbstätigkeit verursacht oder verschlimmert wurde. – 32) Aufgrund geringer Fallzahlen beschränkt sich die Analyse im Wesentlichen auf die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen, die wegen Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit nicht kurzfristig zur Verfügung stehen. Differenzierungen dieser Gruppe sind aus demselben Grund nur begrenzt möglich.

Ihr erhöhter Anteil behinderter Menschen (31,6 %) und der weit über dem Durchschnitt liegende Anteil von Langzeitkranken (66,7 %) mit einer Krankheitsdauer von mehr als einem Jahr zeigen darüber hinaus, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung erheblich und von Dauer ist. Dass des Weiteren 39,1 % von ihnen einen Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und der früheren Erwerbstätigkeit sehen, ist ein Hinweis darauf, dass sie gesundheitlich stark belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren. Ob die Erkrankung für die Erwerbslosigkeit ursächlich war, kann hier nur vermutet werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass die fehlende Verfügbarkeit die Beschäftigungschancen stark beeinträchtigt.

Weibliche nicht sofort verfügbare Erwerbslose, die ebenfalls aus Krankheitsgründen kurzfristig keine Erwerbstätigkeit aufnehmen können, litten deutlich seltener an gesundheitlichen Beschwerden als Männer in derselben Situation.

3.2.3 Nichterwerbspersonen

Gut jede neunte (11,1 %) Nichterwerbsperson im Alter von 15 bis unter 65 Jahren gab an, in den letzten vier Wochen (einschl. des Erhebungstages) krank gewesen zu sein.

Die Aussagekraft dieses Durchschnittswertes ist allerdings aufgrund der Heterogenität der Nichterwerbspersonen gering. Die niedrigen Krankenanteile der Schülerinnen, Schüler, Studentinnen und Studenten kompensieren die altersbedingt hohen Krankenanteile der Frührentnerinnen und Frührentner (siehe Abb. 11).

Gesundheitliche Gründe³³⁾ (5,5 %) spielen kaum eine Rolle für die Nichterwerbsbeteiligung. Am häufigsten verzichten Nichterwerbstätige auf eine Erwerbsbeteiligung, weil sie sich in einer schulischen oder beruflichen Ausbildung (28,5 %) befinden. Der Ruhestand (27,7 %) sowie persönliche und familiäre Verpflichtungen (24,2 %) werden ebenfalls häufig als Motiv für die Nichterwerbstätigkeit genannt.

Nur ein kleiner Teil der Nichterwerbspersonen (7,2 %) wünscht die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Mit einem Krankenanteil von 18,6 % liegen sie über dem Durchschnitt der Nichterwerbspersonen.

Ein Drittel (30,3 %) der Nichterwerbspersonen mit Erwerbswunsch könnte innerhalb von zwei Wochen eine Tätigkeit beginnen. Die Auf-

33) Krankheit oder (vorübergehende) Arbeitsunfähigkeit sowie Frühinvalidität oder sonstige Behinderungen.



nahme einer Tätigkeit scheitert mehrheitlich an persönlichen oder familiären Verpflichtungen (36,4 %), aber auch für jede bzw. jeden Fünftel(n) an gesundheitlichen Gründen.

Männliche Nichterwerbspersonen sind hiervon stärker betroffen als die Frauen dieser Erwerbsgruppe. Jeder dritte Mann erklärt, aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig keine Erwerbstätigkeit aufnehmen zu können. Bei den Frauen sind es nur 13,4 %.

Fazit

Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die nicht erwerbstätig sind, beurteilen ihre gesundheitliche Situation negativer als solche, die einer Beschäftigung nachgehen. Hierbei liegen die Krankenanteile der sofort verfügbaren Erwerbslosen und der Nichterwerbspersonen deutlich unter denen der nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen. Auch innerhalb dieser drei Gruppen variieren die Erkrankungshäufigkeiten in Abhängigkeit von der Dauer und den Gründen der Erwerbslosigkeit.

Sofort verfügbare Erwerbslose, die erst seit kurzem, aufgrund einer Entlassung, erwerbslos sind, weisen niedrigere Krankenanteile auf als solche, die bereits über einen längeren Zeitraum erwerbslos sind. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand sogar positiver als die Erwerbstätigen des Erhebungsjahres 2003. Ebenso weisen die Berufsanfänger unter den sofort verfügbaren Erwerbslosen altersbedingt niedrige Krankenanteile auf. Überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeiten treten dagegen bei sofort verfügbaren Erwerbslosen auf, die ehemals im öffentlichen und privaten Dienstleistungsbereich beschäftigt waren.

Der überwiegende Teil der nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen ist aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, kurzfristig eine Tätigkeit aufzunehmen. Dass sie deutlich häufiger als alle anderen einen Zusammenhang zwischen der ehemaligen Erwerbstätigkeit und ihren Erkran-

kungen sehen, ist ein Hinweis darauf, dass sie gesundheitlich stark belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren.

Gesundheitliche Gründe spielen beim Verzicht der Nichterwerbspersonen auf eine Erwerbstätigkeit kaum eine Rolle. Ihr erhöhter Krankenanteil ist auf die überdurchschnittliche Präsenz älterer Menschen im Vergleich zu den anderen Erwerbsgruppen zurückzuführen.

4 Gesundheitsvergleich zwischen den Erwerbsgruppen

Die bisherige Analyse hat sich auf gesundheitliche Chancen und Belastungen innerhalb der einzelnen Erwerbsgruppen konzentriert. In diesem Kapitel werden die Unterschiede zwischen den Erwerbsgruppen mittels Krankenanteil, erwerbsinduzierter Erkrankung³⁴⁾, Dauer der Erkrankung, Behinderung und gesundheitlichem Verhalten beschrieben.

4.1 Gesundheit

Die Krankenanteile der Erwerbsgruppen unterscheiden sich teilweise deutlich (siehe Abb. 12). Nur 7,4 %

³⁴⁾ Hierbei beruhen die Angaben, ob die Erkrankung durch die Erwerbstätigkeit verursacht oder verschlimmert wurde, auf einer Selbsteinstufung der Befragten.

der Erwerbstätigen litten in den letzten vier Wochen (einschl. des Erhebungstages) an einer gesundheitlichen Einschränkung. Einen fast vierfach höheren Anteil an Kranken weist dagegen die Gruppe der nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen auf.

Diese Reihung ist vom Alter weitgehend unabhängig. Auch bei altersstandardisierten Werten besitzen die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen durchgängig wesentlich höhere Krankenanteile.

Die Erkrankungshäufigkeiten variieren aber in Abhängigkeit vom Geschlecht für die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen und in abgeschwächter Form für die Nichterwerbspersonen (siehe Abb. 13, S. 15). Zurückzuführen ist dies darauf, dass die männlichen nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen überwiegend aus gesundheitlichen Gründen dem Arbeitsmarkt kurzfristig nicht zur Verfügung stehen. Bei den Frauen dieser Erwerbsgruppe sind es mehrheitlich persönliche und familiäre Verpflichtungen, die die sofortige Aufnahme einer Tätigkeit verhindern.

Auch bei den Nichterwerbspersonen sind geschlechtsspezifische Lebensentwürfe deutlich erkennbar. Die Nichterwerbstätigkeit von Männern ist im Wesentlichen mit Ausbildung und Frühverrentung verknüpft. Der

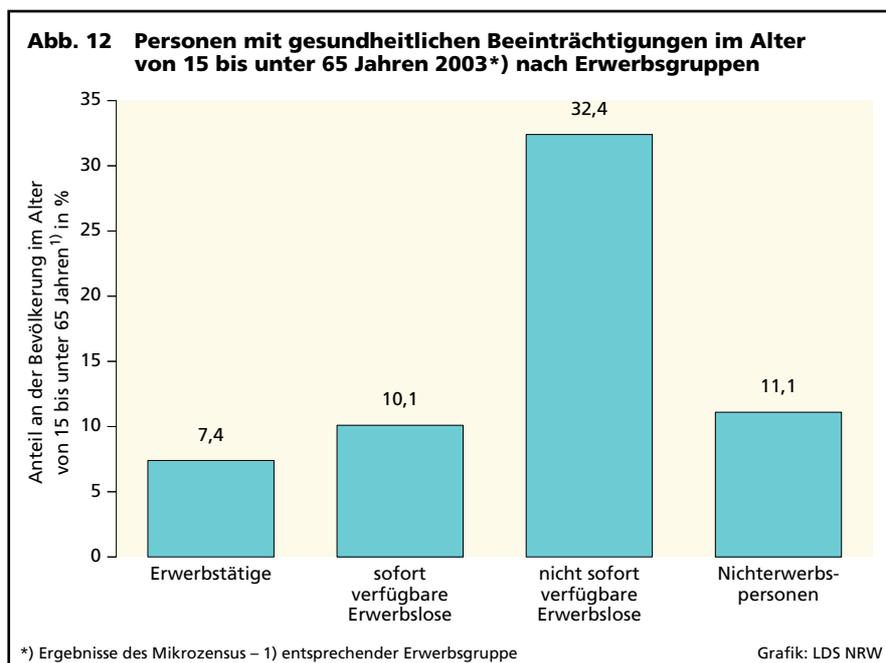
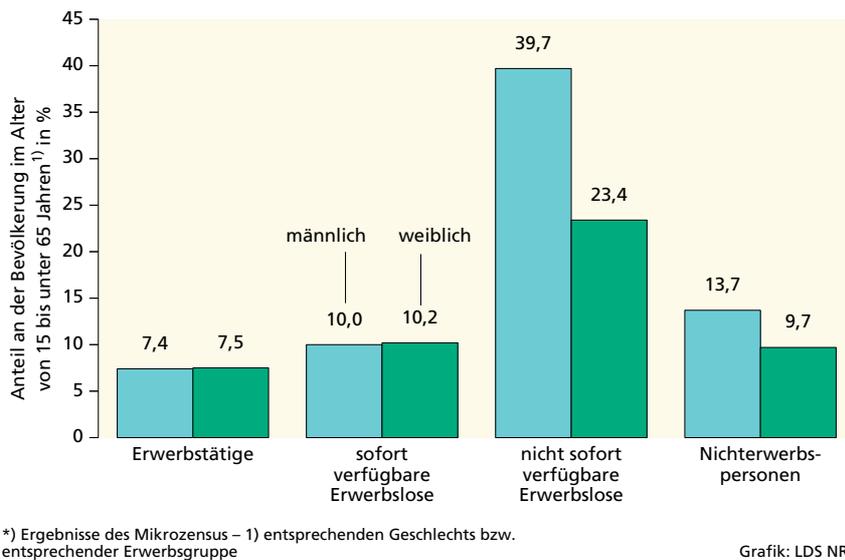


Abb. 13 Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach Geschlecht und Erwerbsgruppen

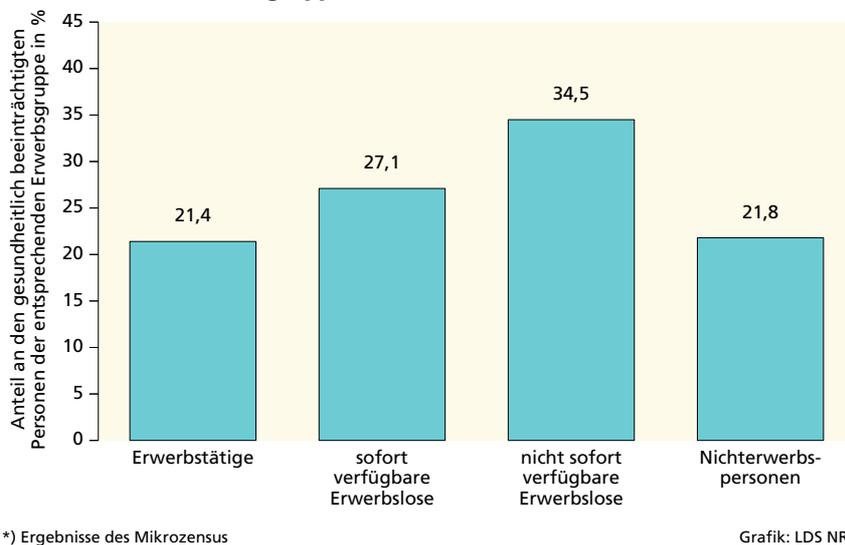


durchschnittliche Krankenanteil wird daher auf der Basis jeweils relativ niedriger bzw. hoher Krankenwerte gebildet. Weibliche Nichterwerbspersonen sind dagegen auch in den mittleren Altersgruppen durch Frauen präsent, die aus persönlichen Gründen keine Erwerbstätigkeit suchen.

Auf die Frage, ob die Erwerbstätigkeit die Krankheit verursacht oder verschlimmert hat, antwortete gut jede bzw. jeder Fünfte (22,4 %) mit ja. Auch hier liegen die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen (34,5 %) deutlich über dem Durchschnitt (siehe Abb. 14).

Sowohl für die sofort verfügbaren als auch für die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen ist der Anteil erwerbsinduzierter Erkrankungen höher als für die Erwerbstätigen. Dies deutet darauf hin, dass es sich bei den Erstgenannten um Personen handelt, die hohen beruflichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren. Diese Arbeitsbedingungen haben die Gesundheit dieser Menschen nachhaltig beeinträchtigt und möglicherweise auch ihre Erwerbsbeteiligung beeinflusst. Der Anteil der Entlassenen ist bei den erwerbsinduziert erkrankten Erwerbslosen höher als bei Erwerbslosen, die keinen Zusammenhang zwischen ehemaliger Erwerbstätigkeit

Abb. 14 Personen mit einer erwerbsbedingten Erkrankung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach Erwerbsgruppen



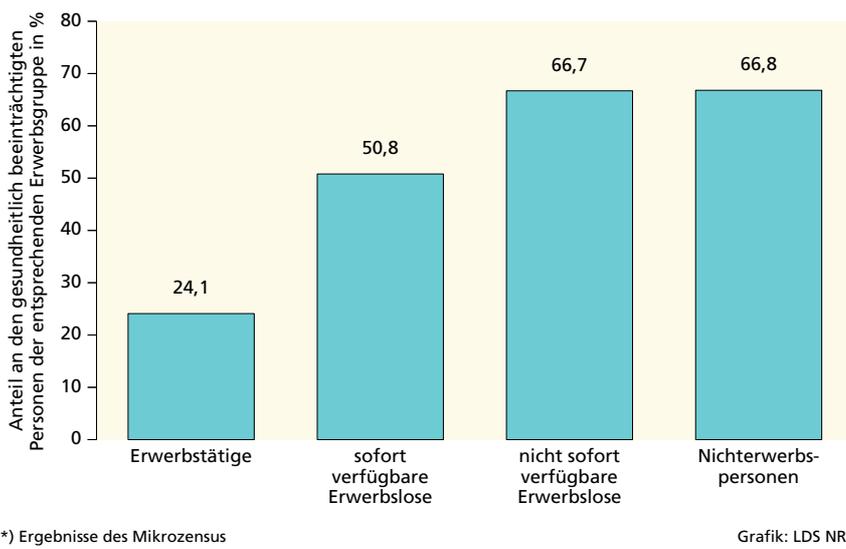
und Erkrankung sehen. Auch bei den erwerbsbedingt erkrankten Nichterwerbspersonen ist ein Einfluss auf die Erwerbsbeteiligung zu erkennen. Knapp zwei Drittel von ihnen gingen aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand.

Bei anderen Vergleichen zwischen erwerbsbedingt und „normal“ Erkrankten wird ebenfalls deutlich, dass der Gesundheitszustand erwerbsbedingt Erkrankter stärker beeinträchtigt ist. Mehr als vier Fünftel der erwerbsinduziert Erkrankten (86,6 %) sind noch zum Erhebungszeitpunkt krank, viele bereits über ein Jahr (59,1 %). Des Weiteren ist ihr Behindertenanteil höher als derjenigen, die keinen Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Erkrankung sehen.

Auch bei den erkrankten Erwerbstätigen beschreiben die erwerbsbedingt Erkrankten ihren Gesundheitszustand negativer. Besonders häufig sind Beschäftigte in Gesundheitsdienstberufen sowie sozialen und erzieherischen Berufen von erwerbsbedingten Erkrankungen betroffen. Frauen (17,3 %) sehen seltener als Männer (27,2 %) einen Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Erkrankung. Die Frauen aber, die ihre Erkrankung als erwerbsbedingt einstufen, beurteilen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu den „normal“ Erkrankten ebenfalls negativer.

Fast jede zweite Person mit gesundheitlichen Problemen (43,1 %) war bereits über ein Jahr krank. Auch hier weisen die Erwerbstätigen den positivsten Gesundheitszustand auf (siehe Abb. 15, S. 16). Nur rund ein Viertel der erkrankten Erwerbstätigen (24,1 %) leidet über ein Jahr an einer Erkrankung. Den höchsten Anteil an Langzeitkranken verzeichnen dagegen die Nichterwerbspersonen mit 66,8 %. Insbesondere die männlichen Nichterwerbspersonen (74,5 %) leiden unter langwierigen Erkrankungen. Hierbei handelt es sich überwiegend um ältere Frührentner. Des Weiteren sind die langfristigen Erkrankungen eng mit Behinderungen verknüpft, denn jeder zweite Langzeitkranke ist behindert.

Abb. 15 Personen mit einer Erkrankungsdauer von über einem Jahr im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach Erwerbsgruppen



lich über diesem Wert. Der problematische Gesundheitszustand der nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen wird auch hier durch eine sehr hohe Anzahl von Langzeiterkrankten bestätigt.

Eine deutlich positivere Beurteilung ihres Gesundheitszustandes geben die Erwerbstätigen ab. Sie sind seltener und kürzer krank. Darüber hinaus sehen sie im geringeren Umfang einen Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Erkrankung. Hieraus und aus dem höheren Anteil erwerbsinduzierter Erkrankungen bei den Erwerbslosen kann gefolgert werden, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen möglicherweise ein erhöhtes Erwerbslosigkeitsrisiko besitzen.³⁵⁾

Fazit

Die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen sind deutlich häufiger krank als die sofort verfügbaren Erwerbslosen, die Nichterwerbspersonen und die Erwerbstätigen. Dies ist insbesondere auf den schlechten Gesundheitszustand der männlichen nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen zurückzuführen.

Die Bewertung der Erkrankung als erwerbsinduziert wird deutlich häufiger von Erwerbslosen abgegeben.

Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass sie gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren, die zu langwierigen Erkrankungen geführt haben. Wiederum am stärksten betroffen sind die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen.

Über zwei Fünftel der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind bereits ein Jahr und länger krank. Die Nichterwerbspersonen mit ihrer überdurchschnittlichen Präsenz älterer Menschen liegen deut-

4.2 Gesundheitsverhalten

Übergewicht und Rauchen stehen im Verdacht, für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich zu sein. Insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen werden gesundheitsriskante Verhaltensweisen beobachtet, welche die gesundheitliche Situation zusätzlich belasten.³⁶⁾

35) Vgl. Robert-Koch-Institut 2005: 55. – 36) Vgl. Robert-Koch-Institut 2005: 7.

3. Angaben zur Gesundheit der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Mai 2003*) nach Erwerbsgruppen und Geschlecht							
Erwerbsgruppe Geschlecht	Bevölkerung 1 000	Standardized Mortality Ratio ¹⁾	Kranke ²⁾			Raucher/-innen	
			zusammen	und zwar		zusammen	darunter erkrankt
				erwerbsbedingt krank	seit über einem Jahr erkrankt		
in % der entsprechenden Bevölkerungsgruppe							
Insgesamt	11 888	1,0	8,9	22,4	43,1	32,5	10,9
männlich	5 965	.	9,2	27,2	42,9	36,7	11,1
weiblich	5 923	.	8,7	17,3	43,3	28,2	10,7
davon							
Erwerbstätige	7 436	0,8	7,4	21,4	24,1	34,9	8,8
männlich	4 177	.	7,4	23,1	23,0	37,6	8,4
weiblich	3 259	.	7,5	19,4	25,7	31,4	9,5
sofort verfügbare Erwerbslose	742	1,1	10,1	27,1	50,8	49,9	12,1
männlich	458	.	10,0	29,7	51,3	54,9	11,4
weiblich	284	.	10,2	/	52,0	42,1	13,5
nicht sofort verfügbare Erwerbslose	124	2,9	32,4	34,5	66,7	47,1	39,6
männlich	69	.	39,7	44,4	66,7	56,9	50,0
weiblich	54	.	23,4	/	/	36,2	/
Nichterwerbspersonen	3 586	1,0	11,1	21,8	66,8	23,2	15,4
männlich	1 260	.	13,7	31,4	74,5	26,0	20,1
weiblich	2 326	.	9,7	13,9	61,0	21,7	12,2

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Verhältnis der Anzahl der beobachteten Erkrankungsfälle zur Anzahl der Erkrankungsfälle, die erwartet würden, wenn in der Studienpopulation die Erkrankungshäufigkeit der Standardbevölkerung – hier die NRW-Bevölkerung – gelten würde – 2) Kranke und Unfallverletzte zusammengefasst

In Abhängigkeit vom Erwerbsstatus sind vor allem für das Rauchen deutliche Unterschiede im gesundheitsrisikanten Verhalten und in dessen Auswirkungen erkennbar. Die männlichen nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen rauchen nicht nur deutlich häufiger als die Erwerbstätigen und die Nichterwerbspersonen, sondern leiden auch stärker unter den gesundheitlichen Folgen.

Die Tabelle 3 fasst die wichtigsten Ergebnisse zu den Gesundheitsfragen und zum Gesundheitsverhalten zusammen.

5 Zusammenfassung

Ziel dieser Untersuchung war die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Abhängigkeit von der Erwerbsbeteiligung. Hierbei stand die Frage im Vordergrund, inwieweit sich Unterschiede innerhalb und zwischen den Gruppen der Erwerbstätigen, der Erwerbslosen und der Nichterwerbspersonen auf die Gesundheit auswirken. Daher wurden nur Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren berücksichtigt.

Soziale Faktoren wie Bildung, berufliche Qualifikation und Einkommen besitzen einen Einfluss auf die Gesundheit. Personen mit höherer Bildung, höherer beruflicher Qualifikation und höherem Einkommen weisen unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeiten auf. In Abhängigkeit vom Alter variieren die Krankenanteile ebenfalls. Sie steigen erwartungsgemäß mit zunehmenden Lebensjahren an. Die Krankenanteile von Frauen und Männern unterscheiden sich dort, wo geschlechtsspezifische Lebensentwürfe deutlich werden. Teilzeitbeschäftigte Frauen und weibliche Erwerbslose, die aus persönlichen sowie familiären Gründen ihre Erwerbstätigkeit aufgeben, weisen geringere Erkrankungshäufigkeiten auf als die jeweiligen männlichen Vergleichsgruppen.

Die Erwerbstätigen beschreiben ihren Gesundheitszustand deutlich positiver als die Erwerbslosen und die Nichterwerbspersonen. Besonders nie-

drige Krankenanteile weisen teilzeitbeschäftigte Frauen, Selbstständige und Erwerbstätige mit weit reichenden Befugnissen auf. Überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeiten sind mit besonders zeitlich, aber auch psychisch belastenden Arbeitsbedingungen verknüpft wie die Schichtarbeit oder die Tätigkeit in sozialen und erzieherischen Berufen.

Die nicht sofort verfügbaren Erwerbslosen geben deutlich häufiger als alle anderen an, krank zu sein. Ihr hoher Prozentsatz erwerbsbedingter Erkrankungen, insbesondere auch im Vergleich zu den Erwerbstätigen, legt die Vermutung nahe, dass es sich bei ihnen um Personen handelt, die in ihrer früheren Erwerbstätigkeit großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren, die sie krank und möglicherweise auch erwerbslos machten.

Die Differenz der Krankenanteile zwischen den sofort verfügbaren Erwerbslosen und den Erwerbstätigen schwankt in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitssuche bzw. Erwerbslosigkeit und den Gründen der Erwerbslosigkeit. Die niedrigsten Erkrankungshäufigkeiten weisen sofort verfügbare Erwerbslose auf, die erst seit Kurzem aufgrund einer Entlassung erwerbslos sind. Sie sind sogar seltener krank als die zum Erhebungszeitpunkt Erwerbstätigen. Längere Arbeitssuche bzw. Erwerbslosigkeit ist dagegen überwiegend mit höheren Erkrankungshäufigkeiten verknüpft.

Gesundheitliche Gründe spielen bei dem Verzicht der Nichterwerbspersonen auf eine Erwerbsbeteiligung keine Rolle. Ihr erhöhter Krankenanteil ist auf die überdurchschnittliche Präsenz älterer Menschen im Vergleich zu den anderen Erwerbsgruppen zurückzuführen.

Die gesundheitlichen Verhaltensweisen, insbesondere der Nikotinkonsum, unterscheiden sich zwischen den Erwerbstätigen, Erwerbslosen und Nichterwerbspersonen. Nicht sofort verfügbare Erwerbslose rauchen nicht nur deutlich häufiger, sondern leiden auch stärker unter den gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens.

Literatur

Beermann, Beate (1996): Bilanzierung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Nacht- und Schichtarbeit. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sonderausgabe 4. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Bergmann, K. E.; Mensink, G. B. M. (1999): Körpermaße und Übergewicht. In: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. 115 – 120

BKK Bundesverband (Hrsg.) (2004): BKK Gesundheitsreport 2004. Gesundheit und sozialer Wandel. Essen: BKK

Blossfeld, Hans-Peter (1985): Bildungsexpansion und Berufschancen. Frankfurt: Campus

Brückner, Gunter (1991): Gesundheitsrisiko „Rauchen“. Ergebnis des Mikrozensus 1989 zu den Rauchgewohnheiten der Bevölkerung. In: Wirtschaft und Statistik 1991, 5, S. 341 – 352

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1999): Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Berlin: BMFSFJ

DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.) (2003): DAK-Gesundheitsreport 2003. Hamburg: DAK

DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.) (2001): DAK-Gesundheitsreport Frauen – Beruf – Familie Doppelbelastung ein Mythos? Hamburg: DAK

Dittrich, Stefan (2001): Fragen zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 1999. In: Wirtschaft und Statistik 2001, 9, S. 771 – 780

Hans-Böckler-Stiftung; Institut Arbeit und Technik (Hrsg.) (2005): Altersübergangs-Report 2005 – 05. Düsseldorf Gelsenkirchen <http://www.iatge.de/laem-report/2005/2005-05/laem2005-05.pdf> (Stand 20. 9. 2005)

Hollederer, Alfons (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 35, Heft 3, S. 411 – 428

Knop, Werner (1998): Erwerbstätige mit besonderen zeitlichen Arbeitsbedingungen. Ergebnisse des Mikrozensus 1997. In: Wirtschaft und Statistik 1998, 11, S. 892 – 900

Lander, Bettina; Seifert, Wolfgang (2006): Bildungsreport NRW 2006. In: Statistische Analysen und Studien NRW, Band 32

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (Hrsg.) (2002): Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheits-survey Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MFJFG

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: Iögd

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (Hrsg.) (2003): Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Indikatoren-satz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Band 1: Themenfelder 1 – 5. Bielefeld: Iögd

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MS) (Hrsg.) (2000): Frauen, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation. 10. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 3. November 1999 in Hannover. Hannover

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichter-

stattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2003): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16. Berlin: Robert-Koch-Institut

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002): Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut

Statistisches Bundesamt (2005): Das Labour Force Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) http://www.destatis.de/dt_erheb/arbeitsmarkt/am_ilokonz.htm

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004): Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheitswesen. Mikrozensus 2003 – Fragen zur Gesundheit. Kranke und Unfallverletzte im Mai 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1995): Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Erläuterungen (WZ 93), Ausgabe 1993, Stuttgart: Verlag Metzler Poeschel

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1992): Klassifizierung der Berufe, systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen, Ausgabe 1992, Stuttgart: Verlag Metzler Poeschel

Aufwendungen und Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien 2004

Heike Schrankel, Diplom-Statistiker Josef Schäfer

Informations- und Kommunikationstechnologie gelten als Schlüssel für zukünftiges wirtschaftliches Wachstum. Bisher fehlten allerdings gesicherte Erkenntnisse über die Aufwendungen und Investitionen der Unternehmen in Informations- und Kommunikationstechnologien. Im Hinblick auf die vorgesehene entsprechende Erhebung der Europäischen Gemeinschaft im Rahmen der strukturellen Unternehmensstatistik und um diese Datenlücke zu schließen, führten die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder im Auftrag von Eurostat eine freiwillige Erhebung zu diesem Thema bei Unternehmen durch. Die Erhebung erfolgte auf der Grundlage von § 7 Abs. 2 BstatG.

Ziel dieser Erhebung war es, den Einfluss von Informations- und Kommunikationstechnologien auf die Produktivität der Unternehmen zu untersuchen. Dazu wurden Angaben aus der Aufwands- und Ertragsrechnung der Unternehmen herangezogen. Die Studie sollte dabei in erster Linie der Klärung wissenschaftlich-methodischer Fragestellungen dienen, d. h., ob und in welcher Form eine Erhebung zu diesem Themenkomplex gestaltet werden kann. Die Ergebniserstellung hingegen war bei dieser Pilotstudie von sekundärer Bedeutung. Das LDS NRW hat die Auswertung der Studie genutzt, um Erfahrungen mit der Befragung zu sammeln und Unplausibilitäten aufzudecken, mit dem Ziel einer methodischen Verbesserung der Erhebung. Die Ergebnisse sind aufgrund einer Reihe methodischer und organisatorischer Fragen nur begrenzt aussagefähig. Außer Deutschland nahmen noch zehn weitere europäische Länder an der Erhebung teil.

Unternehmen beteiligten sich an der Befragung, wovon knapp 14 % in die Untersuchung einfließen. Bei ca. 2 % der Unternehmen lag die Beschäftigtenzahl gemäß Auswahlgrundlage (Unternehmensregister) noch bei 10 oder mehr Personen, zum Stichtag wurde jedoch ein Wert unterhalb der Abschneidegrenze von 10 Beschäftigten genannt. Die Fragebögen dieser Unternehmen wurden daher nicht berücksichtigt. Der Fragenblock, der sich gezielt an die IT-Experten des Unternehmens richtete, wurde von jedem fünften Unternehmen, das den Fragebogen ausgefüllt zurückschickte, nicht beantwortet. Insgesamt ergab sich damit für diesen Fragenteil eine Rücklaufquote von lediglich 11 %. Die Rücklaufquote insgesamt betrug in allen Größenklassen weniger als 20 %, am geringsten war sie bei kleinen Unternehmen.

Befragt wurden Unternehmen und Einrichtungen mit 10 und mehr Beschäftigten in den Bereichen Verarbeitendes Gewerbe, Energie- und Wasserversorgung, Baugewerbe, Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern, Gastgewerbe, Verkehr und Nachrichtenübermittlung, Kredit- und Versicherungsgewerbe, Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht, Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen. Die Stichprobenziehung wurde zentral im Statistischen Bundesamt durchgeführt, geschichtet nach o. g. Unternehmensbereichen und den Beschäftigtengrößenklassen 10 bis unter 50 Beschäftigte, 50 bis unter 250 Beschäftigte sowie 250 und mehr Beschäftigte. Für jedes Unternehmen, das angeschrieben wurde, stellte Eurostat Finanzmittel in Höhe von 1,50 EUR zur Verfügung.

Knapp 16 % der rd. 7 900 angeschriebenen nordrhein-westfälischen

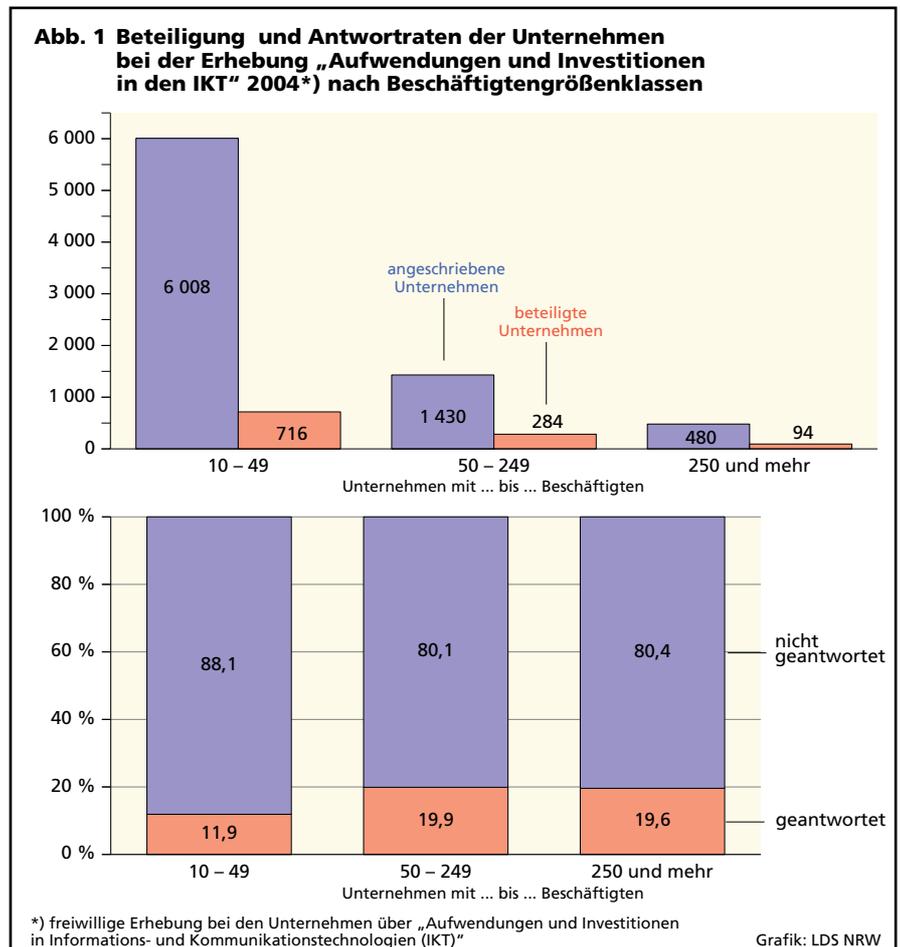
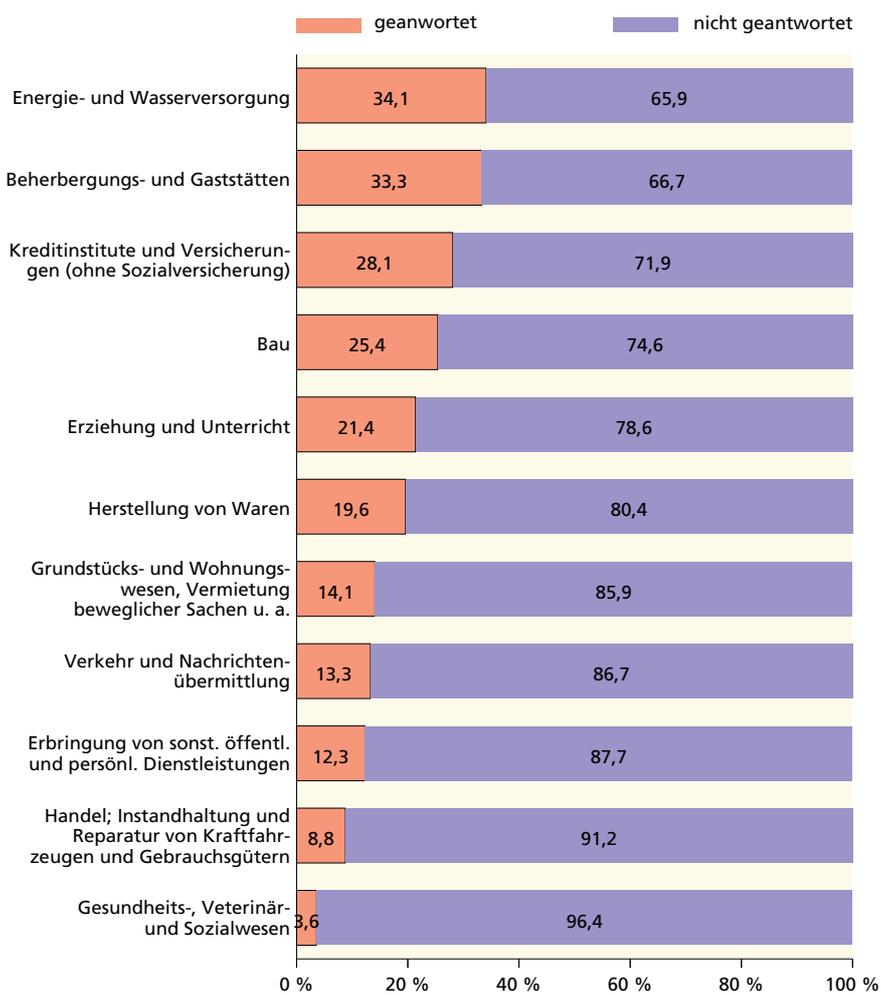


Abb. 2 Antwortraten der angeschriebenen Unternehmen bei der Erhebung „Aufwendungen und Investitionen in den IKT“ 2004*) nach Wirtschaftszweigen



*) freiwillige Erhebung bei den Unternehmen über „Aufwendungen und Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)“

Grafik: LDS NRW

Bei einer Differenzierung nach Wirtschaftszweigen sind stärkere Abweichungen bezüglich der Rücklaufquote zu erkennen. Während die Antwortraten der Energie- und Wasserversorger sowie der Beherbergungs- und Gaststätten mit über 30 % noch relativ hoch waren, beteiligten sich aus dem Bereich Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern (rd. 9 %) sowie dem Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (rd. 4 %) nur wenige Unternehmen an der Befragung.

Die geringe Rücklaufquote in bestimmten Wirtschaftszweigen lässt keine Verwertung der Ergebnisse zu. Von mehreren Unternehmen wurde eine Reihe von Fragen offensichtlich auch falsch verstanden.

Beispielhaft werden im Folgenden auffällige „Ergebnisse“ bezüglich der Fragen nach den Käufen von Hardware, Telekommunikationsgütern und sonstigen Gütern der Informations- und Kommunikationstechnologie genannt, die zumindest fragwürdig erscheinen:

- Jedes vierte Unternehmen tätigte ein Jahr lang keine Hardwarekäufe.

- Jedes dritte Unternehmen kaufte keine Software, zu der auch alle Arten von Lizenzen und Nutzungsrechten gehören.
- Mehr als die Hälfte der Unternehmen benötigte keinerlei Güter der Telekommunikationsbranche, inklusive Ersatzbeschaffungen.
- Die Hälfte der Unternehmen, die Waren gekauft haben, gab den Wert der Käufe ungekürzt als Investitionen aktivierter Bruttozugänge an. Dies steht im Widerspruch zur entsprechenden Erläuterung, wonach die Vorsteuer hierbei abzuziehen gewesen wäre.
- Mehr als ein Viertel der Unternehmen, die Hardware gekauft haben, gab an, keinerlei Investitionen in diesem Bereich getätigt zu haben.

Auch die Auswertungen anderer Fragen weisen unplausible Ergebnisse nach, zum Beispiel die Frage nach den tätigen Personen insgesamt und in Vollzeiteneinheiten. Hierbei war bei jedem fünften Unternehmen die Zahl der tätigen Personen identisch mit der Zahl der tätigen Personen in Vollzeiteneinheiten. Auf der anderen Seite arbeiteten in immerhin 6 % der Unternehmen die Beschäftigten durchschnittlich nur ein Drittel der regulären Wochenarbeitszeit oder weniger.

Die Ausfüllzeiten variierten sehr stark. Während die Mehrzahl der Betriebe weniger als 20 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens benötigte, brauchten 6,5 % der Unternehmen immerhin länger als eine Stunde dafür. Dies betrifft zwar überproportional, aber nicht aus-

Kaufverhalten der Unternehmen bei Gütern der Informations- und Kommunikationstechnologie im Jahr 2004*)

Unternehmen, die	Hardware	Software	Telekommunikation	Sonstige Informations- und Kommunikationstechnologie
	%			
... nichts gekauft haben	24,1	34,6	55,0	61,0
... nichts investiert haben, obwohl gekauft wurde ¹⁾	27,2	22,6	15,2	7,0
... gekauft haben und alles investiert haben ¹⁾	45,9	49,4	43,4	51,0

*) freiwillige Erhebung bei den Unternehmen über „Aufwendungen und Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien“ – 1) Bezugsgröße: nur die Unternehmen, die Käufe getätigt haben

Unternehmen im Jahr 2004 nach Dauer der benötigten Ausfüllzeit des Erhebungsbogens*)	
Ausfüllzeit	Unternehmen
	%
bis 10 Minuten	24,5
11 – 20 Minuten	31,1
21 – 40 Minuten	24,9
41 – 60 Minuten	12,9
61 und mehr Minuten	6,5

*) freiwillige Erhebung bei den Unternehmen über „Aufwendungen und Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien“ – 1) Bezugsgröße: nur die Unternehmen, die Käufe getätigt haben

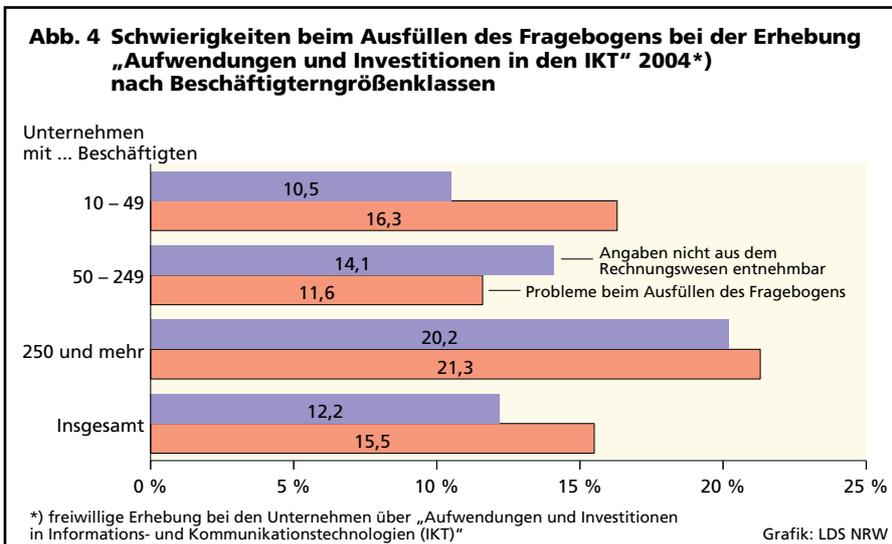
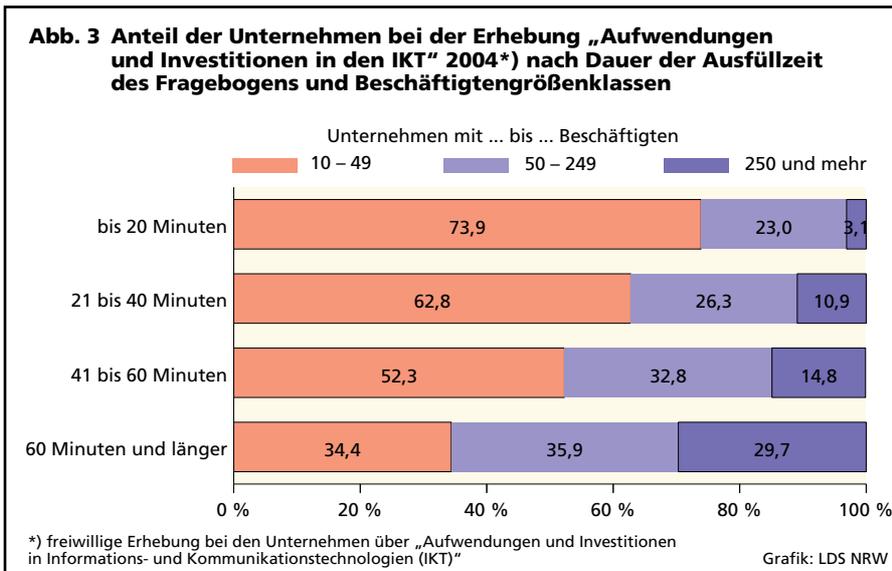
schließlich große Unternehmen. In allen Größenklassen gab es Unternehmen, die Probleme mit dem Ausfüllen der Fragebogen nannten oder die Angaben nicht aus dem Rechnungswesen entnehmen konnten.

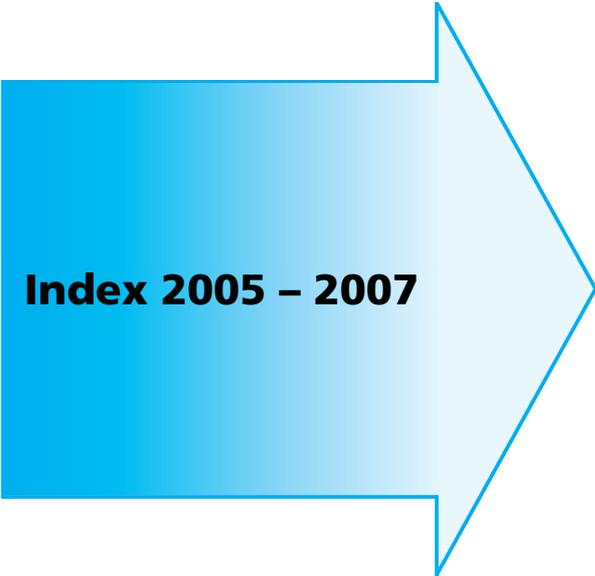
Den Unternehmen wurde die Möglichkeit gegeben, sich zu Unklarheiten

und Problemen bezüglich des Fragebogens zu äußern. Die vielschichtigen und sehr unterschiedlichen Antworten hierzu machen deutlich, wie stark die Unternehmensstrukturen von einander abweichen und dass es anscheinend noch nicht gelungen ist, den Fragebogen zu dieser Erhebung so zu konzipieren, dass sich jede Art von Unternehmen in allen zu beantwortenden Fragen wieder findet. Viele Befragte waren der Ansicht, dass der Fragebogen für ihre Art des Unternehmens – z. B. Dienstleistungsunternehmen – nicht relevant wäre. Dass andere sich sogar für die Art des Fragebogens bedankten und ihn als logisch und sinnvoll empfanden, zeigt die extrem unterschiedliche Einschätzung des offenbar nur bestimmte Unternehmensstrukturen ansprechenden Fragebogens.

Resümee

Erkenntnisse über die Aufwendungen und Investitionen der Unternehmen in Informations- und Kommunikationstechnologien sind zweifelsohne notwendig. Die in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Pilotstudie gewonnenen Erfahrungen lassen aber noch Verbesserungsbedarf bei der Durchführung sowie der Auswahl und Formulierung der Fragen erkennen. Die geringe Beteiligung in bestimmten Wirtschaftszweigen sowie bei kleineren Unternehmen könnte ein Indiz für einen die unterschiedlichen Unternehmensstrukturen nicht hinreichend berücksichtigenden Fragebogen sein. Abgesehen von dem für valide statistische Aussagen zu niedrigen Nettostichprobenumfang und dem daraus resultierenden hohen Zufallsfehler sind damit auch nicht stichprobenbedingte systematische Fehler aufgrund einer einseitigen Auswahl (z. B. nach Wirtschaftszweigen) und offenbar missverständlicher Fragen in größerem Umfang zu erwarten. Von einer Auswertung und erst recht von einer Interpretation der nordrhein-westfälischen Ergebnisse der Erhebung zu „Aufwendungen und Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien“ wird das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen daher absehen. Auf einer Sitzung der Eurostat-Task Force „ICT Investments“ im Dezember 2006 in Luxemburg hat der Vertreter des Statistischen Bundesamtes u. a. das „unbefriedigende Antwortverhalten sowie eine stark unterdurchschnittliche Rücklaufquote“ in Deutschland zur Sprache gebracht. Eine Einigung über das weitere Vorgehen konnte auf dieser Sitzung nicht erzielt werden. Die weitere Entwicklung bleibt daher abzuwarten. In Deutschland wird sich der Ausschuss für das Statistische Programm (ASP) noch mit diesem Thema befassen.





Index 2005 - 2007

Ausgaben des Jahres 2007

Band 41
Z 08 1 2007 52
2,50 EUR

Gesundheit und Erwerbsbeteiligung
Diplom-Statistikerin Maria Frese, Norbert Merschmann

**Aufwendungen und Investitionen
in Informations- und Kommunikationstechnologien 2004**
Heike Schrankel, Diplom-Statistiker Josef Schäfer

Band 40
Z 08 1 2007 51
2,50 EUR

Materialeinsatz und Rohstoffverbrauch in Nordrhein-Westfalen
Dr. Leontine von Kulmiz

Ausgaben des Jahres 2006

Band 39
Z 08 1 2006 63
2,50 EUR

Gesundheit und Arztbesuche – Erste Ergebnisse aus EU-SILC – LEBEN IN EUROPA 2005
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht

Statistische Quellen mit Gesundheitsdaten für NRW
Diplom-Volkswirt Hans-Jürgen Treeck

Band 38
Z 08 1 2006 62
8,50 EUR

**Auswirkungen des demografischen Wandels – Aktualisierte Ergebnisse
der Modellrechnungen für die Bereiche Haushalte, Erwerbspersonen und Pflegebedürftigkeit**
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH; Diplom-Mathematiker Paul Berke

Band 37
Z 08 1 2006 61
2,50 EUR

Wie Ausländer und Deutsche Unternehmen in NRW gründen wollen
Diplom-Volkswirtin Doris Blechinger

Verbesserung der Ergebnisqualität bei der Fortschreibung des Bruttoinlandsprodukts
Dr. Marco Scharmer

Band 36
Z 08 1 2006 60
7,00 EUR

Auswirkungen des demografischen Wandels – Teil II
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH; Diplom-Statistikerin Diana Andrä

Band 35
Z 08 1 2006 59
2,50 EUR

**Zur Möglichkeit der Regionalisierung privater Einkommen
auf die Gemeinden Nordrhein-Westfalens**
Dr. Marco Scharmer

**Einkommensverteilung und Armutsrisikoquoten im Bund-Länder-Vergleich
– Analysen mit dem Mikrozensus 2003**
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht, Diplom-Sozialwissenschaftler Alfred Hullmann, Yvonne Bergmann

Band 34
Z 08 1 2006 58
2,50 EUR

**Strukturinformationen zum Arbeitsmarkt 3. Quartal 2005
Erwerbsverhalten älterer Menschen**
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht

Band 33
Z 08 1 2006 57
2,50 EUR

Auswirkungen des demografischen Wandels – Kurzfassung – Teil II
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH

Band 32
Z 08 1 2006 56
3,00 EUR

**Bildungsreport NRW 2006:
Informationen zu ausgewählten Bildungsbereichen**
Bettina Lander M. A.

Die Arbeitsmarktintegration von jungen Erwachsenen 2004
Dr. Wolfgang Seifert

Band 31
Z 08 1 2006 55
3,00 EUR

**Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen
Nordrhein-Westfalens 2005 bis 2025/2050**
Dr. Kerstin Ströker

Band 30
Z 08 1 2006 54
3,00 EUR

Bedeutung der Türkei für den Außenhandel des Landes Nordrhein-Westfalen
Diplom-Volkswirt Nils Radmacher-Nottelmann

noch: **Ausgaben des Jahres 2006**

Band 29
Z 08 1 2006 53
3,00 EUR

Datenangebot und Datenzugang im Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter
Dr. Sylvia Zühlke, Diplom-Sozialwissenschaftlerin Helga Christians

Das Studienkontenmodell an den Hochschulen in Nordrhein-Westfalen: Auswirkungen auf die Studierendenzahlen
Birgit Kempf, Anne Schopp, Anja Gehrcken

Nachfrage nach Dienstleistungen 2003
Heike Schrankel, Diplom-Statistikerin Katharina Götz

Die Arbeitsmarktintegration von jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund in NRW
Dr. Wolfgang Seifert

Band 28
Z 08 1 2006 52
3,00 EUR

Gründungen und Schließungen in Deutschland – Ein Konzept zur demografischen Auswertung des Unternehmensregisters
Diplom-Kauffrau Ingrid Kaack

Strukturelle Entwicklung der Landwirtschaft von 1971 bis 2003
Diplom-Volkswirt Hartmut Kopmeier

Wirtschaftliche Aspekte der Studierenden 1996 und 2004
Lars Kuhlmeier, Dr. Wolfgang Seifert

Verwendung von Verwaltungsdaten für konjunkturstatistische Zwecke
Diplom-Kauffrau Ingrid Kaack

Personal und Finanzen der öffentlich bestimmten Fonds, Einrichtungen, Betriebe und Unternehmen (FEU) in privater Rechtsform im Jahr 2003
Diplom-Volkswirt Peter Emmerich

Band 27
Z 08 1 2006 51
3,00 EUR

Der Weg zu einem ersten registrierten Zensus in Deutschland im Jahre 2011
Diplom-Volkswirt Helmut Eppmann, Diplom-Statistiker Josef Schäfer

Ergänzende Strukturmerkmale zur Erwerbstätigenrechnung – Unterscheidung nach „Vollzeit-“ und „Nicht-Vollzeiterwerbstätigen“
Diplom-Ingenieur Hans Menge, Miriam Sperl

Wirtschaftskraft und Wirtschaftsentwicklung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens
Dr. Marco Scharmer

Ausgaben des Jahres 2005

Band 26
Z 08 1 2005 58
2,50 EUR

Strukturinformationen zum Arbeitsmarkt 2. Quartal 2005 Flexible Arbeit – Arbeitszeiten in NRW
Diplom-Soziologin Eva Munz

Band 25
Z 08 1 2005 57
11,00 EUR

Auswirkungen des demografischen Wandels – Teil I
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH; Diplom-Mathematiker Paul Berke

Band 24
Z 08 1 2005 56
3,00 EUR

Bildungsmobilität: Wie weit fällt der Apfel vom Stamm?
Dr. Wolfgang Seifert

Räumliche Mobilität und Übergänge von Erwerbslosigkeit in Erwerbstätigkeit
Katja Möhring, Dr. Sylvia Zühlke

Zeitverwendung der privaten Haushalte – Vergleich der Zeitbudgeterhebungen 2001/02 gegenüber 1991/92
Heike Schrankel

Band 23
Z 08 1 2005 55
2,50 EUR

Ein sachgebietsübergreifendes Berichtskreismanagement bei den Fonds, Einrichtungen und wirtschaftlichen Unternehmen in den Finanz- und Personalstatistiken
Diplom-Volkswirt Heinz-Peter Emmerich

noch: **Ausgaben des Jahres 2005**

Noch: **Band 23**
Z 08 1 2005 55
2,50 EUR

Erstmalige Verarbeitung der Dateien der Industrie- und Handelskammern im nordrhein-westfälischen Unternehmensregister
Diplom-Soziologe Matthias Wieckmann

Ausmaß und Folgen unbeobachteter Übergänge im Rahmen des Mikrozensus-Panels Ergebnisse empirischer Analysen
Diplom-Soziologe Michael Konold

Band 22
Z 08 1 2005 54
3,00 EUR

Indikatoren der Erwerbstätigkeit Ergänzung der Erwerbstätigen-„Kopfzahlen“ durch „Vollzeit-Äquivalente“ und „Standard-Arbeitsvolumen“ – Modellrechnungen für die Kreise in NRW
Diplom-Ingenieur Hans Menge

Pendlerverflechtungen in Nordrhein-Westfalen – Analyse der revidierten Ergebnisse
Dr. Marco Scharmer

Band 21
Z 08 1 2005 53
2,50 EUR

Auswirkungen des demografischen Wandels – Kurzfassung – Teil I
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH

Band 20
Z 08 1 2005 52
2,50 EUR

Nordrhein-westfälisches Unternehmensregister im Einsatz Eine Methodenbeschreibung mit ersten Auswertungsergebnissen
Diplom-Volkswirtin Doris Blechinger

Datenqualität bei Online-Erhebungen in privaten Haushalten
Diplom-Soziologin Anke Gerhardt

Band 19
Z 08 1 2005 51
3,40 EUR

Umweltökonomische Gesamtrechnungen (UGR) Nordrhein-Westfalens – Basisdatenanalyse –
Dr. Leontine von Kulmiz

Geheimhaltung mit Makrodaten – Das Beispiel der Beherbergungsstatistik
Diplom-Volkswirt Nils Radmacher-Nottelmann

Die erste Online-Erhebung der amtlichen Statistik bei Privathaushalten – ein Projektbericht
Diplom-Soziologin Anke Gerhardt

Arbeitsplatz- und Berufswechsel
Dr. Wolfgang Seifert