

Kranke und unfallverletzte Personen im Mai 1976

Ergebnis einer Mikrozensus-Zusatzbefragung

Allgemeines

Krankheiten und Unfälle sind nicht nur für den Betroffenen von großer Bedeutung, sondern sie haben auch beispielsweise durch Arbeitsausfälle volkswirtschaftliche Auswirkungen. Dabei ist auch an das Kostenproblem zu denken; haben doch gerade die Kosten im Gesundheitswesen in den letzten Jahren einen besorgniserregenden Umfang angenommen. Weiter hat sich in unserer Zeit immer mehr die Erkenntnis durchgesetzt, daß viele ärztliche Untersuchungen und Maßnahmen notwendig sind, um die Krankheitsanfälligkeit der Menschen zu verringern und die Unfallgefahren einzudämmen. So müßten zum Beispiel die Umwelteinflüsse oder auch die Arbeitsbedingungen, denen Erwerbstätige unterworfen sind, unter dem Aspekt der Auswirkung auf die Gesundheit geprüft werden. Darüber hinaus sind Gesundheitserziehung, gesundheitliche Aufklärung und Beratung unabdingbare Voraussetzung für eine wirksame Gesundheitsvorsorge, wie zum Beispiel *Härzschel* ausführt¹. Ferner spielen Freizeitverhalten und Ernährungsgewohnheiten der Menschen eine große Rolle.

Befragungen über Krankheiten und Unfälle

Über den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung gibt es in der Bundesrepublik noch keine allgemeine Statistik. Lediglich für einige Krankheiten liegen aufgrund gesetzlicher Regelungen Angaben vor. Auch führen gesetzliche Krankenkassen für einen Teil ihrer Mitglieder Statistiken über Krankheitsarten. Ferner sind in diesem Zusammenhang Modelluntersuchungen verschiedener Versicherungsträger und sonstiger Institutionen zu erwähnen.

Um Informationen über die Krankheiten und Unfälle der Bevölkerung zu erhalten, wurde erstmals 1966 im Rahmen des Mikrozensus eine Befragung der Bevölkerung für einen bestimmten Zeitraum durchgeführt². Seit 1970 wird diese Erhebung in meist zweijähriger Periodizität wiederholt. Dabei wurden im April 1974 und im Mai 1976 jeweils 1% der Bevölkerung erfaßt. Entgegen dem bei anderen Statistiken üblichen Verfahren, nach dem durch die jeweils erforderliche Rechtsgrundlage auch eine Auskunftspflicht begründet wird, beruhte diese Zusatzbefragung auf einer freiwilligen Auskunftsbereitschaft der Befragten.

¹ Vgl. Härzschel, K., Aktuelle Gesundheitsprobleme, in: Arbeits- und Sozialrecht, Mitteilungsblatt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Heft 5/1978.

² Vgl. Kaeser, H., Erkrankungen und Unfälle im April 1966, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 5/1970.

Bei diesen Stichproben lag bei einer Person Krankheit im Sinne der Befragung dann vor, wenn diese sich während des Berichtszeitraumes so beeinträchtigt fühlte, daß sie ihrer üblichen Beschäftigung nicht nachgehen konnte. Die Inanspruchnahme eines Arztes war keine Voraussetzung dafür, als Kranker im Sinne der Erhebung erfaßt zu werden. Deshalb ist zum Teil nur subjektiv empfundenes Kranksein von den medizinisch durchweg nicht vorgebildeten Interviewern, denen bei der Erhebung ein alphabetisches Verzeichnis mit „Beispielen für Krankheitsbezeichnungen“ zur Verfügung stand, registriert worden. Allerdings wurde versucht, mit Fragen nach dem stationären Krankenhausaufenthalt, nach der Bettlägerigkeit (zu Hause), der Arbeitsunfähigkeit sowie nach dem Arztbesuch infolge Krankheit bzw. Unfalls die Krankheiten insbesondere in ihrem Schweregrad zu objektivieren. Litt die befragte Person während des Berichtszeitraumes an mehreren Krankheiten, so war nur die schwerwiegendste Krankheit anzugeben. Bei der Befragung wurde ein „gleitender“ Berichtszeitraum von vier Wochen vor dem jeweiligen Befragungstag zugrunde gelegt.

Die hier veröffentlichten Zahlen stellen Ergebnisse einer 1%-Stichprobe dar, die hochgerechnet worden sind. Wegen eines möglichen größeren Zufallsfehlers wurde auf die Angabe von Werten unter 5000 (weniger als 50 Erfaßte in der Stichprobe) verzichtet, sie sind in den Tabellen durch (.) dargestellt. Werte zwischen 5000 und 10 000 wurden wegen ihrer eingeschränkten Aussagekraft in Klammern () gesetzt. Mit den aus diesen Werten errechneten Prozentzahlen ist entsprechend verfahren worden. Abweichungen in den Summen ergaben sich durch Runden der Zahlen.

1,6 Millionen Kranke

Im Berichtszeitraum hatten in Baden-Württemberg rund 1,6 Mill. Menschen, das waren 17,4% der Bevölkerung, eine Krankheit oder eine Unfallverletzung (Tabelle 1). Dabei war im ganzen der Anteil der Frauen mit 18,6% der weiblichen Bevölkerung höher als der entsprechende der Männer (16,1%). Im Vergleich mit den Männern war die Krankheitshäufigkeit isoliert betrachtet bei den Frauen höher. Der Anteil der Kranken stellte sich beim weiblichen Geschlecht auf 17,8%, beim männlichen Geschlecht auf 14,5%. Demgegenüber ließ sich bei den Unfällen das umgekehrte Verhältnis beobachten. Bei den Männern machte die Quote aller Unfallverletzten (einschließlich gleichzeitig Kranker) 1,8%, bei den Frauen 1,0% aus. Die höhere Unfallgefährdung des männlichen Geschlechtes erklärt

Tabelle 1
Kranke bzw. unfallverletzte Personen im Berichtszeitraum¹⁾
Ergebnis des Mikrozensus April 1974 und Mai 1976

Personengruppe	1974		1976			
	Insgesamt		männlich		weiblich	
	1000	%	1000	%	1000	%
Wohnbevölkerung	9 240	9 140	4 387	100	4 753	100
Kranke bzw. Unfallverletzte	1 494	1 592	708	16,1	885	18,6
Kranke, nicht gleichzeitig unfallverletzt	1 401	1 465	626	14,3	839	17,7
Kranke, gleichzeitig unfallverletzt	(9)	19	11	0,3	(8)	0,2
Kranke zusammen	1 410	1 484	637	14,5	847	17,8
Akut-Kranke	634	722	341	7,8	382	8,0
Chronisch-Kranke	776	762	296	6,7	465	9,8
Unfallverletzte, nicht gleichzeitig krank	84	108	70	1,6	38	0,8
Unfallverletzte zusammen	93	127	81	1,8	46	1,0
Personen weder krank noch unfallverletzt	7 737	7 529	3 669	82,4	3 860	81,2

¹⁾ 4 Wochen vom jeweiligen Befragungstag aus zurückgerechnet. – Differenzen in den Summen ergeben sich durch Runden der Zahlen.

Tabelle 2
Kranke Personen im Berichtszeitraum¹⁾ nach Anteil der Chronisch-Kranken und Altersgruppen
 April 1974 und Mai 1976

Alter von ... bis unter ... Jahren	1974		1976				
	Insgesamt		männlich	weiblich	darunter Chronisch-Kranke		
					zusammen	männlich	weiblich
	1000				%		
unter 15	199	191	111	80	7,3	9,0	(,)
15-40	304	332	153	180	21,7	19,6	23,3
40-65	480	502	217	285	61,6	59,9	62,8
65 und mehr	428	459	157	302	80,0	80,9	79,5
Insgesamt	1 410	1 484	637	847	51,3	46,5	54,9
	auf 10 000 Einwohner						
unter 15	928	944	1 056	823	70	96	(,)
15-40	913	1 008	906	1 113	217	177	258
40-65	1 873	1 950	1 841	2 042	1 200	1 102	1 283
65 und mehr	3 533	3 695	3 323	3 924	2 958	2 686	3 125
Insgesamt	1 526	1 624	1 453	1 782	833	675	979

¹⁾ 4 Wochen vom jeweiligen Befragungstag aus zurückgerechnet.

sich durch Arbeits- bzw. Wegeunfälle und durch die gegenüber den Frauen allgemein höhere Teilnahme am Straßenverkehr mit den damit verbundenen Gefahren.

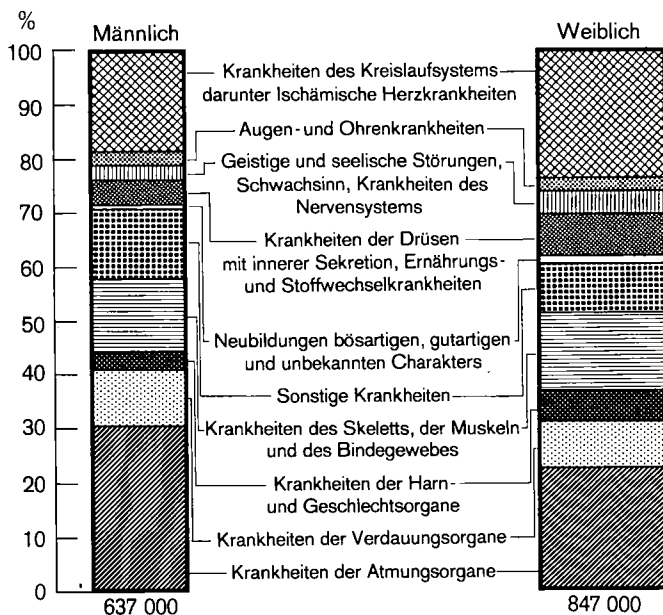
Gegenüber der letzten Befragung im Rahmen des Mikrozensus im April 1974 nahm die Zahl der Kranken und Unfallverletzten im ganzen um 6,6% zu; dabei war die Steigerung bei allen Unfallverletzten mit gut einem Drittel höher als die der Kranken (5,2%). Demnach ist die Unfallhäufigkeit stärker gestiegen. Die höhere Zahl der Kranken wurde im wesentlichen durch die Zunahme der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises hervorgerufen, also von Arthritis, Spondylitis und Polyarthritiden - Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.

In ärztlicher Behandlung waren 1,4 Mill. Befragte (92,6%). Überraschend ist, daß sich 110 000 Personen für krank hielten, aber keinen Arzt konsultierten, obwohl die ärztliche Versorgung in unserem Land recht gut ist. Kamen doch Ende 1976 insgesamt 533 Einwohner auf einen kurativ tätigen Arzt (Arzt in freier Praxis und Krankenhausarzt).

Beim größten Teil der Kranken (914 000) war die Krankheit glücklicherweise leichter Art, nur 570 000 Personen waren bettlägerig, 81 000 waren während des Berichtszeitraumes in stationärer Krankenhausbehandlung; am Befragungstag war von diesen etwa ein Viertel aus dem Krankenhaus wieder entlassen. Unter den Kranken befanden sich 722 000 Akutkranke, das war die Hälfte der Befragten. Von diesen waren 282 000 am Befragungstag noch krank, während 441 000 Personen angaben, wieder gesund zu sein, wobei die meisten von ihnen (343 000) eine Krankheitsdauer bis zu zwei Wochen nannten. Bei der Gliederung der Kranken nach der Erwerbstätigkeit ergibt sich, daß sich immerhin 538 000 Erwerbstätige als krank bezeichneten, das waren 36,3% der Kranken und 13,4% der Erwerbstätigen. Gut die Hälfte der kranken Erwerbstätigen war männlichen Geschlechts. Im Durchschnitt beider Geschlechter war die Quote der Kranken im Alter von 40 bis unter 65 Jahren - bezogen auf dieselbe Gruppe der Erwerbstätigen - erwartungsgemäß mit 16,5% wesentlich höher als die der unteren Altersgruppe (10,4%). Auch geschlechtsspezifisch ließen sich Differenzierungen beobachten: Die Frauen waren in allen Altersgruppen häufiger krank als die Männer.

Schaubild 1

Kranke Personen nach Krankheitsgruppen



Morbidität der Frauen höher als die der Männer

Mit Ausnahme der Altersgruppe unter 15 Jahren war die Morbiditätsziffer des weiblichen Geschlechtes höher als die des männlichen (Tabelle 2). Da es sich um eine subjektive Befragung durch Interviewer handelt, die sehr häufig wohl nur die Hausfrau, nicht aber den berufstätigen Ehemann angetroffen haben, könnte man zunächst davon ausgehen, daß die Ehefrau die Krankheiten und Unpäßlichkeiten des Mannes vergaß anzugeben, hauptsächlich dann, wenn er sie selbst nicht als

Berentungen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (je 100 000 Versicherte) sowie Mortalität (je 100 000 der Wohnbevölkerung):

Jahr	Alter von ... bis unter ... Jahren	Männer		Frauen	
		Rentenquote	Mortalität	Rentenquote	Mortalität
1974	25-30	55,5	131,0	38,3	61,7
	30-35	103,0	168,1	93,1	91,7
	35-40	161,4	236,0	172,4	122,9
	40-45	290,8	361,5	347,6	206,6
	45-50	530,9	566,3	636,1	331,8
	50-55	1154,0	921,1	1177,4	511,6
	55-60	3144,4	1464,1	3275,0	719,5

Quelle: Neumann, G.: Berufsunfähigkeit und Lebensversicherung.

Tabelle 3

Kranke Personen im Berichtszeitraum¹⁾ nach Altersgruppen und Art der Krankheit 1976
 auf 10 000 Einwohner

Art der Krankheit	Insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 15	15-40	40-65	65 und mehr
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	53	132	(29)	(28)	(43)
Neubildungen bösartigen, gutartigen und unbekanntem Charakters	21	(.)	(.)	40	(.)
Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	101	(.)	(18)	150	382
darunter Diabetes mellitus	90	-	(.)	124	376
Geistige und seelische Störungen, Schwachsinn, Krankheiten des Nervensystems	58	(.)	35	100	109
Augen- und Ohrenkrankheiten	38	(40)	(20)	(33)	93
Krankheiten des Kreislaufsystems	361	(.)	119	498	1 273
Krankheiten der Atmungsorgane	423	595	371	325	482
Krankheiten der Verdauungsorgane	149	(48)	132	179	297
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	75	(.)	72	101	135
Fehlgeburt, Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	(.)	-	(.)	-	-
Hautkrankheiten	26	(.)	31	(33)	(.)
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	225	(.)	106	362	606
Krankheiten des Blutes, sonstige und anderweitig nicht einzuordnende Krankheiten	90	55	51	101	225
Insgesamt	1 624	944	1 008	1 950	3 695

¹⁾ 4 Wochen vom jeweiligen Befragungstag aus zurückgerechnet.

gravierend empfand. Diese Vermutung dürfte sicherlich in manchen Fällen zutreffen. Untersucht man aber die Gewährung von Renten infolge von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, zeigt sich, daß das Rentenrisiko bei den Frauen etwa ab dem 35. Lebensjahr größer ist als bei den Männern.

Die Rentenzinzen liegt zum Teil beachtlich über der der Männer derselben Altersgruppe. Demgegenüber ist aber der Sterbekoeffizient der Frau niedriger³. Aus diesem Tatbestand geht hervor, daß Frauen zwar krankheitsanfälliger sind als Männer, im Durchschnitt aber älter werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug nämlich bei den Frauen 1970/72 insgesamt 73,83 Jahre, die der Männer war mit 67,41 um etwa sechs Jahre niedriger⁴.

Der Umstand der größeren Inzidenz des weiblichen Geschlechtes trägt die Beitragsgestaltung privater Krankenkassen insofern Rechnung, als die Beitragssätze der Frauen in der Regel die der gleichaltrigen Männer – beim selben Familienstand – übersteigen.

Als Beweis für die höhere Morbidität der Frauen kann immerhin auch die Rate der Chronisch-Kranken gewertet werden. Die Zahl dieser Kranken verteilte sich zu rund 55% auf das weibliche und zu rund 45% auf das männliche Geschlecht.

Über ein Viertel an Krankheiten der Atmungsorgane erkrankt

Gliedert man die erkrankten Personen nach der Art der Erkrankung auf (*Schaubild 1*), so stehen die Krankheiten der Atmungsorgane mit 26% an der Spitze⁵. Dabei war der Krankheitskoeffizient der unter 15jährigen mit 595 auf 10 000 Einwohner sehr hoch, ja Krankheiten dieser Gruppe waren die häufigsten Krankheiten, an denen Kinder erkrankten. Vornehmlich dürfte es sich hier um Erkältungskrankheiten gehandelt haben. An zweiter Stelle kamen mit etwa einem Fünftel die Krankheiten des Kreislaufsystems, die in erster Linie im Alter von über 40 Jahren in zunehmendem Maße ins Gewicht fallen. Doch zeigten sich hier geschlechtsspezifische Unterschiede. So sind die Männer in stärkerem Maße von ischämischen Herzkrankheiten betroffen als die Frauen, diese leiden hingegen häufiger an sonstigen Herzkrankheiten und Krankheiten des Kreislaufsystems, in höherem Alter vielfach arteriosklerotischen oder zerebralsklerotischen Ursprungs.

Diese beiden Krankheitsgruppen (Krankheiten der Atmungsorgane und des Kreislaufsystems) vereinen etwa die Hälfte aller Krankheiten auf sich. An dritter und vierter Stelle sind die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie die Krankheiten der Verdauungsorgane zu nennen. Ins Gewicht fallen noch die Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; unter diesen hat der Diabetes mellitus die größte Bedeutung. Dabei ist die Erkrankungsziffer besonders bei den Frauen im Alter über 65 Jahren recht hoch, sie liegt um etwa die Hälfte über der der Männer derselben Altersgruppe (*Tabelle 3*).

Auch bei diesen drei Krankheitsgruppen läßt sich beobachten, daß die Morbidität in den höheren Altersgruppen zunimmt. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus kann man sonach davon ausgehen, daß sich Krankheiten der Atmungsorgane und die zwar weniger ins Gewicht fallenden infektiösen und parasitären Krankheiten vor allem bei Kindern auswirken, an den übrigen Krankheitsgruppen aber in der Regel ältere Menschen leiden.

Die Morbiditätsziffer an sämtlichen Neubildungen bös- und gutartigen Charakters machte 21 auf 10 000 Einwohner aus. Vergleicht man diese Ziffer mit der Inzidenz an bösartigen Neubildungen nach dem Krebsregister, so zeigen sich erhebliche Unterschiede. Nach dem Krebsregister, in das bis jetzt nur Erkrankungsfälle eines Teils von Baden-Württemberg eingehen, betrug 1976 der Erkrankungskoeffizient 33 auf 10 000 Einwohner. In diesem Register werden Krebserkrankungen erfaßt, die Ärzte oder Krankenhäuser auf freiwilliger Basis an den Landesverband Baden-Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses e. V. melden. Der Unterschied der beiden Morbiditätsziffern dürfte verschiedene Ursachen haben. Die Meldungen zum Krebsregister erfolgen, wie erwähnt, von Ärzten; beim Mikrozensus ist man auf die Auskunft der Befragten angewiesen, die sich vielleicht scheuen, eine so schwere, meist tödlich verlaufende Krankheit dem Interviewer mitzuteilen oder die Art der Erkrankung überhaupt nicht kennen, besonders dann, wenn es sich um eine Karzinomform handelt, bei der die Heilungs- und Überlebenschancen äußerst gering sind. Eine Krebserkrankung kann indes in den einen oder anderen Falle zum Stillstand gekommen oder gar ausgeheilt worden sein.

Da sich nach der Todesursachenstatistik der Mortalitätskoeffizient der an bösartigen Neubildungen Gestorbenen im Mai 1976 auf 20 je 10 000 Einwohner bezifferte, kann im Hinblick auf die drei unterschiedlichen Koeffizienten von einer Untererfassung der bösartigen Neubildungen im Rahmen des Mikrozensus ausgegangen werden. So zeigen sich gerade bei dieser Krankheitsgruppe die Grenzen des Mikrozensus.

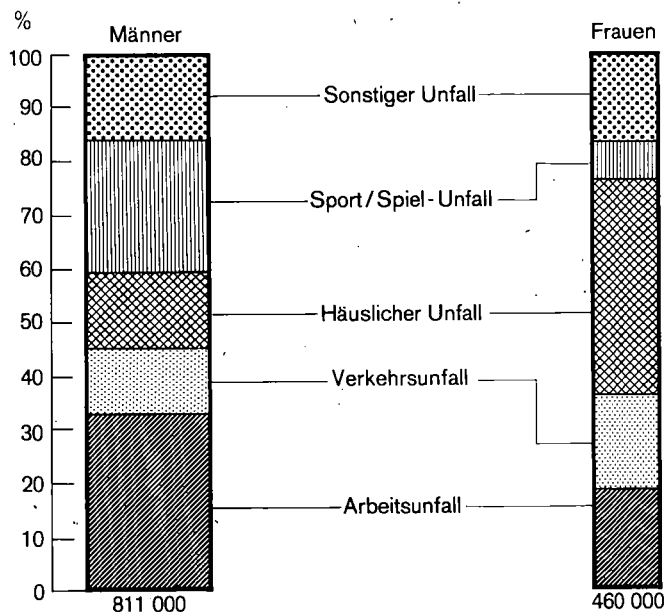
Zu vermuten ist, daß oftmals eine andere Erkrankung als Krebs vom Befragten angegeben wird. So fällt bei einer geschlechts-

³ Neumann, G., Berufsunfähigkeit und Lebensversicherung, in: Lebensversicherungsmedizin, Heft 3/1978.

⁴ Steinki, P., Allgemeine Sterbetafel für Baden-Württemberg 1970/72, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 9/1975, sowie Neumann, G. und Paulus, R., Sterblichkeitsentwicklung in verschiedenen Ländern, in: Lebensversicherungsmedizin, Heft 3/1977.

⁵ Ausführliche Ergebnisse in: Statistischer Bericht A IV 8 - 76, Krankheiten und Unfälle im Mai 1976 - Ergebnisse des Mikrozensus.

Unfallverletzte nach Unfallkategorien



190 78

spezifischen Analyse auf, daß die Erkrankungsziffer der Männer im mittleren und höheren Alter an Krankheiten der Atmungsorgane höher ist als die der Frauen. Ebenso verhält es sich mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane. Umgekehrt ist das Verhältnis bei den Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von denen die Frauen mehr betroffen sind als die Männer. In vielen Fällen dürfte es sich – wie erwähnt – um Karzinome handeln. Liegt doch die Sterbeziffer des männlichen Geschlechtes an bösartigen Neubildungen der Lunge sowie der Verdauungsorgane über dem des weiblichen. Die Sterblichkeit der Frauen an Genitalkrebs ist aber vor allem im mittleren Alter höher als die der Männer.

Untersucht man die *erwerbstätigen* Kranken nach ihren Krankheitsarten, so stehen auch hier die Erkrankungen der Atmungsorgane mit rund 28% an der Spitze. Dieser Anteil ist etwas höher als der entsprechende bei sämtlichen Kranken. Umgekehrt ist es bei der Gruppe Erkrankungen des Kreislaufsystems. Mit 18% ist er etwas niedriger als der bei allen Kranken (22,2%). An dritter und vierter Stelle kommen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie die Krankheiten der Verdauungsorgane.

⁶ Vgl. Jahresbericht der Gewerbeaufsicht für das Jahr 1976, Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg.

Zu begrüßen wäre es, wenn bei der Mikrozensushebung Fragen nach den Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten gestellt werden könnten, so etwa nach dem Rauchen, dem Alkoholgenuß, auch dem Drogenkonsum, der beruflichen und persönlichen Belastung, also dem Streß, dem die Menschen heute mehr oder weniger ausgesetzt sind. Damit könnten die Risikofaktoren, die das Entstehen von Krankheiten begünstigen und deren Verlauf beeinflussen, in Verbindung mit dem Leiden festgehalten werden. Durch Korrelations- und Signifikanzberechnungen würden sich hier sicherlich für die medizinische Forschung interessante Aufschlüsse ergeben und weitere Kausalzusammenhänge bekannt werden.

Fast 130 000 Unfallverletzte

Im Berichtszeitraum erlitten 127 000 Personen einen Unfall, das waren 139 auf 10 000 der Bevölkerung. Von ihnen waren 19 000 Personen gleichzeitig krank. Der größte Teil der Verunglückten hatte einen Arbeits- oder Dienstupfall, und zwar trifft dies vor allem für die Männer zu. Bei den Frauen waren dagegen Unfälle im häuslichen Bereich mehr verbreitet (*Schaubild 2*).

An den Spiel- und Sportunfällen war wiederum das männliche Geschlecht stärker beteiligt; hier dürfte es sich in erster Linie um Kinder gehandelt haben. Zu bedauern sind die leider immer noch recht hohen Zahlen der Arbeitsunfälle und der häuslichen Unfälle. Auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes, insbesondere der Unfallverhütung, wurde in den letzten Jahren von Behörden und Körperschaften des öffentlichen Rechts viel Aufklärungsarbeit geleistet, ganz abgesehen von den Verordnungen und Maßnahmen auf diesem Gebiet⁶.

Hinsichtlich der Verhütung der häuslichen Unfälle ist die Tätigkeit der Aktion „Das sichere Haus e. V.“ zu erwähnen, die mit ihrer Zeitschrift Aufklärungsarbeit leistet; auch die Broschüre „Ein Typ für Ihre Sicherheit“ mit Ratschlägen zur Unfallverhütung in Heim und Freizeit, herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung sowie der Unfallverhütungsfilm „Sicherheit im Haushalt“ ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Dieser analysiert bei einer Spieldauer von 30 Minuten an ausgewählten Beispielen des häuslichen Bereichs die Unfallursachen und gibt praktische Anleitungen, wie sich diese Gefahrenstellen beseitigen lassen. So ist zu hoffen, daß mit der Zeit all diese Bemühungen die Unfallzahlen verkleinern werden.

Etwa zwei Fünftel der Verunglückten waren 15 bis unter 40 Jahre alt, ein Drittel aller Unfälle entfiel auf die Altersgruppe 40 bis unter 65 Jahren. Geschlechtsspezifisch lassen sich in der Altersverteilung geringfügige Unterschiede feststellen. Der größte Teil der verunglückten Männer stand im Alter von 15 bis 40 Jahren, bei den Frauen waren die höheren Altersgruppen etwas stärker als die entsprechenden Gruppen der Männer betroffen. Zu diesen Unterschieden dürften nicht zuletzt die häuslichen Unfälle beigetragen haben. In der Hauptsache erlitten die Verletzten Prellungen und offene Wunden sowie Knochenbrüche.

Dipl.-Volkswirt Ruth Paulus

Buchbesprechungen

Dienst-, Sozial- und Steuerrecht im öffentlichen Dienst (Tarifrecht)

Lose-Blatt-Ausgabe, z. Z. ca. 1500 Seiten in 2 Kunstleder-Sammelordnern, bis zum Liefertag ergänzt 42,- DM; Ergänzungsseiten 14 Pf (Artikelnummer 30171), Hermann Luchterhand Verlag, 5450 Neuwied, Postfach 1780.

Ergänzungslieferung Nr. 51. Die Ergänzungslieferung Nr. 51 beinhaltet die Änderungen zum Tarifvertrag über die Bewertung der Personalunterkünfte für Angestellte vom 16. März 1974. Des weiteren sind enthalten der Tarifvertrag über Zulagen an Angestellte bei den Sicherheitsdiensten der Länder vom 9. Februar 1978 sowie die Änderungen zur Vergütungsordnung (Anlage 1 a zum BAT).

Ferner enthält diese Ergänzungslieferung Änderungen zum Tarifvertrag über die Bewertung der Personalunterkünfte für Arbeiter vom 16. März 1974 sowie Änderungen zum Tarifvertrag über Zulagen an Arbeiter bei den Sicherheitsdiensten der Länder vom 9. Februar 1978.

Der Verlag liefert auf Wunsch ein komplettes Werk für vier Wochen kostenlos und unverbindlich zur Ansicht.

Karl Keinath, Regionale Konjunkturschwankungen, Eine empirische Analyse der Bundesrepublik Deutschland 1950-1974, Verlag J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 1978; 335 Seiten, Leinen DM 74,-; ISBN 3-16-340712-9.

Die von den Mitgliedern des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaften der Universität Tübingen herausgegebene Studie *Keinaths* soll eine Lücke in der empirischen Konjunkturforschung der Bundesrepublik Deutschland schließen.

Als Einleitung wird in den ersten beiden Kapiteln, anknüpfend an theoretische Erklärungsansätze der regionalen Konjunkturschwankungen, ein geraffter Überblick über Analysen dieses Phänomens in der aus- und inländischen Literatur gegeben.

Der Schwerpunkt der Studie liegt auf der Analyse der konjunkturellen Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes der Bundesländer. Daneben werden auch die industriellen Nettoproduktionswerte und Arbeitslosenzahlen vergleichend als Konjunkturindikatoren herangezogen.

Mit Literaturhinweisen reichlichst versehen, legt *Keinath* nach allgemeinen Ausführungen zu statistischen und methodischen

Problemen bei der Darstellung regionaler Konjunkturschwankungen eine Vielzahl interessanter statistischer Untersuchungsansätze vor. Damit sucht er die Menge der Wachstumsraten des Bruttoinlandsproduktes der Länder unter regionalen, sektoralen und zyklischen Aspekten zu strukturieren und so Informationen über das „Wesen“ der regionalen Konjunkturverläufe zu gewinnen. Auf diese Untersuchungsansätze und ihre Ergebnisse kann im einzelnen hier nicht eingegangen werden. Sie bleiben in der Regel im Deskriptiv-Analytischen. Wünschenswert wäre es zweifellos gewesen, wenn der Verfasser die Ergebnisse einzelner Ansätze der Studie im Sinne einer weiterführenden Ursachenanalyse vertieft hätte.

Im letzten Kapitel geht *Keinath* nochmals auf Erklärungsansätze der regionalen Konjunkturschwankungen ein. Daß er dabei der Shift-Analyse breiteren Raum widmet, kann nicht ganz eingesehen werden. Auch bei diesen Ausführungen hätte man sich eine zusammenfassende Würdigung des Dargestellten gewünscht.

Obwohl die Studie eine Menge aufschlußreicher Aspekte regionaler Konjunkturverläufe quantifizierend aufzeigt, konnten kaum weiterführende „allgemeine“ Aussagen für eine Regionalpolitik gewonnen werden. Dies wurde von *Keinath* wohl auch nicht angestrebt, vielmehr untermauerte er mit nicht geringem statistischem Aufwand die These, daß regionale Konjunkturschwankungen für Wirtschaftstheorie und -politik überaus bedeutsam sein dürften. Schade nur, daß im empirischen Teil der 1978 erschienenen Studie zwar mit „revidierten“, mittlerweile aber gänzlich überholten Angaben des Bruttoinlandsproduktes der Länder gearbeitet wird. Fraglich bleibt damit, inwieweit die neuesten gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse die vorgelegten Untersuchungsergebnisse bestätigen. Diesbezüglich sollte die Arbeit aktualisiert werden. Dabei wäre es wünschenswert, wenn bei der statistischen Aufbereitung der neuen Datenreihen ausführlich auf die Genesis der Konjunkturindikatoren und damit deren Fehlerhaftigkeit eingegangen würde. Dies hätte unter Umständen zur Folge, daß manche Aussage zu regionalen Konjunkturschwankungen erheblich an Schärfe verlieren würde.

Trotz der angedeuteten Bedenken bietet die Studie *Keinaths* sicherlich einen guten Überblick über den Stand der empirischen Konjunkturforschung unter dem regionalen Aspekt. Die Lücke im Bereich der empirischen Konjunkturforschung ist damit etwas kleiner geworden. Die Studie zeigt nämlich auch, daß neben einer erheblichen Verbesserung der Datenbasis auch die analytischen Mittel noch der Ergänzung bedürfen.

Adalbert Ullrich