

Atypische Beschäftigung und Gesundheit in Europa

Die zunehmende Flexibilisierung und Deregulierung der Erwerbsarbeit führt in vielen Ländern Europas zu einem Anstieg atypischer Beschäftigung. Aufgrund der damit verknüpften Arbeitsplatz- und Planungsunsicherheiten sowie der oftmals geringen Entlohnung und schlechteren Einbindung in die sozialen Sicherungssysteme werden die verschiedenen Formen atypischer Beschäftigung mit gesundheitlichen Belastungen in Verbindung gebracht. Diese variieren aber länderspezifisch. Im Mittelpunkt des Artikels stehen deshalb die beschäftigungs- und sozialpolitische Ausrichtung der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und deren besondere Bedeutung für den Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und Gesundheit.

PETRA BÖHNKE, ANN-CHRISTIN RENNEBERG, ISABEL VALDÉS CIFUENTES

1. Einleitung

Dass Gesundheit ein ungleich verteiltes Gut ist, ist ein anerkannter und empirisch gut dokumentierter Befund. Gesundheitliche Risiken stehen in deutlichem Zusammenhang mit sozioökonomischen Merkmalen; sie steigen, je niedriger das Einkommen, je geringer die Qualifikation und je schlechter die Arbeitsmarkteinbindung einer Person ausfällt (Lampert/Mielck 2008).

Arbeitsmarktintegration gilt am ehesten mit dem sogenannten Normalarbeitsverhältnis (Mückenberger 1985) als verwirklicht. Damit assoziierte Merkmale wie Vollzeitbeschäftigung und existenzsichernde Entlohnung, Kontinuität, Entfristung und ausreichender sozialversicherungsrechtlicher Schutz werden aber längst nicht mehr allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zuteil. Im Jahr 2014 sind in Deutschland 13,6 % der abhängig Beschäftigten Teilzeitarbeitende mit bis zu 20 Wochenstunden, 6,5 % geringfügig beschäftigt, 1,9 % zählen zu den Leiharbeitern und 6,9 % haben befristete Verträge (Statistisches Bundesamt 2015). In Europa schwankt das Ausmaß atypisch Beschäftigter als Anteil an allen Personen im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2014 zwischen 49,6 % in den Niederlanden und 2,5 % in Bulgarien bei den Teilzeitarbeitenden und bei den befristet Beschäftigten zwischen 28,3 % in Polen und 1,5 % in Rumänien (Eurostat 2015).

Arbeitnehmer berichten einen signifikant besseren Gesundheitszustand als erwerbslose Personen (Arber et al. 2014).

Erwerbsarbeit stiftet Lebenssinn und Anerkennung und fördert das Selbstbewusstsein sowie die gesellschaftliche Integration. Diese mit Erwerbsarbeit einhergehenden gesundheitlichen Vorteile werden aber nicht allen Beschäftigungsformen gleichermaßen zuteil. Es sind vor allem die an atypische Beschäftigung vermehrt gekoppelte niedrige Entlohnung und fehlende soziale Sicherheit, Instabilität und Verunsicherung, aus der die hohe Wahrscheinlichkeit psychosozialer und gesundheitlicher Einschränkungen resultiert (Dörre 2003).

Zu gesundheitlichen Belastungen im Zusammenhang mit flexibilisierter Beschäftigung liegt bislang nur wenig empirische Evidenz vor. Es fehlen vor allem Ländervergleiche, die die unterschiedliche soziale Absicherung atypisch Beschäftigter sowie das Ausmaß an Flexibilisierung berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund stellen wir die Frage, ob und auf welche Weise in Europa atypische Beschäftigungsformen und Gesundheit miteinander in Verbindung stehen. Ihre Auswirkungen auf die Gesundheit, so unsere Annahme, werden maßgeblich danach variieren, wie die einzelnen Länder Flexibilisierungsmaßnahmen und soziale Sicherung austarieren. Deshalb schenken wir den institutionellen Rahmenbedingungen besondere Aufmerksamkeit und fragen nach der vermittelnden Rolle arbeitsmarktpolitischer und sozialstaatlicher Maßnahmen.

In Abschnitt 2 stellen wir den Forschungsstand zum Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und Gesundheit vor. Daran anschließend erläutert der dritte Abschnitt die hier verwendeten Theoriebausteine, zunächst mit einem Ab-

schnitt zur Theorie der Gratifikationskrisen (3.1) und im Anschluss daran zum Flexicurity-Modell (3.2). Danach werden die Daten und Operationalisierungen erläutert (4.1) und die Ergebnisse der empirischen Analyse vorgestellt (4.2). Die zentralen Ergebnisse werden abschließend in einem Fazit resümiert (5).

2. Atypische Beschäftigung und Gesundheit – Stand der Forschung

Die Erforschung des Zusammenhangs zwischen atypischer Beschäftigung, damit einhergehenden Beschäftigungsmerkmalen und gesundheitlichen Risiken steht erst am Anfang. Studien zur Arbeitsplatzunsicherheit und ihren Folgen nehmen darin den größten Platz ein und zeigen die gesundheitlichen Nachteile von unsicher Beschäftigten auf. Durch die Zunahme flexibler Beschäftigung, insbesondere befristeter Beschäftigung und Leiharbeit, nimmt auch die Arbeitsplatzunsicherheit zu (Bartley 2005), wovon auch Teilzeitbeschäftigte betroffen sind (Sverke et al. 2006). Die Befunde zum Zusammenhang von atypischen Beschäftigungsformen und Gesundheit bleiben sowohl für die einzelnen Länder als auch im Ländervergleich ausschnittshaft und kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen (Friedrichs/Schröder 2006).

Der Leiharbeit werden überwiegend negative gesundheitliche Auswirkungen, insbesondere psychische Belastungen, bescheinigt. Deutsche Studien zeigen, dass mit Leiharbeit zahlreiche gesundheitseinschränkende Belastungsfaktoren einhergehen: geringe Entlohnung, Überstunden, Schichtarbeit, eingeschränkte betriebliche Mitbestimmungsrechte und Arbeitskontrolle sowie der Wechsel zwischen Entleihbetrieben, der zu Planungs- und Arbeitsplatzunsicherheit führt (Becker et al. 2012). Neben den psychischen entstehen auch physische Belastungen (Langhoff et al. 2012).

Insgesamt gilt: Je unsicherer eine Arbeitssituation empfunden wird, desto wahrscheinlicher ist sie mit gesundheitlichen Einschränkungen assoziiert. Zusätzlich zeigt sich für Frauen, die Vollzeitbeschäftigung und Familienarbeit parallel bewältigen, dass sie häufig an der Leistungsgrenze arbeiten – mit negativen Folgen für ihre Gesundheit (Lohmann-Haislah 2012).

Ländervergleiche zum Zusammenhang von Gesundheit und atypischer Beschäftigung sind in ihren Ergebnissen widersprüchlich. Befristungen sind beispielsweise in Italien und Deutschland mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden, insbesondere bei Vollzeit arbeitenden Männern (Rodriguez 2002; Minelli et al. 2014), in Finnland hingegen haben befristet beschäftigte Männer einen signifikant besseren Gesundheitszustand als unbefristet Beschäftigte (Virtanen et al. 2002). Für Großbritannien wird mal ein höheres Gesundheitsrisiko bei befristet Beschäftigten festgestellt (Rodriguez 2002), mal nicht (Bardasi/Francesconi 2004).

Auch wenn die Studien häufig einen kausalen Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und einer schlechten Gesundheit nahelegen, ist die Wirkungsrichtung nicht immer eindeutig. Es ist auch ein Selektionsmechanismus denkbar, nach dem Personen *aufgrund* ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung eher eine atypische Beschäftigung als ein Normalarbeitsverhältnis aufnehmen (Dawson et al. 2015). In der Literatur überwiegen aber Ergebnisse, die auf den umgekehrten Kausaleffekt hindeuten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass atypische Beschäftigung häufig mit der Erfahrung eines Kontinuitäts-, Sicherheits- und Anerkennungsverlustes einhergeht, was psychische und physische Erkrankungen wahrscheinlich macht. Zudem wurde deutlich, dass der Zusammenhang zwischen atypischen Beschäftigungsformen und Gesundheit länderspezifisch variiert. Makrostrukturelle Einflussfaktoren sind zur Erklärung bislang nicht hinreichend berücksichtigt worden.

3. Gratifikationskrisen und Flexibilisierungsstrategien

Arbeitsmarktintegration stellt eine Form der Anerkennung dar, die mit atypischer Beschäftigung unterschiedlich stark verwirklicht sein kann, abhängig davon, wie sehr das Normalarbeitsverhältnis die Vergleichsfolie darstellt und durch institutionelle Rahmenbedingungen gestützt wird. Wohlfahrtsstaatliche Sicherung und Arbeitsmarktpolitik können einem Mangel an Ressourcen und Anerkennung entgegenwirken und dadurch Gesundheitsrisiken der Erwerbsarbeit abmildern. Entsprechend bewegen sich unsere theoretischen Argumente sowohl auf der Individual- als auch auf der Aggregatenebene.

3.1 Gratifikationskrisen und Anerkennungsverlust durch atypische Beschäftigung

Das Modell der Gratifikationskrisen geht davon aus, dass Stress entsteht, wenn ein hoher Arbeitsaufwand mit einer als zu niedrig empfundenen Belohnung einhergeht. Drei Belohnungsquellen sind zentral für Gratifikationen: Einkommen, Anerkennung und Karrierechancen (Siegrist 1996). Entsteht bei einer dieser Belohnungsquellen ein Mangel, kann es zu negativen Gesundheitsfolgen kommen. Bekannt ist, dass insbesondere Leiharbeiter häufig ein geringes Einkommen haben und zusätzlich schlechte Karrierechancen (Langhoff et al. 2012). Für Teilzeitarbeitende lassen sich ähnlich schlechte Karrierechancen nachweisen (Koch 2007).

Soziale Anerkennung wird insbesondere durch den Austausch von Leistung und Belohnung hergestellt und reproduziert. Das Arbeitsverhältnis stellt dabei die bedeutsamste Form dieses Reproduktionsmechanismus dar. Verläuft das Austauschverhältnis nicht reziprok, ist die Konsequenz emotionaler Stress, woraus Herz-Kreislauf-Erkrankungen und De-

pressionen resultieren können (Siegrist 2008). Geht man von einer nach wie vor starken Orientierung am Normalarbeitsverhältnis aus bei schwindenden Möglichkeiten, dieses zu realisieren, so ließe sich aus einer geringen sozialen Wertschätzung bestimmter Arbeitsformen ein negativer Einfluss auf den Gesundheitszustand der betroffenen Individuen ableiten.

Die Orientierung am Normalarbeitsverhältnis unterscheidet sich aber länder-, geschlechts- und qualifikations-spezifisch. So ist für Frauen in vielen europäischen Ländern eine Teilzeitbeschäftigung erstrebenswert, um Familie und Beruf zu kombinieren, während insbesondere in den nordischen – mit Ausnahme der Niederlande – und postkommunistischen Ländern eine Vollzeitbeschäftigung auch für Frauen als realisierbar gilt. Männer orientieren sich nach wie vor in den meisten Ländern stark an einer unbefristeten Vollzeitbeschäftigung. Dies ist beispielsweise in Ländern mit einer liberalen Arbeitsmarktpolitik wie etwa Großbritannien weniger stark ausgeprägt (Barbier 2004).

Zunehmende Flexibilisierung und Deregulierung der Beschäftigung lassen berufliche Gratifikationskrisen für atypisch Beschäftigte wahrscheinlich werden (Honneth 2011). Dies erwarten wir in der Analyse somit insbesondere für Leiharbeiter und befristet Beschäftigte, die aufgrund der starken Abweichung vom Normalarbeitsverhältnis und der damit verbundenen Unsicherheit von gesundheitlichen Folgewirkungen betroffen sein sollten. Für Teilzeitbeschäftigung soll dies weniger gelten, zumindest dann, wenn sie freiwillig gewählt ist.

3.2 Der Einfluss makrostruktureller Rahmenbedingungen auf das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit

Normalitätsannahmen zur Arbeitsmarktintegration sind länderspezifisch, denn sie reflektieren historisch gewachsene und kulturell verankerte Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit. Sie sind abhängig von normativen sozialpolitischen Leitlinien eines Wohlfahrtsstaates und der damit verknüpften Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. Die absicherungsrechtliche Logik der meisten kontinentalen Länder wie beispielsweise Deutschland macht die kontinuierliche und existenzsichernde Erwerbstätigkeit zu einer wesentlichen Voraussetzung für den Anspruch auf statusadäquate Absicherung von Lebensrisiken wie Erwerbsunterbrechungen und Alter. Atypische Beschäftigungsverhältnisse, die instabil, episodenhaft und gering entlohnt sind, erfüllen diese Bedingungen häufig nicht.

Sowohl hinsichtlich der Flexibilisierungsstrategien (*flexibility*) als auch in Bezug auf die soziale Absicherung atypisch Beschäftigter (*security*) unterscheiden sich die einzelnen Mitgliedstaaten der EU deutlich (Schulze Buschoff 2011). Die Flexicurity-Leitlinien der EU geben einen Maßnahmenkatalog vor, wie beschäftigungs- und sozialpolitische Elemente miteinander kombiniert werden können (Eurofound 2007; Tangian 2007). Jeder Form von Flexibilität wird eine absichernde Komponente zur Seite gestellt. In diesem Sinne kön-

nen mit Wiltthagen und Tros (2004) folgende Dimensionen von Flexicurity unterschieden werden:

- extern-numerische Flexibilität (volatiler Arbeitsmarkt)
- intern-numerische Flexibilität (eher starrer Arbeitsmarkt mit internen Umschichtungen)
- funktionale Flexibilität (Wechsel der Aufgaben innerhalb einer Beschäftigung)
- Lohnflexibilität (variable Lohnzahlung) einerseits und
- Sicherung des aktuellen Arbeitsplatzes
- Sicherung der Beschäftigung (Konstanthaltung der Beschäftigungsquote)
- Sicherung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Sicherung des Einkommens (materielle Absicherung im Bedarfsfall) andererseits.

Die genannten Flexicurity-Dimensionen unterscheiden sich zum Teil deutlich im Hinblick auf die durch sie hervorgerufenen Risiken und Absicherungen für die Beschäftigten. Interne und insbesondere funktionale Formen von Flexibilität können aufgrund der wechselnden Tätigkeit gesundheitsfördernd sein – man denke beispielsweise an die Monotonie von Fließbandarbeit, deren gesundheitsschädigende Wirkung bekannt ist (Oppolzer 2009). Externe Flexibilisierung hingegen wird allgemein als Flexibilisierungsform gesehen, die die Schwächsten am Arbeitsmarkt trifft, bspw. Geringqualifizierte. Beschäftigungssicherheit wiederum betrifft Erwerbspersonen direkter als Vereinbarkeitssicherheit.

Diesbezügliche Ländertypologien orientieren sich an der länderspezifischen Kombination aus den Sicherheits- und Flexibilitätsdimensionen. Unsere Einordnung entspricht überwiegend der anderer Autoren (Eurofound 2007; Lehwitz-Litzmann 2012) und ähnelt etablierten Wohlfahrtsstaatstypologien (Esping-Andersen 1990; Ferrera 2005). Die *nordischen* Staaten sowie die Niederlande, die als besonders erfolgreich in der Umsetzung der Flexicurity-Maßnahmen gelten (Eurofound 2007), verbinden funktionale und intern-numerische Flexibilität mit Einkommens-, Vereinbarkeits- und Beschäftigungssicherheit. Die *westeuropäischen* Länder Deutschland, Frankreich, Österreich, Belgien und Luxemburg konzentrieren sich auf interne Flexibilisierungsformen und einkommens- wie beschäftigungssichernde Elemente. Die sozialen Sicherungssysteme orientieren sich dabei weiterhin überwiegend am Normalarbeitsverhältnis. Die *südeuropäischen* Länder (Spanien, Italien, Portugal, Malta, Griechenland) weisen geringe Werte in allen Dimensionen auf. Tendenziell werden Lohnflexibilität mit Einkommens- und Arbeitsplatzsicherheit kombiniert. Im *liberalen* Cluster (Irland und Großbritannien) wird hohe externe Flexibilität mit Vereinbarkeitssicherheit verknüpft. Die *postkommunistischen* Länder Osteuropas fallen durch ihre relativ hohe Lohnflexibilität auf, der ein nur geringfügiges Maß an Arbeitsplatzsicherheit gegenübersteht.

Die Hypothesenbildung zum Einfluss der institutionellen Kontextfaktoren auf den Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und Gesundheit orientiert sich am geschilderten Zusammenspiel von Flexibilisierung und Sicherheit und der – unter anderem darin zum Ausdruck kommenden – Orientierung am Normalarbeitsverhältnis. ►

Wir nehmen an, dass *Leiharbeiter* im Vergleich zu regulär Beschäftigten die stärksten gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfahren, gefolgt von *befristet Beschäftigten*. Eine hohe Flexibilisierung des Arbeitsmarkts vor allem in Kombination mit schwacher sozialer Absicherung verschärft diese Beeinträchtigungen möglicherweise. Dieser Zusammenhang ist insbesondere in den postkommunistischen und südeuropäischen Clustern zu erwarten. Aber auch in Ländern mit einer über das soziale Sicherungssystem zum Ausdruck kommenden starken Orientierung am Normalarbeitsverhältnis, wie es im kontinentalen und nordischen Cluster der Fall ist, lässt sich ein negativer Zusammenhang zwischen atypischer Beschäftigung und Gesundheit erwarten. In den Ländern des liberalen Clusters geht ein hoher Grad an Flexibilisierung mit einem wenig ausgeprägten Verständnis des Normalarbeitsverhältnisses einher, sodass wir nur geringe gesundheitliche Einschränkungen von atypisch Beschäftigten erwarten. Bei *unbefristeter Teilzeitbeschäftigung*, die frauendominiert ist, gehen wir in solchen Ländern von einem positiven Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung aus, in denen Frauen sich nur in geringem Maße am Normalarbeitsverhältnis orientieren, wie es in den kontinentalen Ländern der Fall ist. In Ländern, in denen unbefristete Teilzeitarbeit nicht als weibliches Äquivalent des männlichen Normalarbeitsverhältnisses gilt wie bspw. in den nordischen Ländern, gehen wir von einem negativen Zusammenhang aus.

4. Empirische Analyse

4.1 Daten und Operationalisierung

Für unsere Analysen verwenden wir den European Working Conditions Survey (EWCS) 2010, der repräsentative Daten für die Erwerbsbevölkerung liefert. Er enthält Informationen zum Beschäftigungsverhältnis, Arbeitsbedingungen, Familienkontext und Gesundheit. Insgesamt werden 43.816 Personen in 34 Ländern befragt. Wir konzentrieren uns auf die 27 EU-Länder und betrachten alle abhängig erwerbstätigen Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren ohne Auszubildende, Rentner, Studierende und Selbstständige.

Als abhängige Variable wird der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand untersucht. Dieser wird auf einer fünfstufigen Skala von einer sehr guten bis zu einer sehr schlechten Gesundheitseinschätzung erhoben. Für die Analyse haben wir die Variable dichotomisiert, wobei ein Wert von Eins einen guten und ein Wert von Null einen weniger guten Gesundheitszustand beschreibt. Letztere Kategorie enthält neben der sehr schlechten und schlechten Gesundheitseinschätzung auch die mittlere Antwortkategorie.

Als zentrale Erklärungsvariable wird das Beschäftigungsverhältnis berücksichtigt. Wir differenzieren zwischen dem

Normalarbeitsverhältnis (unbefristete Vollzeitstelle), unbefristeter Teilzeit (bis 30 Wochenstunden)¹ und den weiteren atypischen Beschäftigungsformen befristete Beschäftigung² und Leiharbeit. Weiterhin wird für Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Individualeinkommen, die Anzahl der Kinder im Haushalt und die Haushaltsform (Single, Paar mit oder ohne Kinder, Alleinerziehende, Sonstige) kontrolliert. Personen ohne Angaben zur Frage nach der Gesundheit oder dem Beschäftigungsverhältnis werden aus der Analyse ausgeschlossen. Daraus ergibt sich eine Fallzahl von 25.071 Personen. Sie schwankt zwischen 385 Fällen in Portugal, 2.324 in Frankreich und 3.093 Fällen in Belgien.

Um das Flexicurity-Niveau in den einzelnen Ländern zu berücksichtigen, wird in Analogie zu unseren theoretischen Herleitungen ein Flexicurity-Index aus einzelnen Indikatoren zu Flexibilität und sozialer Sicherheit gebildet. Wir differenzieren zwischen Arbeitsplatzsicherheit (gemessen durch den Anteil an Personen, die ihre Arbeit als sicher einschätzen), Beschäftigungssicherheit (arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt), Vereinbarkeitssicherheit (Beschäftigungsquote von Müttern mit Vorschulkindern) und Einkommenssicherheit (Beschäftigte, die nicht von Armut bedroht sind) sowie zwischen extern-numerischer Flexibilität (Anteil an Leiharbeitnehmern), intern-numerischer Flexibilität (Anteil an Personen, die über 50 Wochenstunden arbeiten), funktionaler Flexibilität (Anteil an Arbeitnehmern mit Aufgabenrotation) und Lohnflexibilität (Einkommensungleichheit) (Lehweß-Litzmann 2012). Diese Makroindikatoren werden in einem ersten Schritt z-standardisiert und dann jeweils für die Sicherheits- und Flexibilitätsdimension aufsummiert. Die Summe wird durch die Anzahl der Indikatoren im jeweiligen Index dividiert. Der Flexibilitätsindex wird dann vom Sicherheitsindex subtrahiert, woraus sich der letztendlich verwendete Flexicurity-Index ergibt. Positive Werte deuten auf einen Fokus auf Sicherheit, negative Werte auf einen Flexibilitätsschwerpunkt hin.

Im Zentrum dieses Beitrags stehen länderspezifische Unterschiede beim Zusammenhang von Gesundheit und Beschäftigungsformen, die im Wesentlichen durch die nationale Flexicurity-Politik erklärt werden sollen. Obwohl die zentrale Analyseebene die Länder sind, reduziert es die Komplexität, wenn die einzelnen EU-Mitgliedstaaten unterschiedlichen Clustern zugeteilt werden. Auf diese Weise

1 Die unbefristete Teilzeit wird hier als besonders abgesicherte Form der Teilzeitbeschäftigung gesehen, da sie weniger als andere atypischen Beschäftigungsformen mit Arbeitsplatzunsicherheit verbunden ist. Befristet Beschäftigte und Leiharbeiter sind hingegen mit mehr Gesundheitsrisiken konfrontiert und werden aus diesem Grund gesondert betrachtet.

2 Aufgrund der geringen Fallzahl in einem Teil der Länder kann die Kategorie befristete Beschäftigung nicht weiter unterteilt werden. Befristet Teilzeitbeschäftigte fallen auch in die Kategorie der befristet Beschäftigten.

lässt sich auch gut erkennen, welche Flexicurity-Strategie eine bestimmte Ländergruppe innehat.

Im ersten Schritt präsentieren wir die deskriptive Verteilung einer als eher schlecht eingeschätzten Gesundheit für Beschäftigte in einem Normalarbeitsverhältnis, unbefristeter Teilzeit, Befristung und Leiharbeit. Für die multivariate Analyse wenden wir ein zweistufiges Verfahren an, um dem Mehrerebenencharakter der vorliegenden Fragestellung Rechnung zu tragen. Wir berechnen mit Hilfe einer Logistischen Regression mit Gesundheit als abhängiger Variable für jedes Land Average Marginal Effects (AME); die uns interessierenden Effekte aus diesen länderspezifischen Modellen, die den Zusammenhang zwischen den atypischen Beschäftigungsformen und Gesundheit unter Berücksichtigung der genannten Kontrollvariablen angeben, werden in weiteren linearen Regressionen als abhängige Variablen verwendet, mit dem Flexicurity-Index als erklärende Variable (vgl. diese Vorgehensweise bei Achen 2005). Die AME bieten den Vorteil, dass sie im Gegensatz zu Logits oder Odds Ratios zwischen den Ländern vergleichbar sind (Mood 2010). Zur leichteren Verständlichkeit stellen wir diese Ergebnisse in einem Scatterplot zusammenfassend dar. Die Vorteile dieses zweistufigen Verfahrens gegenüber der herkömmlichen Mehrebenenanalyse liegen erstens in seiner Anschaulichkeit und zweitens in der Tatsache, dass die relativ kleine Fallzahl auf Länderebene nur bedingt robuste Schätzer liefert. Im zweistufigen Verfahren besteht dieses Problem nicht (Maas/Hox 2005). Trotzdem haben wir auch eine herkömmliche logistische Mehrebenenanalyse mit Random-Intercept-Modellen³ gerechnet, deren Befunde nicht dargestellt, aber berichtet werden. Beide Verfahren ermöglichen es, Individual- und Kontextfaktoren sowie deren Interaktion zu berücksichtigen.

4.2 Ergebnisse

In *Abbildung 1* ist die selbsteingeschätzte gesundheitliche Belastung für jede Beschäftigungsform in den einzelnen Länder-Clustern dargestellt. Je länger der Balken, desto größer ist der Anteil der Beschäftigten, die ihren Gesundheitszustand tendenziell eher schlecht einstufen. Die Gesundheit wird in den postkommunistischen Ländern am schlechtesten eingeschätzt. Beschäftigte im liberalen Cluster nehmen ihre Gesundheit vergleichsweise positiv wahr.

Innerhalb der Cluster zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Beschäftigungsformen. Leiharbeiter berichten im skandinavischen, liberalen und postkommunistischen Cluster *weniger* gesundheitliche Beeinträchtigungen. Teilzeitarbeitende sehen sich in ihrer Gesundheit im skandinavischen, kontinentalen und postkommunistischen Cluster *mehr* gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt als Normalbeschäftigte. Es lässt sich kein Muster aus diesen Verteilungen herauslesen, das clusterspezifische Eigenarten reflektieren würde. Insbesondere sticht hervor, dass sich die Gesundheitseinschätzung atypischer Beschäftigter unabhängig von ihrer konkreten Beschäftigungsform in den liberalen Ländern nicht von der Gesundheitseinschätzung

ABB. 1

Anteil Beschäftigter mit einer weniger guten Gesundheitseinschätzung in den Flexicurity-Clustern

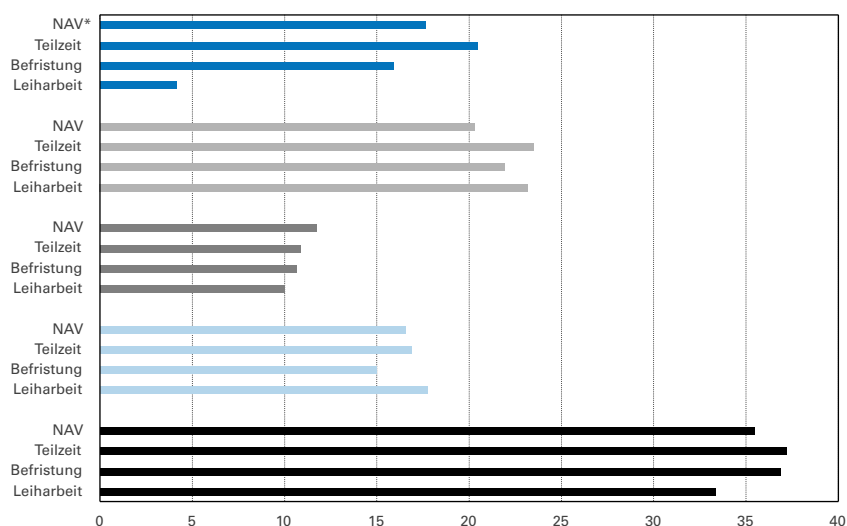
Angaben in Prozent

Skandinavisches Cluster
Kontinentales Cluster

Liberales Cluster

Mediterranes Cluster

Postkommunistisches Cluster



Anmerkungen: „Gesundheitliche Belastungen“ fassen die Antwortkategorien „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ auf die Frage nach der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands zusammen.
*NAV = Normalarbeitsverhältnis.

WSI Mitteilungen

Quelle: EWCS 2010; Berechnungen und Darstellung der Autoren.

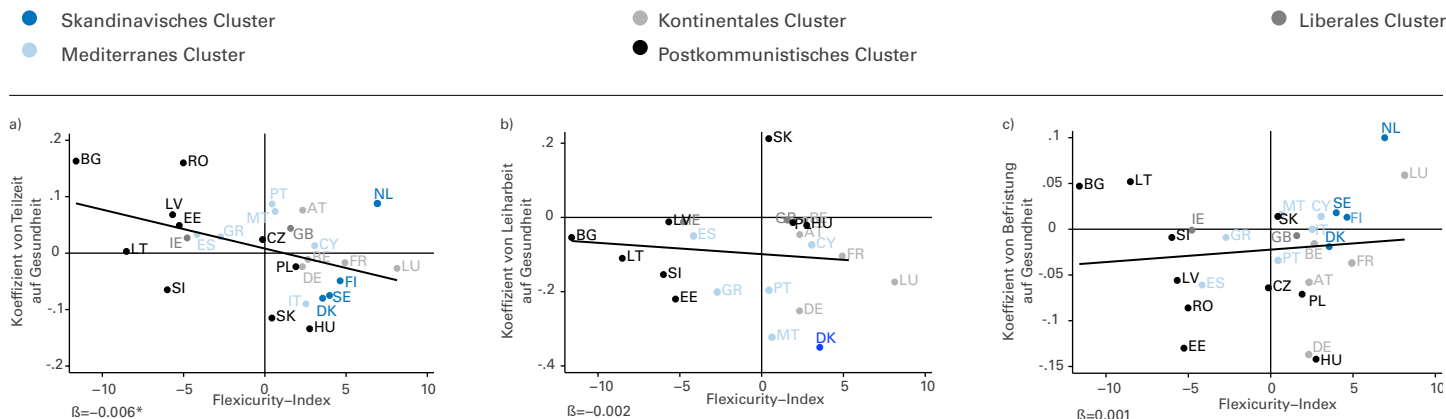
zung Beschäftigter im Normalarbeitsverhältnis unterscheidet. Um den Einfluss des Beschäftigungsverhältnisses auf die Gesundheit z.B. unabhängig vom Alter ablesen zu können, braucht es im nächsten Schritt multivariate Analysen.

Die Scatterplots veranschaulichen den Einfluss der Flexicurity-Strategien auf den Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und Gesundheit in Europa (*Abbildungen 2a-c*). Auf der Y-Achse sind die länderspezifischen AME für den Zusammenhang einzelner Beschäftigungsformen mit Gesundheit abgetragen, die für die im vorangegangenen Abschnitt genannten Variablen kontrolliert wurden. Punkte oberhalb der waagerechten Linie deuten darauf hin, dass die jeweilige atypische Beschäftigungsform im Vergleich zu regulärer Beschäftigung mit besserer Gesundheit in Verbindung steht, während negative Werte einen vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand dieser Beschäftigtengruppe verdeutlichen. Auf der X-Achse wird der Makroindikator, in unserem Fall der Flexi- ▶

3 Der Test auf Random Slopes für die Beschäftigungsformen ist nicht signifikant, ein Hinweis darauf, dass die Beschäftigungsformen länderspezifisch in ihrem Effekt auf die Gesundheit nicht variieren. Entsprechend berechnen wir alle Cross-Level-Interaktionen ohne Random Slopes.

ABB. 2

Zusammenhang zwischen Flexicurity-Niveau und dem länderspezifischen Einfluss atypischer Beschäftigung auf Gesundheit



Anmerkungen: Die ausgewiesenen Effekte (AME) von einer atypischen Beschäftigungsform auf Gesundheit (Y-Achse) wurden in länderspezifischen logistischen Regressionen für Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Anzahl der Kinder und Haushaltsform kontrolliert. Positive Flexicurity-Werte (X-Achse) stellen eine Dominanz der Sicherheitsdimension, negative ein Übergewicht der Flexibilitätsdimension dar. Werte im Quadrant links unten bedeuten damit z. B., dass der Zusammenhang zwischen der entsprechenden Beschäftigungsform und der Gesundheit im Vergleich zum Zusammenhang von regulärer Beschäftigung und Gesundheit negativ ist und Flexibilisierungsmaßnahmen nicht im gleichen Umfang von Sicherheitsmaßnahmen begleitet werden. Aufgrund geringer Fallzahlen wurden für einige Länder (insbesondere im nordischen Cluster) keine AME für Leiharbeiter ausgegeben. Die Farben verdeutlichen die Zugehörigkeit der Länder zu bestimmten Flexicurity-Clustern (siehe Legende oben).

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Quelle: EWCS 2010, Eurostat 2010; Berechnungen und Darstellungen der Autoren.

WSI Mitteilung

curity-Index, abgetragen, um zu zeigen, inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem – um Individualmerkmale kontrollierten – Gesundheitseffekt der Beschäftigungsform und der sozial- und beschäftigungspolitischen Ausrichtung eines Landes besteht. Die Regressionsgerade verdeutlicht das Ausmaß der Cross-Level-Interaktion.

Der Flexicurity-Index allein gibt lediglich Auskunft darüber, ob in einem Land verhältnismäßig ausgeglichen in Sicherheit und Flexibilität investiert wird. Welche Formen von Sicherheit bzw. Flexibilität eingesetzt werden oder ob eine ausgeglichene Bilanz durch jeweils hohe oder niedrige Werte zustande kommt, kann mit diesem Wert nicht erfasst werden. Aus diesem Grund wird der Kontextfaktor im Folgenden immer unter Bezug auf die dem jeweiligen Cluster zugrunde liegende Flexicurity-Strategie sowie weitere zuvor genannte clusterspezifische Besonderheiten interpretiert.

Unseren Vermutungen und der genannten Ergebnisse entsprechend zeigt sich, dass sich die Gesundheitseinschätzung der Leiharbeiter von der der regulär Beschäftigten deutlich unterscheidet. Befristet Beschäftigte weisen hingegen kaum Diskrepanzen zu regulär Beschäftigten auf, bei unbefristet Teilzeitbeschäftigten lässt sich die größte Varianz zwischen den Ländern ausmachen.

Der Gesundheitszustand von *Leiharbeitern* ist mit Ausnahme der Slowakei in allen Ländern schlechter als bei Personen in einem Normalarbeitsverhältnis. Ihre gesundheitlichen Benachteiligungen lassen sich in so unterschiedlichen Ländern wie Dänemark, Estland und Deutschland beobachten. Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Flexicurity-Index zeigt sich nicht. Die leichte Dominanz absichernder Politikmaßnahmen in Dänemark und Deutschland geht dabei sogar mit noch deutlicheren gesundheitlichen Beeinträch-

tigungen von Leiharbeitern einher als dies in stärker deregulierten Ländern wie Griechenland oder Slowenien der Fall ist. Sowohl die Orientierung am Normalarbeitsverhältnis (kontinentale Länder) als auch die tendenziell schwache soziale Absicherung in den postkommunistischen und mediterranen Ländern geht mit einer negativen Bewertung der eigenen gesundheitlichen Lage einher. In den beiden liberalen Staaten sind keine Unterschiede zum Normalarbeitsverhältnis feststellbar.

Dieser fehlende Zusammenhang der Flexicurity mit dem relativen Gesundheitszustand von Leiharbeitern lässt sich möglicherweise damit erklären, dass gerade bei Leiharbeitern staatliche Vorgaben häufig auf betrieblicher Ebene umgangen werden. Trotz gewisser staatlicher Bemühungen, Leiharbeiter der Stammbesellschaft gleichzustellen, existieren Ausweichmechanismen innerhalb von Unternehmen, die Leiharbeiter mit anderen Verträgen ausstatten (Körner-Dammann 2006). Eine Einbeziehung dieser Ebene war uns hier nicht möglich, sollte aber in weiteren Untersuchungen berücksichtigt werden.

Unbefristete Teilzeitbeschäftigung geht in einigen Fällen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher, in anderen Ländern zeigen sich leichte gesundheitliche Vorteile gegenüber regulär Beschäftigten, allgemein sind die Unterschiede aber gering. Dies entspricht unserer Erwartung, dass sich Personen in unbefristeter Teilzeitbeschäftigung von regulär Beschäftigten kaum unterscheiden.

Allerdings zeigt sich hier ein leichter Zusammenhang mit der Flexicurity-Politik der Länder: Je stärker Sicherheitsmaßnahmen die der Flexibilität überwiegen, desto eher berichten unbefristet Teilzeitbeschäftigte einen schlechteren Gesundheitszustand als regulär Beschäftigte. Dieser Befund geht überwiegend darauf zurück, dass in

diesen Ländern (wie Dänemark oder Schweden) eine unbefristete Teilzeitbeschäftigung auch für Frauen kein Äquivalent zum Normalarbeitsverhältnis darstellt, wie dies beispielsweise in den Niederlanden der Fall ist. Entsprechend werden Abweichungen von dieser Beschäftigungsform eher mit Gratifikationskrisen in Verbindung gebracht.

Befristet Beschäftigte haben in den meisten Ländern einen geringfügig schlechteren Gesundheitszustand als regulär Beschäftigte. Ein systematischer Zusammenhang mit der Flexicurity-Politik eines Landes lässt sich allerdings nicht erkennen. Am deutlichsten erscheint diese gesundheitliche Benachteiligung in den postkommunistischen Ländern, deren Absicherungsmechanismus den aktuellen Arbeitsplatz sichert, nicht aber die Beschäftigung an sich. Auch in den kontinentalen Ländern zeigt sich trotz der dort höheren Sicherheitswerte ein negativer Zusammenhang zwischen befristeter Beschäftigung und dem Gesundheitszustand, was sich vermutlich mit der starken Orientierung am Normalarbeitsverhältnis erklären lässt.

Insgesamt wird damit deutlich, dass die Flexicurity-Politik eines Landes nur geringfügig mit der Gesundheit atypisch Beschäftigter in Verbindung steht. Ungeachtet der versuchten politischen Einflussnahme stellt insbesondere Leiharbeit ein gesundheitliches Risiko für die Beschäftigten dar. Diese Befunde aus der zweistufigen Mehrebenenanalyse werden von den Ergebnissen einer „herkömmlichen“ Mehrebenenanalyse unterstützt, die allerdings aus Platzgründen nicht dargestellt, sondern nur berichtet werden.⁴ Im europäischen Durchschnitt weisen unseren Hypothesen entsprechend Leiharbeiter und befristet Beschäftigte eine schlechtere Gesundheit auf als regulär Beschäftigte. Unbefristet Teilzeitbeschäftigte unterscheiden sich nicht signifikant von regulär Beschäftigten. Hinsichtlich der Kontextebene findet sich unseren Befunden aus dem zweistufigen Verfahren zufolge ein signifikant negativer Cross-level-Interaktionseffekt von Teilzeit und Flexicurity: Je eher in einem Land Sicherheitsmaßnahmen die der Flexibilität übersteigen, desto größer ist die gesundheitliche Beeinträchtigung von Teilzeitbeschäftigten im Vergleich zu regulär Beschäftigten. Entsprechend profitieren regulär Beschäftigte von einem hohen Niveau an sozialer Sicherung überdurchschnittlich, während Personen in unbefristeter Teilzeit Gesundheitseinbußen hinnehmen müssen. Bei den anderen atypischen Beschäftigungsformen zeigen sich in Analogie zu unseren Ergebnissen aus den Scatterplots keine signifikanten Zusammenhänge mit der Flexicurity-Politik eines Landes.

5. Fazit

Im vorliegenden Beitrag wurde untersucht, inwiefern sich der Gesundheitszustand von atypisch Beschäftigten von dem regulär Beschäftigten in Europa unterscheidet. Wir finden eindeutige Hinweise, dass die Gesundheit der Beschäftigten nicht nur von soziodemografischen Merkmalen

abhängt, sondern mit der Arbeitsmarktintegration in Zusammenhang steht. Insbesondere Beschäftigungsformen, die stark vom Leitbild des Normalarbeitsverhältnisses abweichen, sind gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Leiharbeiter etwa berichten in den meisten europäischen Ländern einen schlechteren Gesundheitszustand als regulär Beschäftigte, was für Personen in unbefristeter Teilzeit nicht gleichermaßen zutrifft. Die aus der Theorie abgeleiteten Gratifikationskrisen gelten demnach nicht für alle Beschäftigungsformen in der gleichen Weise und sind abhängig von strukturellen Merkmalen.

Ein eindeutiger Zusammenhang mit der Flexicurity-Politik eines Landes konnte nicht festgestellt werden. Tendenziell profitieren unbefristet Teilzeitbeschäftigte weniger von Sicherheitsmaßnahmen als regulär Beschäftigte, bei den anderen atypischen Beschäftigungsformen ließen sich keine derartigen Tendenzen feststellen. An der Positionierung der Länderpunkte im Scatterplot lässt sich allerdings ablesen, dass insbesondere in den Ländern, in denen die sozialen Sicherungssysteme am Normalarbeitsverhältnis ausgerichtet sind, Leiharbeiter und – mit Abstrichen – befristet Beschäftigte einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als regulär Beschäftigte. Dies zeigt sich in den kontinentalen Ländern (und insbesondere in Deutschland), die im Scatterplot jeweils relativ weit unten angesiedelt sind. In diesen stellt das Normalarbeitsverhältnis nicht nur wie in den nordischen Ländern die normative Referenzgröße (für Männer) dar, sondern es ist darüber hinaus elementar an das Niveau sozialstaatlicher Leistungen geknüpft. Eine Entkopplung dieses Zusammenhangs von sozialer Sicherung und Normalarbeitsverhältnis könnte dazu beitragen, die gesundheitliche Situation atypisch Beschäftigter in diesen Ländern zu verbessern.

Unsere Untersuchung war einigen Limitationen ausgesetzt. So verhindert das Querschnittsdesign des Datensatzes die Berücksichtigung von Selektionseffekten. Es kann somit nicht geklärt werden, ob Personen aufgrund ihres Beschäftigungsverhältnisses gesundheitliche Probleme entwickeln oder aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustands eine atypische Beschäftigung aufnehmen. Darüber hinaus konnten wir in dieser Analyse nur einen Index auf der Makroebene verwenden, dessen alleinige Aussagekraft eingeschränkt ist. Wir haben versucht, diese Problematik abzuschwächen, indem wir zusätzlich zu dem Flexicurity-Wert eines Landes die dem Cluster zugrunde liegende Flexicurity-Strategie bei der Interpretation berücksichtigt haben. Die konträren Ergebnisse innerhalb des postkommunistischen Clusters ließen sich auf diese Weise aber nur bedingt erklären. In weiteren Analysen sollten die Flexicurity-Politik der Länder und die einzelnen Dimensionen von Sicherheit und Flexibilität explizit berücksichtigt werden. Auch wäre eine Untersuchung einzelner Fallbeispiele hilfreich, um der großen europaweiten Spannweite an Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. ►

4 Die Ergebnisse dieser Analyse sind auf Nachfrage von den Autorinnen erhältlich.

Der fehlende eindeutige Zusammenhang von Beschäftigungsverhältnisspezifischer Gesundheit mit der Beschäftigungs- und Sozialpolitik der Länder wirft darüber hinaus die Frage auf, ob die staatliche Politik die geeignete Analyseebene ist. Insbesondere bei Leiharbeitern existieren viele Möglichkeiten der Umgehung gesetzlicher Vorgaben, sodass es für zukünftige Untersuchungen interessant wäre, die betriebliche und nicht zuletzt auch gewerkschaftliche Ebene einzubinden, um genaueren Aufschluss darüber zu bekommen, warum gesundheitliche Beeinträchtigungen bestimmter Beschäftigungsgruppen bestehen und welche Möglichkeiten existieren, diese Diskrepanzen zu verringern. ■

LITERATUR

- Achen, C. H.** (2005): Two-step hierarchical estimation: beyond regression analysis, in: *Political Analysis* 13 (4), S. 447–456
- Arber, S./Fenn, K./Meadows, R.** (2014): Subjective financial well-being, income and health inequalities in mid and later life in Britain, in: *Social Science & Medicine* 100 (1), S. 12–20
- Barbier, J.-C.** (2004): A comparative analysis of 'employment precariousness' in Europe, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/meetingdocument/wcms_161301.pdf (letzter Zugriff: 08.01.2016)
- Bardasi, E./Francesconi, M.** (2004): The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers, in: *Social Science and Medicine* 58 (9), S. 1671–1688
- Bartley, M.** (2005): Job insecurity and its effects on health, in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 59 (9), S. 718–719
- Becker, K./Brinkmann, U./Engel, T.** (2012): Arbeits- und Gesundheitsschutz & Leiharbeit – zwei problematische Handlungsfelder, in: *Arbeit* 21 (1), S. 20–38
- Dawson, C./Veliziotis, M./Pacheco, G./Webber, D. J.** (2015): Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis, in: *Social Science & Medicine* 134 (June), S. 50–58
- Dörre, K.** (2003): Zwischen Freisetzung und Prekarisierung: Arbeitspolitik im flexiblen Kapitalismus, in: *Kritische Medizin im Argument* 39, S. 10–30
- Esping-Andersen, G.** (1990): The three worlds of welfare capitalism, Cambridge
- Eurofound (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)** (2007): Approaches to flexicurity. EU-models: Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/84/en/1/ef0784en.pdf> (letzter Zugriff: 08.01.2016)
- Eurostat** (2015): Beschäftigungsstatistik
- Ferrera, M.** (2005). The boundaries of welfare: European integration and the new spatial politics of social protection, Oxford
- Friedrichs, M./Schröder, A. K.** (2006): Gesundheitliche Auswirkungen neuer Beschäftigungsformen. Kommentierte Zusammenstellung einschlägiger Literatur, IGA-Report 10, BKK Bundesverband
- Honneth, A.** (2011): Verwilderung des sozialen Konflikts: Anerkennungskämpfe zu Beginn des 21. Jahrhunderts: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, MPIfG Working Paper 11/4, Köln
- Koch, A.** (2007): Teilzeitregelung in Führungspositionen für Beschäftigte mit Kindern, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 7/2007, S. 21–26
- Körner-Dammann, M.** (2006): Flexicurity in atypischen Arbeitsverhältnissen: Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Lampert, T./Mielck, A.** (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik, in: *G+G Wissenschaft* 2/2008, S. 7–16
- Langhoff, T./Krietsch, I./Schubert, A.** (2012): Anforderungen an eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Leiharbeit, in: *WSI-Mitteilungen* 65 (6), S. 464–470, http://www.boeckler.de/wsimit_2012_06_langhoff.pdf
- Lehweß-Litzmann, R.** (2012) Flexibilität und Sicherheit – Deutschland im europäischen Vergleich, in: *Forschungsverbund Sozioökonomische Bericht-erstattung* (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht, S. 243–282
- Lohmann-Haislah, A.** (2012): Stress aktuell – Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung, in: *Ders.: Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, S. 34–106
- Maas, C. J. M./Hox, J. J.** (2005): Sufficient sample sizes for multilevel modelling, in: *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavior and Social Sciences* 1 (3), S. 85–91
- Minelli, L./Pigini, C./Chiavarini, M./Bartolucci, F.** (2014): Employment status and perceived health condition: longitudinal data from Italy, in: *BMC Public Health* 14, S. 946–963
- Mood, C.** (2010). Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it, in: *European Sociological Review* 26 (1), S. 67–82
- Mückenberger, U.** (1985): Die Krise des Normalarbeitsverhältnisses – Hat das Arbeitsrecht noch Zukunft?, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 31 (8), S. 457–475
- Oppolzer, A.** (2009): Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention, in: *Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*, Berlin, S. 13–22
- Rodríguez, E.** (2002): Marginal employment and health in Germany and the United Kingdom. Does unstable employment predict health?, in: *Social Science & Medicine* 55 (6), S. 363–379
- Schulze Buschoff, K.** (2011): Atypisch beschäftigt = typisch arm im Alter?: Die Flexibilisierung der Arbeitsmärkte und der staatliche Schutz vor Altersarmut – ein europäischer Vergleich, Studie für die Friedrich-Ebert-Stiftung
- Siegrist, J.** (1996): Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Göttingen
- Siegrist, J.** (2008): Soziale Anerkennung und gesundheitliche Ungleichheit, in: *Bauer, U./Bittlingmayer, U./Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, S. 220–235
- Statistisches Bundesamt** (2015): Normalarbeitsverhältnisse nehmen an Bedeutung zu, Pressemitteilung Nr. 301 vom 21.08., Wiesbaden
- Sverke, M./Hellgren, J./Näswall, K.** (2006): Arbeitsplatzunsicherheit: Überblick über den Forschungsstand, in: *Badura, B./Schnellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin, S. 59–92
- Tangian, A.** (2007): European flexicurity: concepts, methodology and policies, in: *Transfer: European Review of Labour and Research* 13 (4), S. 551–573
- Virtanen, P./Vahtera, J./Kivimäki, M./Pentti, J./Ferrie, J.** (2002): Employment security and health, in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 56 (8), S. 569–574
- Wilhagen, T./Tros, F. H.** (2004): The concept of flexicurity: a new approach to regulation employment and labour markets, in: *Transfer: European Review of Labour and Research* 10 (2), S. 166–168

AUTORINNEN

PETRA BÖHNKE, Prof., Dr., lehrt Soziologie im Fachbereich Sozialökonomie an der Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Armut, Prekarisierung und soziale Integration, Sozialkapital im Lebensverlauf, Lebensqualität.

@ petra.boehnke@wiso.uni-hamburg.de.

ANN-CHRISTIN RENNEBERG, M. A. Soziologie, ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Sozialökonomie, Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Arbeitsmarkt, Sozialpolitik und Wohlfahrtsstaatsforschung, gesundheitliche Ungleichheit.

@ ann-christin.renneberg@wiso.uni-hamburg.de

ISABEL VALDÉS CIFUENTES, Dipl. Volksw. (Volkswirtschaft sozialwissenschaftlicher Richtung), ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Sozialökonomie, Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: soziale Ungleichheitsforschung, Sozialpolitik, vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung.

@ isabel.valdescifuentes@wiso.uni-hamburg.de