

**Rainer Müller (2006): „Richtige Zeiten für richtige Ideen – Arbeitswelt und Gesundheitsberichterstattung“
veröffentlicht in: Die BKK, Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, November 2006, 518-522**

1. Die alte Idee „Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung“

Die richtige Idee, Gesundheitsberichterstattung über die Arbeitswelt, einschließlich deren Pathogenität, ist ideengeschichtlich mit der Entwicklung von Demografie und Medizinalstatistik verbunden, also schon älter. Die Bevölkerungsstatistik und damit verwoben, die Ausbildung der Medizinalstatistik, beginnt Ende des 17. und Anfang des 18. Jahrhunderts mit der Etablierung von Zentralstaaten, wie z.B. Frankreich, Schweden und Preußen und dem Aufschwung von Gewerbe und Handel und der diesen Prozess reflektierenden Nationalökonomie.

In der Zahl der arbeitsfähigen und kriegstauglichen Menschen erkannte man eine entscheidende Basis für die Macht des Staates. Zur Planung staatlichen Handelns wurden biologische Merkmale der Bevölkerung erfasst. Eine „eigentliche Populationsstechnologie“ (Imhof 1978) mit entsprechender Verwaltungsorganisation wurde aufgebaut, um die Bevölkerungsbewegung in Raum und Zeit zu erheben. Geburten, Todesfälle, Eheschließungen und Krankheitsfälle wurden gezählt. „Zum ersten Mal in der Geschichte reflektiert sich das Biologische im Politischen“, so Foucault (1976, S. 170) in seinen Überlegungen zur Herausbildung und bis heute wirkenden Biomacht und Biopolitik.

In Preußen wurde 1685 eine oberste staatliche Instanz für das Medizinalwesen geschaffen. Die erste Volkszählung wurde 1719 durchgeführt. Gewerbezahlung mit Zählung der Berufsinhaber wurde in Preußen zum ersten Mal 1722 vorgenommen. 1741 erschien in Berlin das Werk des Feldpredigers im ersten schlesischen Krieg Johann Peter Süssmilch mit dem Titel „Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, Tod und Fortpflanzung desselben erwiesen“. Seit 1764 hatten die Pfarrer Verzeichnisse über die getrauten Paare nach Alter, über die Gestorbenen nach Alter und Hauptkrankheiten sowie über Geburten anzufertigen. Das Preußische Statistische Büro wird 1805 auf Veranlassung des Ministers von Stein gegründet. Gemäß seiner Instruktion sollte nicht nur über Bevölkerungsbewegung, Medizinalanstalten und Gesundheitszustand der Bevölkerung, sondern auch über Arbeitsverhältnisse berichtet werden (Fischer 1933). Amtliche Statistiken wurden allerdings erst ab 1839 veröffentlicht (Müller 1984).

Die richtige Idee, dass eine Berichterstattung über die gesundheitliche Lage von Beschäftigten zu erfolgen habe, ist ebenso verbunden mit der Etablierung von Krankenkassen und erst recht von gesetzlichen Krankenversicherungen, also über 200 Jahre alt.

In Österreich bzw. Deutschland begann eine nach Berufsgruppen gegliederte Medizinalstatistik auf der Grundlage von Krankenkassendaten mit der Arbeit des Wiener Arztes Wagner: „Von den Krankheiten einiger Künstler und Handwerker“, veröffentlicht im Jahre 1802 und mit der Studie des Würzburger Arztes Georg Adelman von 1803: Über die Krankheiten der Künstler und Handwerker nach den Tabellen des Instituts für kranke Gesellen, der Künstler und Handwerker in Würzburg von den Jah-

ren 1786 bis 1802 nimmt Bezug zu damaligen gewerbehygienischen Standardwerken von Ramazini und Ackermann.

Der Professor der Heilkunde, Conrad Heinrich Fuchs, hat die Studie von Adelman fortgesetzt. Fuchs' Ziel bestand darin, für 54 verschiedene Gewerbe festzustellen, „welchen Einfluss das Gewerbe auf Morbidität und Mortalität hat“ (Fuchs 1835, S. 387).

Der erste qualifizierte Ansatz zu einer berufsbezogenen Medizinalstatistik auf der Basis von Unterlagen von Krankenkassen auf breiterer Basis war in Deutschland mit dem Wirken des Sozialhygienikers/Sozialmediziners Salomon Neumann verbunden. Er wertete die Unterlagen des Jahres 1856 des Gesundheitspflegevereins des Berliner Bezirks der Deutschen Arbeiterverbrüderung aus, welcher am 1. Mai 1849 gegründet worden war und 1853 verboten wurde. Neumann hoffte, den sozialen Einfluss der allgemeinen Lebenslage und der Berufstätigkeit auf Sterblichkeit und Krankheit beschreiben zu können (Karbe 1974, S. 67). Neumann griff Methoden und Konzepte der aufkommenden empirischen Wissenschaft vom Sozialen auf und verband sie mit Medizin und Ökonomie im Dienste der Emanzipation der neuen sozialen Klasse Arbeiterschaft. Die Botschaft des Kaisers vom 17.11.1881, dass er nicht nur jede organisierte Bewegung der Arbeiter unterdrücken, sondern auch das Wohl der Arbeiter durch die Versicherungsgesetzgebung positiv fördern wolle, hat nicht zu einer arbeitsweltbezogenen Medizinalstatistik geführt. Ebenso wurde bei der Reichsversicherungsordnung von 1911 die Chance vertan, eine entsprechende Medizinalstatistik einzurichten.

Dass die organisatorischen und qualifikatorischen Voraussetzungen um 1900 im Kaiserlichen Statistischen Amt vorhanden waren, beweist die von diesem Amt unter Mitwirkung des Reichsgesundheitsamtes besorgte Erarbeitung der umfangreichen Studie über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der über 900.000 männlichen und über 200.000 weiblichen Mitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig und Umgebung für die Jahre 1887 bis 1905 (Kaiserliches Statistisches Amt 1910). Die Daten waren lange Zeit eine reiche Fundgrube für medizinalstatistische, gewerbehygienische Studien und Veröffentlichungen. Die Arbeitsunfähigkeits- und Mortalitätsindikatoren wurden nach 108 männlichen und 79 weiblichen Berufsarten geordnet. Der Bearbeitung lag das „Verzeichnis von Krankheits- und Todesursachen des Kaiserlichen Gesundheitsamts“ mit 335 Krankheitsformen zu Grunde. Ein ähnlich hohes Niveau zeigten auch die Untersuchungen der Ortskrankenkassen Frankfurt und Bockenheim für die Jahre 1895 und 1896 (Bleicher 1900).

Eine routinemäßige berufsbezogene Berichterstattung über Morbidität und Mortalität auf der Basis von Krankenkassendaten blieb in Deutschland auf diese beiden Fälle zunächst beschränkt. Erst wieder in den 20er Jahren hat der erste preußische Landesgewerbearzt Ludwig Teleky die Daten der Rheinischen Ortskrankenkassen für eine arbeitsweltbezogene Berichterstattung genutzt. Teleky kommt das Verdienst zu, die Krankenkassenstatistik als Informationsbasis für die Gewerbehygiene weiter entwickelt zu haben (Teleky 1934). Er plädierte für den Einsatz von Fragebögen, um weitere Informationen über Arbeitsbedingungen und soziale Lage der Versicherten zu bekommen. Bereits 1922 beteiligten sich 99 rheinische Kassen mit 630.000 Mitgliedern an der neuen Statistik, allerdings wurde das „Rheinische Schema“ nur vom Krankenkassenverband Sachsen Anhalt 1925 übernommen. Widerstand kam von

der AOK Berlin. Verwaltungstechnische und finanzielle Probleme, erst recht während der Wirtschaftskrise, wurden als Hinderungsgründe genannt.

Erst Ende der 1960er – Anfang der 70er Jahre kam es erneut zu Bemühungen, eine arbeitsweltbezogene Medizinalstatistik auf der Basis von Routinedaten der GKV zu etablieren. Für diese Entwicklungen sind insbesondere folgende Forschungsgruppen relevant gewesen: Gruppe um Lieselotte und Christian von Ferber mit Wolfram Slesina (v. Ferber, Slesina 1981; v. Ferber, Behrens 1997) in Bielefeld, später Düsseldorf, unsere Gruppen in Berlin und Bremen (Volkholz, Schwarz 1984; Rosenbrock, Hauss 1985, Schröder, Thiele 1985) und eben die Arbeitsgruppe des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen mit Rolf Stuppardt, Erika Zoike und Arno Georg (Georg, Stuppardt, Zoike 1981).

2. Die richtige Zeit für die alte richtige Idee

Was ist die historische Leistung des BKK-Bundesverbandes und warum gelang die Etablierung einer nun 30jährigen arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung beim Bundesverband? Wäre es nicht eher eine Aufgabe des Bundes, der Länder, der Gewerbeaufsicht, erst recht der Unfallversicherungen gewesen? Was waren die begünstigenden Konstellationen für die Realisierung der alten richtigen Idee gerade im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung und hier des BKK-Bundesverbandes?

Auf der politischen Ebene war es die spezielle historische Phase der sozial-liberalen Koalition von 1969 bis 1982. In dieser Phase einer Modernisierung der Gesellschaft und einer Reformpolitik wurde eine vorbeugende Sozialpolitik in Gang gesetzt, um Arbeitsschutz und betriebliche Arbeitsbedingungen zu verbessern. Zu nennen sind hier u. a. folgende Gesetze: 1972 Betriebsverfassungsgesetz, 1973 Arbeitssicherheitsgesetz, 1974 Schwerbehindertengesetz, 1975 Arbeitsstättenverordnung und Arbeitsstoffverordnung, 1976 Jugendarbeitsschutzgesetz, 1977 Mitbestimmungsgesetz. Bereits 1972 war die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung (BAUA) in Dortmund errichtet worden. Sie wird für die staatlich geförderte „Krankenkassen-Daten-Forschung“ später federführend. Am 04.02.1977 hatte sie zu einem Fachgespräch „Berufsverlaufsdaten“ und am 24.09.1985 zu einem Kolloquium zur Darstellung des Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit, insbesondere anhand von Sekundäranalysen und Prozessdaten der Kranken- und Sozialversicherer eingeladen (Kollmeier, Kuhn 1997). Im Mai 1974 wurde das Aktionsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“ der Bundesregierung aufgelegt. Im Rahmen dieses Programms wurden auch Projekte zur „Arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung“ mit Routinedaten der GKV gefördert.

Im Zuge der Reformpolitik wurde von der sozial-liberalen Koalition eine anspruchsvolle Berichterstattung auf den Weg gebracht; hierfür steht beispielhaft der Gesundheitsbericht von 1971.

Diese staatliche Sozialpolitik der sozialliberalen Koalition beanspruchte eine höhere Rationalität und öffnete sich deshalb der wissenschaftlichen Beratung. Es kam zu einer Qualifizierung von Sozialberichten, Statistiken und Sozialbudgets.

Unterschlagen werden soll nicht der Hinweis auf die Diffusion der EDV in den administrativen Prozessen der GKV, nicht unbeeinflusst durch staatliche Technologieförderpolitik.

3. Die richtige Kooperation: Sozialwissenschaftler/innen und Krankenkassenvertreter

Durch das Forschungsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“ beschäftigten sich mehr und mehr Sozialwissenschaftler und Psychologen mit Fragen von Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Auswirkungen sowie Gestaltungsdefiziten in der Arbeitswelt. Die bislang eher technische bzw. medizinische Arbeitswissenschaft/Ergonomie wurde um sozialwissenschaftliche und psychologische Konzepte und Methoden ergänzt, allerdings geschah dies nicht ohne heftige Konflikte. Es entwickelte sich ein sozialreformerisches Arrangement zwischen betrieblichen bzw. politischen Akteuren und Wissenschaftlern. Dies führte nicht nur auf der Ebene der Parteien oder im Bereich der Ministerialbürokratie zu einem intensiveren Austausch über wissenschaftlich gestützte Reformpolitik, sondern ebenso im Bereich der Wirtschaft in beiden Lagern, so z. B. veranstaltete das Rationalisierungskuratorium der Deutschen Wirtschaft 1972 eine Tagung zum Thema „Humanisierung des Arbeitslebens“. Auf der Tagung der IG Metall „Aufgabe der Zukunft – Qualität des Lebens“ im selben Jahr wurde über Lebensqualität in der Arbeitswelt debattiert. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang ebenso die Nutzung von Kassendaten für eine kommunale Gesundheitsplanung, einschließlich einer lokalen arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung (Schröder u.a. 1986). Forscher traten selbst auf der Suche nach Daten über Arbeitswelt und Krankheit an Krankenkassen heran. So habe ich z. B. einer Anfrage des Betriebsrates des Fischereihafenbetriebes Bremerhaven vom 16. Oktober 1973 an die Universität Bremen folgend, die Daten der Ortskrankenkasse Bremerhaven/Wesermünde der Jahre 1970 bis 1974 für die Studie über Arbeit in Kälte genutzt (Müller 1982). Über Gewerkschaften und damit über die Selbstverwaltung in den gesetzlichen Krankenversicherungen kam es zu einer intensiveren Kontaktaufnahme sozialwissenschaftlicher Arbeitsgruppen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen.

In den Krankenversicherungen, in denen gewerkschaftliche Repräsentanten eine gewichtige Rolle spielten und dies muss für die Betriebskrankenkassen angenommen werden, gelang dies eher als in anderen Kassen. Wenn eine Zusammenarbeit gelang, lag es auch an dem Interesse und dem „Goodwill“ der Krankenkassengeschäftsführer bzw. Vorstände. Dies war für die drei genannten Forschergruppen von Ferber, Uni Bremen und TU Berlin sowie der Gruppe des BKK-Bundesverbandes relevant. Die wechselseitige Komplementarität und Interessenslage führte dazu, dass es den Forschergruppen gelang, Finanzmittel beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu erhalten. Die Bremer-Berliner Arbeitsgruppe beantragte so unter meiner Leitung das Forschungsprojekt „Berufliche, wirtschaftszweig- und tätigkeitspezifische Verschleißschwerpunkte“ im September 1976. Im Juni 1979 wurden die ersten Ergebnisse vorgestellt. Es waren die Routinedaten der Ortskrankenkasse Bremerhaven/Wesermünde ausgewertet worden (Müller u.a. 1979). Zwischen den geförderten Forschungseinheiten kam es zu einem regen Austausch, so auch mit der Forschungsgruppe des BKK-Bundesverbandes.

In der Evangelischen Akademie Loccum wurde im April 1983 zum Thema „Gesundheitsrisiko Arbeitswelt – Aufgaben und Chancen einer arbeitsweltbezogenen Ge-

sundheitsforschung“ weiterführend diskutiert. Rolf Stuppardt beklagte auf dieser Tagung die Hindernisse für empirische Analysen von ökonomischen und gesundheitlichen Problemen in der Sozialstatistik. Er forderte „eine ständige, interdisziplinär abgestimmte Berichterstattung Arbeitswelt und Gesundheit“ (Stuppardt 1983, S. 177). Er meinte (ebenda): Die amtlichen Statistiken lassen sich als unreflektiertes, durch einfache Fortschreibung voluminös gewordenen Ex-Post-Instrument tagespolitischer Verwertungsinteressen der obersten Erkenntnisstufe charakterisieren“. Auf dieser Tagung war auch Hans-Jürgen Bieneck, damals zuständig für den Arbeitsschutz beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung anwesend. Er plädierte ebenfalls für den Aufbau einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung. Er fragte: „Welche Daten gibt es? Wie valide sind sie, wie verlässlich geben sie mir Auskunft über den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer und über die Ursachen von Erkrankungen? Welche weiteren Methoden neben der Sekundärauswertung von Sozialstatistiken helfen weiter? Es gibt ja bereits die Studie des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, die ja Ansätze zeigt, aber es gibt sicherlich noch andere Wege und auch Vorarbeiten bei anderen Stellen. ... Ich bin sehr wohl der Meinung, dass das Gesundheitssystem – trotz aller Schwierigkeiten, die hier von den Vorrednern genannt worden sind – sich sehr viel stärker mit der Frage befassen sollte, wie weit sind denn die Leute, die zu mir kommen, durch Arbeitsbedingungen erkrankt, und ich meine, da sollten die Krankenkassen ihre Datenbestände mal stärker auswerten und auch ihre Einflussmöglichkeiten nutzen. Ich weiß, dass das sicherlich nicht einfach sein wird, aber ich glaube, es wird nicht ausreichen, das Arbeitsschutzsystem, die dort tätigen Institutionen mit den Problemen des arbeitsbezogenen Gesundheitsschutzes allein zu lassen“ (Bieneck 1983, S. 233, 234).

4. Stabilisierung der richtigen Idee in nicht immer richtigen Zeiten

Dass seit 30 Jahren der BKK-Bundesverband arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichte vorlegt und mittlerweile mehrere Krankenversicherungen ähnlich tätig sind, ist sehr wesentlich der Etablierung des Paragraphen 20 im Sozialgesetzbuch V geschuldet. War bereits im Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen justiziabel geworden, so wurde nun die Gesetzliche Krankenkasse mit dem 1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz mit dem Paragraphen 20 erstmals in ihrer Geschichte explizit beauftragt, ihre Daten auszuwerten und im Bereich der betrieblichen Prävention tätig zu werden. Arbeitsschutz und Gesetzliche Krankenversicherung lagen damals noch in der Regie des Bundesarbeitsministers. Herr Bieneck war an der Etablierung des Paragraphen 20, wie bereits 1983 in Loccum deutlich geworden, nicht unbeteiligt, wie er auf der Fachtagung des IKK Bundesverbandes am 27./28. Januar 1992 in Bonn berichtete. 1996 wurde der Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherungen entsprechend ausgeweitet. Im Paragraph 14 SGB VII werden sie verpflichtet, neben Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, nun ebenso arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Über die gesetzlichen Regelungen sind nun Krankenkassen und Unfallversicherungen miteinander verkoppelt und aufgefordert, eine arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung zu betreiben. Dieses erweiterte Verständnis einer institutionellen Verantwortlichkeit und auch im Sinne eines erweiterten Begriffs von Gefährdung, Risiko und Schädigung, ist nicht zuletzt den Entwicklungen des Europäischen Arbeitsschutzes geschuldet. Die Europäische Rahmenrichtlinie 89/91 EWG, welche erst 1996 in das deutsche Arbeitsschutzgesetz umgesetzt wurde und weitere Richtlinien verpflichten nun Betriebe zu einem umfassenden Arbeitsschutz auf der Basis einer sorgfältigen Gefährdungsbeurteilung. In nicht seltenen Fällen werden GKV-Routinedaten als Teil

einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung im Rahmen der arbeitsplatzbezogenen Gefährdungsbeurteilung nach Paragraph 5 Arbeitsschutzgesetz herangezogen.

5. Weiterentwicklung der richtigen Idee

Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung hat mittlerweile inhaltlich, konzeptionell und methodisch einen beachtlichen Stand erreicht. Es existieren Netzwerke und Kooperationen auf nationaler und europäischer Ebene, um Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben praktisch werden zu lassen. Der BKK-Bundesverband hat hierbei eine führende Rolle übernommen. Beispielhaft steht dafür die „Initiative Gesundheit und Arbeit“, eine Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem AOK-Bundesverband. Es liegt ein differenziertes Problembewusstsein über Stand und Perspektiven einer „arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung in Deutschland“ vor, wie die Publikation des Robert-Koch-Instituts über eine entsprechende Tagung im November 2000 belegt (Robert-Koch-Institut 2002, siehe auch Kuhn 2006). Dennoch wird die Arbeitswelt bzw. die Arbeitsbiografie einzelner Erwerbspersonen oder als Kollektive in der Verschränkung von Berufsverlauf und Gesundheitskarriere im aktuellen Gesundheitsbericht des Bundes im Kapitel „Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?“ völlig ausgespart. Lediglich im Kapitel über Prävention und Gesundheitsförderung wird auf den Paragraphen 20 verwiesen. Zu Recht wird in diesem Abschnitt festgestellt: „Es bleibt die Aufgabe der Präventionsforschung, Prävention und Gesundheitsförderung auf eine stärkere wissenschaftliche Basis (Nachweis der Wirksamkeit und des Nutzens durch kontrollierte Vergleiche) zu stellen. Voraussetzung für die Durchführung solcher Forschungsprojekte ist die Vernetzung der Akteure aus Wissenschaft, Praxis und Politik und eine höhere Bewertung dieses Forschungszweiges in der Gesellschaft“ (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt 2006, S. 128).

Allerdings stellt sich die Frage, wo hat diese notwendigerweise multidisziplinäre Forschung ihre institutionelle gut ausgestattete Basis in den Hochschulen und Universitäten? Sind die jungen Fachbereiche „Gesundheitswissenschaften“ bzw. „Public Health“ mit dieser Aufgabe befasst? Eher nicht. Die Wissenschaftspolitik der Länder und der einzelnen Hochschulen bzw. Universitäten ignoriert fast gänzlich das für die einzelne Erwerbsperson wie für die Gesamtgesellschaft hochbrisante Thema „Erwerbsarbeit, Produktivität, langes Leben, Gesundheit, Krankheit und vorzeitiger Tod“. Gesundheits- bzw. arbeitswissenschaftliche Forschungen über Human- und Arbeitsvermögen im Lebenslauf in einer Gesellschaft mit langem Leben – schließlich werden heute geborene Frauen zu 75 % 90 Jahre alt und älter – finden kaum statt. Zu wünschen wäre, dass die Sozialversicherungen und hier insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, in eine enge Kooperation mit Hochschulen bzw. Universitäten treten, wie es bereits an einigen Einrichtungen z. B. in Bremen im Zentrum für Sozialpolitik (Müller u.a. 1997; Glaeske, Janhsen 2001) bzw. Hannover im Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (Bitzer u.a. 1998) mit der Gmünder Ersatzkasse/GEK geschieht, um diesem Thema auch im Wissenschaftsbereich die ihm zustehende Präsenz zu verschaffen. Die in Aussicht stehende neue Verbandsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte der innovativen Tradition des BKK Bundesverbandes folgen und hier eine wichtige Funktion übernehmen, wie es bereits vor 30 Jahren geschah mit dem Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Erwerbsarbeit und Gesundheit“.

Literatur

Adelmann, G.: Über die Krankheiten der Künstler und Handwerker nach den Tabellen des Instituts für kranke Gesellen, der Künstler und Handwerker in Würzburg von den Jahren 1786 bis 1802 nebst einigen allgemeinen Bemerkungen, Würzburg 1803

Bieneck, H.J.: Gesundheitsrisiko Arbeitswelt: Konsequenzen für Arbeits-, Sozial- und Gesundheitspolitik, in: Loccumer Protokolle 10, 1983, Gesundheitsrisiko Arbeitswelt. Aufgaben und Chancen einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsvorsorge, Tagung vom 15.-17. April 1983, S. 228-234

Bitzer, E.M. u.a.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – Ein Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse der GEK, Band II, Schwäbisch Gmünd 1998

Bleicher, H.: Frankfurter Krankheitstafeln. Untersuchungen über Erkrankungsgefahr und Erkrankungshäufigkeit nach Alter, Geschlecht, Zivilstand und Beruf auf Grund des Materials der Ortskrankenkassen zu Frankfurt am Main, in: Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt am Main, Neue Folge IV., Heft 1900

Georg, A.; Stuppardt, R.; Zoike, E.: Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, Band 1, Voraussetzungen, Schwerpunkte und erste Ergebnisse, hrsg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen 1981

Ferber, L. v.; Slesina, W.: Integriertes Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Krankheiten, in: Zeitschrift Arbeitswissenschaft 35, 1981, S. 112-113

Ferber, L. v.; Behrens, J. (Hg.): Public Health-Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten - Stand und Perspektiven - Memorandum zur Analyse und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdaten, St. Augustin 1997

Fischer, A.: Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens, 2 Bände, Berlin 1933

Foucault, M.: Der Wille zum Wissen: Sexualität und Wahrheit 1, Frankfurt am M. 1976, zitiert nach Gehring, P.: Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens, Frankfurt a. M., New York 2006, S. 12

Fuchs, C. H.: Über den Einfluß der verschiedenen Handwerker in den Blütejahren, nach den Tabellen des Instituts für kranke Gesellen zu Würzburg von 1786 bis 1834. Ein Beitrag zur medizinischen Statistik, in: Heckers Naturwissenschaftliche Annalen der gesamten Heilkunde, Band 2, 1835, S. 385-417

Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse der GEK, Band 20, Schwäbisch Gmünd 2001

Imhof, A.E. (Hg.): Die Biologie des Menschen in der Geschichte, Stuttgart/Bad Kantstadt 1978

Kaiserliches Statistisches Amt: Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkassen für Leipzig und Umgebung, 4 Bände, Berlin 1910

Karbe, K.-H.: Die Berichte Salomon Neumanns über den Gesundheitspflegeverein der Berliner Arbeiterverbrüderung und den Berliner Gesundheitspflegeverein (1849 – 1853), in: Wiss. Z., Universität Halle XXIII, 1974, S. 66-72

Kollmeier, H.; Kuhn, K.: Berufsbezogene Auswertung von betriebsärztlichen Daten und medizinischen Massendaten der Kranken- und Sozialversicherung, Dortmund 1997

Kuhn, J.: Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Länder. Eine Untersuchung zur Entwicklung, Gegenstand, Wirkungen und Wirkungsbedingungen, Frankfurt a. M. 2006

Milles, D.; Müller, R.: Gewerbemedizinalstatistik in Deutschland. Zur Geschichte der Berichterstattung über die industrielle Pathologie, in: Robert-Koch-Institut (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin 2002, S. 17-26

Müller, R.; Bergmann, E.; Musgrave, A.; Preiser, K.: Berufliche wirtschaftszweig- und tätigkeitsspezifische Verschleißschwerpunkte - Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, herausgegeben vom Bundesminister für Arbeits- und Sozialordnung, Bonn 1981

Müller, R.: Arbeit in Kälte insbesondere beim Löschen von Frost- und Frischfisch, Dortmund 1982

Müller, R.: Die Verhinderung einer Gewerbemedizinalstatistik in Deutschland. Zur Geschichte der Berichterstattung über die industrielle Pathologie, in: Müller, R.; Milles, D. (Hg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Dortmund 1984, S. 50-82

Müller, R. u.a.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse der GEK, Band I, Schwäbisch Gmünd 1997

Robert-Koch-Institut (Hg.): Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin 2002

Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin Juli 2006

Rosenbrock, R.; Hauss, F. (Hg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985

Schräder, W.F., Thiele, W. (Hg.): Krankheit und Arbeitswelt. Möglichkeiten der Analyse mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe „Strukturfor- schung im Gesundheitswesen“, Band 5, Berlin 1985

Schröder, W.F. u.a.: Kommunale Gesundheitsplanung, Stadtforschung aktuell, Band 13, Basel, Boston, Stuttgart 1986

Stuppardt, R.: Arbeitspapier für die Arbeitsgruppe II, in: Loccumer Protokolle 10, 1983, Gesundheitsrisiko Arbeitswelt. Aufgaben und Chancen einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsvorsorge, Tagung vom 15.-17. April 1983, S. 166-177

Süssmilch, J.P.: Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, Tod und Fortpflanzung desselben erwiesen, Berlin 1741

Teleky, L.: Krankheitsstatistik nach dem „Rheinischen Schema“ arbeitenden Krankenkassen 1922 bis 1931, in: Archiv für Gewerbepathologie, Heft 5, 1934, S. 764-809, siehe auch: Wulf, A.: Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872-1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin, Frankfurt a. M. 2001

Volkholz, V.; Schwarz, F.: Längsschnittanalyse von Mobilität und Krankenstand. Annäherung an sozialwissenschaftliche Verlaufsdaten mit Hilfe von Krankenkassendaten, Bremerhaven 1984

Wagner: Von den Krankheiten einiger Künstler und Handwerker, in: Wiener Gesundheitstaschenbuch, Wien 1802

Zapf, W.: Soziale Indikatoren, Band 1, Frankfurt a.M./New York 1974