

Rainer Müller (1991): Gesundheitliche Lage von Handelsbeschäftigten. Worüber geben die Daten der Sozialversicherungen Auskunft?

1. Gesundheitsberichterstattung

Die gestellte Frage ist in den Zusammenhang um die Debatte über die Gesundheitsberichterstattung zu stellen. Sowohl im gesundheitspolitischen Raum als auch in der Wissenschaft wird die Forderung nach einer systematischen und aussagefähigen Gesundheitsberichterstattung seit wenigen Jahren verstärkt erhoben. So hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten von 1987 die Grundlinien einer Gesundheitsberichterstattung beschrieben. Als zentrale Aufgabe dieser Berichterstattung sieht der Rat die Bestandsaufnahme der Gesundheitsversorgung nach den verschiedenen Teilbereichen, Krankheitsarten, Regionen und Bevölkerungsgruppen an. (Sachverständigenrat 1987, S. 24) Kritisch wird angemerkt, daß in der Bundesrepublik ein solches systematisches Berichtswesen erst in Ansätzen entwickelt wurde und auf verschiedene Statistiken verstreut ist. Im Vergleich mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, ohne deren Existenz die Kenntnisse über die wirtschaftliche Entwicklung unzureichend wäre, wird das defizitäre Wissen auf dem Gesundheitssektor beklagt. Es darf deshalb nicht verwundern, wenn eben auch zur gesundheitlichen Lage von Handelsbeschäftigten nur sporadische Erkenntnisse vorliegen.

Zu den unverzichtbaren Bestandteilen einer Gesundheitsberichterstattung zählt der Rat:

- Bevölkerungsentwicklung (Demographie), auch gesondert für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Gesundheitsstand (Morbidität, Mortalität),
- Angebot an Gesundheitseinrichtungen bzw. -leistungen (Kapazität),
- Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen bzw. -leistungen (Nutzung),
- Finanzielle Situation im Gesundheitswesen (Finanzlage),
- Krankenversicherungsschutz (Versichertenstatus).

Mit besonderem Nachdruck fordert der Rat die Nutzung der Routinedaten der Sozialversicherungen insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung. Die im Aufgabenvollzug der Krankenkassen anfallenden "Prozeßdaten" sollten nicht nur für die wirtschaftliche Überwachung, sondern ebenfalls dazu verwandt werden, um medizinische Orientierungsdaten zu gewinnen. Solchermaßen gewonnene Orientierungsdaten könnten einen wichtigen Beitrag zur Bestimmung von Zielen und Prioritäten im Gesundheitswesen liefern. Bezogen auf die Frage nach der gesundheitlichen Lage von Handelsbeschäftigten, wären hier nämlich Ansatzpunkte für eine präventive Gesundheitspolitik zu finden.

Neben der Beschreibung des Zustandes des Gesundheitssystems soll die Gesundheitsberichterstattung helfen,

- Prognosen über seine Entwicklung in allen genannten Dimensionen zu erstellen,
- die Existenz von Fehlversorgungen aufzudecken,

- Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen,
- Ursachen für die Defizite zu benennen,
- medizinische und ökonomische Zielvorgaben für das Gesundheitssystem abzuleiten und
- gesundheitspolitische Interventionen in ihrer Umsetzung zu beschreiben und zu evaluieren. (Sachverständigenrat 1989, S. 43)

Auf die Bedeutung einer differenzierten Berichterstattung mit der Nutzung der Routinedaten von Krankenversicherungen gerade für regionale, bzw. bereichsspezifische einschließlich betriebsbezogene präventive Gesundheitspolitiken verweist auch die Enquetekommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" des Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag, Drucksache 11/6380, 12.2.1990, S. 27 ff).

2. Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Für die Wahrnehmung, Thematisierung und Bewältigung von arbeitsbedingten Erkrankungen einschließlich der Berufskrankheiten ist ein arbeitsweltbezogenes Gesundheitsberichtswesen zwar keine hinreichende, aber dennoch eine notwendige Voraussetzung. Notwendig insofern, als nur dadurch in repräsentativer Systematik die Vielfalt der beruflichen Tätigkeiten, die Vielzahl der beruflichen Risiken, deren vielfältigen Folgeerscheinungen in den Biographien und Patientenkarrieren und die verschiedenen Beteiligten im betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzsystem sowie in dem Sozialpolitikfeld insgesamt ins Blickfeld kommen.

Die Struktur und Differenzierung eines solchen Berichtswesens hat von den existierenden Institutionen, Regelungen und anfallenden Routinedaten der Sozialversicherungen auszugehen. Es hat die Zusammenhangsfragen von beruflicher Tätigkeit und Krankheit bzw. vorzeitigem Tod aufzuwerfen. Gleichzeitig kann mit diesem Instrument die Effektivität und Effizienz der Institutionen, Regelungen und Maßnahmen überprüft werden. Die Berichterstattung sollte sich nicht nur auf eingetretene Schädigungen und Folgeprobleme beschränken, sondern in präventiver Absicht, die Gestaltung von Arbeitsbedingungen einbeziehen. Denn einem Berichtswesen kommt neben der Signal- auch eine handlungsleitende Funktion zu. Um diese Doppelfunktion optimal ausfüllen zu können, ist nicht nur das Verhältnis der verschiedenen Institutionen (Betrieb, Sozialversicherung, Arbeitsschutzsystem) untereinander, sondern auch das Verhältnis von Arbeitnehmern, deren Interessensvertretung, Unternehmen und den arbeitswissenschaftlichen Experten in den Institutionen zu entwickeln und neu zu bestimmen.

Diesen Anspruch formuliert insbesondere der § 20 des Gesundheitsreformgesetzes. Die bislang hohe Arbeitsteilung und Formalisierung zwischen den Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen sowie der staatlichen Gewerbeaufsicht verhindern die Wahrnehmung und Thematisierung des Gruppen- und Prozeßcharakters von arbeitsbedingten Erkrankungen. Vorhandene Wissens- und Handlungspotentiale bei den Arbeitnehmern und deren Interessensvertretung werden durch die überstarke Expertenorientierung nicht oder nur ungenügend genutzt.

Das jetzige Arbeitnehmerschutzsystem hat ein umrissenes Berichtswesen bisher nicht entwickelt. Generell muß man eine unzulängliche Medizinalstatistik in der Bundesrepublik beklagen. In den wenigen entsprechenden Verwaltungsstatistiken fehlt der Bezug zur Arbeitswelt meist völlig. Diejenigen Publikationen, die den Anspruch einer arbeitsweltbezogenen Berichterstattung aufnehmen, wie der Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung oder die Publikationen der Berufsgenossenschaften, bleiben auf Unfälle und Berufskrankheiten ohne weitere Differenzierung beschränkt. Eine wesentliche Aufgabe bei der Entwicklung und Nutzung eines arbeitsweltbezogenen Berichtswesens wird darin bestehen, einen theoretischen bzw. kategorialen Bezug herzustellen zwischen dem Alltagswissens und den Altagserfahrungen der Arbeitnehmer, der betrieblichen Akteure insgesamt sowie den wissenschaftlichen Konzepten und Methoden der verschiedenen arbeitswissenschaftlichen Disziplinen einschließlich der Vorstellungen und Orientierungen der Experten in den Betrieben und Sozialversicherungen.

3. Routinedaten der Sozialversicherung

3.1. Unfallversicherungsträger

Die Statistiken der Unfallversicherungsträger geben Auskunft über Unfälle, Wegeunfälle, Berufskrankheiten und Rehabilitationsmaßnahmen. Für die Gruppe der Handelsbeschäftigen können die entsprechenden Publikationen insbesondere der Großhandels- und Lagereiberufsgenossenschaft und der Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel herangezogen werden. Allerdings sind auch in anderen Berufsgenossenschaften, wie z.B. Fleischereiberufsgenossenschaft, Handelsberufe tätig. Die entsprechenden Statistiken lassen leider keine Unterscheidung nach den verschiedenen Handelsberufen bzw. Tätigkeiten bei weiterer Differenzierung nach z.B. Alter und Geschlecht zu. Es lassen sich nur Aussagen über die Versicherten der beiden Berufsgenossenschaften insgesamt machen. (s. Tabelle 1)

Tabelle 1

Unfälle, Berufskrankheiten und Rehabilitationsmaßnahmen in den Berufsgenossenschaften Großhandel/Lagerei und Einzelhandel im Jahre 1988 bzw. 1987

Großhandel	Einzelhandel		
Unternehmen	100	472	265 277
Versicherte	1401	988	1872 195
Vollarbeiter	1401	181	1488 857
Arbeitsunfälle			
abs.	71	492	54 617
je 1000 Vollarbeiter		51,0	36,7
Wegeunfälle			
abs.	8	442	10 697
Berufskrankheiten			
angezeigt		660	919
erstmals entschädigt		75	26
Rehabilitationsmaßnahmen			
1987 abgeschlossen			
medizinisch	8	794	6 594
berufsfördernd		460	431
soziale Eingliederung		47	21

Quelle: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1989

Einen Überblick über die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit bzw. im Jahre 1988 erstmals entschädigten Berufskrankheiten gibt die Tabelle 2.

Die Routinedaten der Rentenversicherung über Frühinvalidität und Rehabilitationsleistungen erlauben im Prinzip zwar auch eine Auswertung nach beruflicher Tätigkeit, allerdings liegen systematische und differenzierte Auswertungen nicht vor.

Tabelle 2

Anzeigen auf Verdacht und im Jahre 1988 erstmals entschädigte Berufskrankheiten für die Berufsgenossenschaften Großhandel/ Lagerei und Einzelhandel

Berufskrankheit	Großhandel	Einzelhandel
Sehnenscheiden		
Anzeigen	44	81
entschädigt	-	-
Lärm		
Anzeigen	170	22
entschädigt	11	1
Obstruktive Atemwegs- erkrankung, allergisch		
Anzeigen	68	164
entschädigt	7	6
Haut		
Anzeigen	191	529
entschädigt	20	14

Quelle: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1989

3.2. Gesetzliche Krankenversicherungen

3.2.1. Krankenkasse als Institution für Gesundheitsanwaltschaft

Die Krankenkasse ist die Einrichtung, die regelmäßig und relativ umfassend für große Teile der Bevölkerung (Krankenversicherte/ Beschäftigte) Daten zum Umfang und vor allem der Art von Erkrankungen erhält. Zusätzlich besitzt sie grobe, aber aussagefähige Informationen über soziale, berufliche und ökonomische Umstände der Erkrankten und Nichterkrankten. Sie ist damit nicht nur berechtigt oder ermächtigt, sondern eben als einzige Institution auch sachlich in der Lage, inhaltliche d.h. krankheitsbezogene Dimensionen von Gesundheitsschäden absolut und relativ für Betriebe, Betriebsabteilungen, Regionen, Tätigkeiten usw. zu erhellen. Gleichzeitig

kann sie orientierende Hinweise zur weiteren Suche nach möglichen unabhängigen Erklärungsfaktoren geben. Insofern besteht eine erste wichtige Funktion in einer Sachorientierung des Handelns aller an Fragen des Gesundheitsschutz Interessierter.

Die Krankenkasse besitzt die Fähigkeit, vielfältige Vergleiche und Prioritätenlisten krankheitsbezogener Informationen innerhalb und zwischen Betrieben, zwischen Kassenregionen und nicht zuletzt zwischen verschiedenen Zeitpunkten und Zeiträumen durchführen zu können. Diese Funktion der Erstellung von Rangfolgen, Schwerpunktatalogen, Problemlisten charakterisiert die weitere Funktion der Zielorientierung gesundheitsschützerischen Handelns. Hierbei handelt es sich um das Kernstück einer Gesundheitsberichterstattung "Arbeitswelt". Dies erhält u.a. eine praktische ökonomische Bedeutung. Sofern Betriebe aus den verschiedenen gesetzlich zwingenden oder freiwilligen Überlegungen z.B. zur Bildung von Stammbelegschaften oder zur Absicherung möglichst langer Erwerbszeiten im Rahmen betrieblicher Gesundheits bzw. Arbeitsschutzpolitik ebenfalls arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten müssen oder wollen, verfügen sie bisher kaum über Erkenntnisse über deren Qualität und ihr unterschiedlich intensives Auftreten im Betrieb insgesamt bzw. in verschiedenen innerbetrieblichen Berufsgruppen bzw. Abteilungen. In der Regel gibt es daher keine handlungsorientierende und/ oder interventionsstrukturierende Rangfolgen der Erkrankungsrisiken oder Erkrankungsschwerpunkte. Betriebliche Gesundheitsschutzaktivitäten mußten daher oft sehr beliebig, gelegentlich für Einzelakteure im Betrieb an den Hauptproblemen vorbeizielend und unspezifisch sein. Die zwangsläufige Tendenz zu einer "Gießkannenpolitik" beinhaltet zugleich die Gefahr weitgehend unwirksamer, ineffizienter und unzureichend akzeptierter Aktivitäten. Zusammenfassend wird daher auch oft von einem Vollzugsdefizit im Bereich des Arbeitsschutzes gesprochen. Die Krankenkasse ist in der Lage, mittels strukturierter Probleminformationen zielgerichtetes und damit auch spezifischeres sowie letztlich ökonomischeres Gesundheitsschutzhandeln der betrieblichen Einrichtungen auszulösen und damit auch große Teile des genannten Vollzugsdefizits beseitigen zu helfen. Als ein derartig angelegtes Beispiel eines betriebsepidemiologischen Informationssystems kann man das diesbezügliche der Volkswagen-Betriebskrankenkasse ansehen. (Schräder u.a. 1990)

Diese Zielorientierung mittels Analysen kann nicht nur in Betriebe hineinwirken, sondern ebenfalls in das Kassenhandeln zurück. Dies gilt besonders für die frühzeitige Einleitung von spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen. Mit dieser ebenfalls einzigartigen Fähigkeit, zielorientierende Gesundheitsanalysen mit überbetrieblichen Vergleichsanalysen zu erarbeiten, verfügt die Krankenkasse über eine hohe Versachlichungsfunktion in nicht selten konfliktiv verlaufenden einzelbetrieblichen Auseinandersetzungen über den "Krankenstand". Insbesondere durch die Möglichkeit überbetrieblicher krankheitsorientierter Vergleiche kann sie damit eventuell dazu beitragen, betriebliche Erkenntnis- und letztlich Humanisierungbarrieren argumentativ zu überwinden. Dies gilt z.B. dann, wenn es gilt, die Relevanz von gesundheitlichen Problemen zu beurteilen, ebenso wie für die Abwägung des Aufwands von präventiven Aktivitäten. Wenn die betrieblichen Werte vergleichsweise hoch sind, fällt z.B. die rationale Beurteilung der Relevanz einfacher.

Insbesondere im Sektor der Mittelbetriebe besitzt die Krankenkasse im Bereich ihrer neugewonnenen Präventionsaufgaben (§ 20 GRG) objektiv die Funktion, systematischen und dauerhaften Gesundheits- und Arbeitsschutz erst mitzuinitieren und zu unterstützen. Mangels von Experten existiert in diesen Betrieben entweder keine oder eine deutlich unterausgestattete und wegen ihrer Unzulänglichkeit und gelegentlich Beliebigkeit innerbetrieblich auch umstrittene betriebliche Gesundheitsschutzarbeit. Die Krankenkasse kann in dieser sachlich und motivational schwierigen Situation mit ihrem Analyse- und Beratungsangebot wichtige Anreger-, Vermittler-, bzw. Tutoren- und Mentorenfunktion übernehmen.

3.2.2. Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung als eine neue Aufgabe der Krankenkassen

Das Gesundheitsreformgesetz vom 1.1.1989 (SGB V) hat im § 20 der Krankenkasse eine neue Verpflichtung nämlich Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheit auferlegt. Die Aufgaben der Krankenkasse nach dem § 20 "Gesundheitsförderung/Krankheitsverhütung" lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Bindende Verpflichtung zur Aufklärung der Versicherten über Gesundheitsgefährdungen allgemein und die Verhütung von Krankheiten.
2. Beratung, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können.
3. Sollverpflichtung, den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und darüber hinaus auf ihre Geseitigung hinzuwirken.
4. Ausdrückliche Feststellung der Möglichkeit, also der Berechtigung, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
5. Feststellung, daß die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenarbeiten müssen.
6. Unterrichtung der gesetzlichen Unfallversicherung über Erkenntnisse, die die Krankenkasse über Zusammenhänge über Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen hat.
7. Bindende Verpflichtung, unverzüglich die Annahme des Vor liegens einer berufsbedingten gesundheitlichen Gefährdung oder Berufskrankheit bei einem Versicherten den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen (staatliche Gewerbeaufsicht) und den Unfallversicherungsträgern mitzuteilen.
8. Sollverpflichtung bei der Durchführung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den kassenärztlichen Vereinigungen, mit auf diesem Gebiet bereits tätigen und erfahrenen Ärzten, mit den dafür zuständigen Stellen insbesondere den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung eng zusammenzuarbeiten, wofür gemeinsame Rahmenvereinbarungen abgeschlossen werden können.

3.2.3. Auswertung von Krankenkassendaten

Mit den Möglichkeiten, Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung als Teil eines arbeitsweltbezogenen Berichtswesens auszuwerten, haben sich in den vergangenen Jahren eine Reihe von Forschergruppen beschäftigt (s. Übersicht in Kollmeyer, Kuhn 1989, Schräder, Thiele 1985). Im Zentrum der bisherigen Fragestellungen bei der Auswertung von Routinedaten standen

- Krankenstandsanalysen nach Berufen und Branchen (z.B. Müller u.a. 1979, Bürkardt u.a. 1982)
- Fehlzeitenanalysen nach Berufen und Branchen (z.B. Müller u.a. 1983, Georg u.a. 1983)
- Untersuchungen zur Verteilung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (z.B. Maag u.a. 1982)
- Analysen von Behandlungsverläufen (z.B. Borgers, Schräder 1982)
- diagnoseorientierte Fragestellungen (z.B. Dorenburg 1990)
- Untersuchungen zum Zusammenhang von Krankheit/Krankenstandsindikatoren und beruflicher Mobilität (z.B. Volkholz, Schwarz 1984, Schmidt-Ohlemann, Behrens 1987)
- Untersuchungen zur betrieblichen Gesundheitsberichterstattung (z.B. Georg u.a. 1983, Schräder u.a. 1990, s. auch Bericht von Sochardt in diesem Band)
- Untersuchungen zu arbeitsbedingten Erkrankungen (z.B. Schmidt 1985, Müller u.a. 1985)
- Beiträge zur Erwerbsverlaufsuntersuchungen (z.B. Behrens, Voges 1990)
- Analysen von Arbeits-, Sport-, Wege- und sonstigen Unfällen (z.B. Müller 1983).

Die Liste der Fragestellungen ist nicht vollständig. Sie soll nur verdeutlichen, daß die Routinedaten für eine Reihe von Fragestellungen, die mit dem Komplex "gesundheitliche Lage" zu tun haben, nutzbar zu machen sind. All diese Fragestellungen können selbstverständlich auf die Gruppe von Handelsbeschäftigten bezogen werden. Leider wurde eine derartig systematische Auswertung in der möglichen Auswertungstiefe und -breite bisher nicht vorgenommen. Die Gründe hierfür sind insbesondere in dem z. Z. noch mangelndem Selbstverständnis von Krankenkass-

sen und deren Verbänden zu suchen, sich der von Wissenschaftlern erarbeiteten Auswertungsroutinen zu bedienen. Jedoch sind mittlerweile einige Krankenkassen dabei, diese Aufgabenstellung ernst zu nehmen.

Für Handelsbeschäftigte liegen bislang nur Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit vor, die bereits vor Jahren auf der Basis von anonymisierten und chiffrierten Daten einer Ortskrankenkasse gewonnen wurden. Beispielhaft sollen einige Ergebnisse von Analysen mit diesen Daten vorgestellt werden.

Die Tabelle 3 vergleicht Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit (AU) von Verkäuferinnen im Alter von 30-44 Jahren mit den restlichen Arbeiterinnen und Angestellten, die in der Krankenkasse versichert waren.

Die zwei- bis dreifach höhere Häufigkeit von angestellten Verkäuferinnen einen Arbeitsunfall zu erleiden, zeigt die Tabelle vier.

Tabelle 3

Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen des Jahres 1977 bei deutschen Verkäuferinnen im Alter von 30 - 44 Jahren für alle Ursachen

	Verkäuferinnen		andere Berufe	
	Arbeiter	Angestellte	Arbeiter	Angestellte
Versicherte insgesamt	136	473	2863	1585
Vollzeitversicherte	86	280	2094	1287
Versicherte mit AU	54	157	1364	593
Versicherte mit AU pro 100 Vers. ins.	39,7	33,2	47,6	37,4
Versicherte mit 1 AU pro 100 Vers. mit AU	61,1	67,5	59,8	66,3
Versicherte mit 2 AU pro 100 Vers. mit AU	31,5	23,6	24,3	20,9
Anzahl AU-Fälle	79	231	2247	906
AU-Fälle pro 100 Voll- zeitversicherte	91,6	82,4	107,3	70,4
AU-Tage pro 100 Voll- zeitversicherte	1845	1368	2006	1316
AU-Tage pro Vers. mit AU	32,1	24,2	31,5	30,1
AU-Tage pro Fall	21,9	16,4	19,1	19,7

Quelle: Straif 1985, S. 351

Tabelle 4

Arbeitsunfälle pro 100 vollzeitversicherte deutsche Verkäuferinnen der Jahre 1975 - 1978 nach Alter

Alter	Verkäuferinnen		andere Berufe	
	Arbeiter	Angestellte	Arbeiter	Angestellte
19 - 29	17,9	18,9	17,4	5,4
30 - 44	11,0	15,0	14,0	4,6
45 - 64	14,6	12,2	14,9	6,3

Quelle: Straif 1985, S. 356

In der Tabelle 5 werden Diagnoseuntergruppen für den Indikator AU-Fälle pro 100 Versicherte für die Jahre 1975-1978 zusammengefaßt dargestellt.

Tabelle 5

AU-Fälle pro 100 vollzeitversicherte deutsche Verkäuferinnen der Jahre 1975 - 1978 nach Altersstufen und Diagnoseuntergruppen

	Verkäuferinnen		andere Berufe	
	Arbeiter	Angestellte	Arbeiter	Angestellte
Bluthochdruck				
19 - 29 J.	1,7	1,3	2,8	2,1
30 - 44 J.	1,2	1,2	3,4	2,4
45 - 64 J.	10,1	6,6	8,8	5,3
Krampfadern				
19 - 29 J.	1,1	1,1	1,3	0,8
30 - 64 J.	3,7	2,3	4,2	2,0
45 - 64 J.	11,2	4,6	5,3	3,7
Grippe				
19 - 29 J.	89,1	92,3	97,3	77,7
30 - 44 J.	46,3	47,8	66,0	49,8
45 - 64 J.	43,7	44,4	54,6	43,4
Erkr. Magen, Zwölffingerdarm				
19 - 29 J.	10,6	16,2	21,1	9,5

30 - 44 J.	8,5	7,7	12,2	5,9
45 - 64 J.	1,1	9,2	10,0	6,5
Erkr. Nieren				
19 - 29 J.	19,6	16,0	19,4	12,5
30 - 44 J.	9,7	8,9	10,6	7,7
45 - 64 J.	4,5	14,3	8,7	8,3
Schmerzhafte Wirbel-körper-syndrome				
19 - 29 J.	15,1	16,2	25,7	8,7
30 - 44 J.	25,6	20,0	37,6	13,4
45 - 64 J.	24,7	28,5	35,9	18,7
Sehnenscheiden-entzündung				
19 - 29 J.	7,8	12,0	16,3	6,2
30 - 44 J.	8,5	5,0	12,3	4,2
45 - 64 J.	10,1	2,5	10,3	4,9

Quelle: Straif 1985, S. 362

Eine gewisse Auffälligkeit zeigen die Erkrankungsraten der Sehnenscheinenentzündungen bei den jungen angestellten Verkäuferinnen, die Rückenschmerzen (Wirbelkörpersyndrom) bei allen Altersgruppen der angestellten Verkäuferinnen.

Waren die vorgenannten Beispiele Querschnittsanalysen, so können mit den Daten von Krankenversicherungen auch Verlaufsuntersuchungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse einer solchen Untersuchung bei der angesprochenen Ortskrankenkasse zeigt folgendes:

Identische männliche deutsche Arbeitnehmer wurden hinsichtlich ihrer beruflichen Mobilität (gemessen in Beruf und Arbeitgeberwechsel, Übergang in freiwillige Versicherung, Arbeitslosigkeit), Krankenstand (Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Verhältnis zur Zahl der vom Arbeitgeber als beschäftigt gemeldeten Tage), Frühinvalidität und Tod über fünf Jahre vom 31.12.1973 bis zum 31.12.1978 beobachtet. Für Lager- und Transportarbeiter sollen die Ergebnisse beispielhaft erläutert werden. Nur 17 % der Lager- und Transportarbeiter, im wesentlichen Hafenarbeiter, haben ununterbrochen ihre Tätigkeit während der fünf Jahre ausgeübt. Der Anteil der Immobilien bei allen Arbeitnehmern betrug 43 %. Fast Einviertel der Lager- und Transportarbeiter erlitt eine Arbeitslosigkeit direkt aus dem Beruf wegen chronischer Erkrankung im Alter von 44 bis 63 Jahren in die Frührente, über den Umweg von Arbeitslosigkeit oder einem anderen Beruf bzw. Arbeitgeber waren es sogar 22 %. Die Frühinvaliditätsrate der Lager- und Transportarbeiter lag also um das Doppelte über dem Durchschnitt der männlichen deutschen Versicherten der Kasse. Das Risiko im Alter von 44 Jahren bis 63 Jahren als Berufstätiger während der

untersuchten fünf Jahre zu sterben, war mit 4,7 % im Vergleich zu allen männlichen Versicherten mit 2,2 % doppelt so hoch.

4. Literatur

Behrens, J., Voges, W.: Labilisierende Berufsverläufe und der vorzeitige Übergang in den Ruhestand. In: Dressel, W., u.a. (Hg.): Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg 1990, S. 201-219

Borgers, D., Schräder, W.F.: Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen Versorgung - Möglichkeiten ihrer Analyse auf der Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Forschungsberichte des BMA Gesundheitsforschung, Bd. 99, Bonn 1982

Bürkardt, D. u.: Berliner Krankenstand im Kontext regionsspezifischer Bedingungsfaktoren - ein interregionaler Vergleich von Arbeitsunfähigkeitsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Bundesministerium für Forschung und Technologie, Forschungsbericht T 82/230, Bonn 1982

Deutscher Bundestag: Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", Drucksache 11/6380 vom 12.2.1990.

Dorenborg, U.: Daten der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre EDV-gestützte Auswertung als Forschungsgegenstand am Beispiel des Ischias-Syndrom (ICD-8 353). Dissertation Universität Frankfurt, 1990

Georg, A. u.a.: Krankheits- und arbeitsbedingte Belastungen, 2 Bde. Essen 1981 und 1983

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hg): Übersicht über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahre 1988, St. Augustin im Juni 1989

Kollmeyer, H., Kuhn, K.: Berufsbezogene Auswertungen von betriebsärztlichen Daten und medizinischen Massendaten der Kranken und Sozialversicherung, Dortmund 1989

Maag, H. u.: Methoden zur Darstellung der Leistungsstruktur der Versichertendaten auf der Grundlage der Auswertung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. BASIG-Papier G 104, Berlin 1982

Müller, R. u.a.: Berufliche, wirtschaftszweig- und tätigkeitsspezifische Verschleißschwerpunkte. Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten einer allgemeinen Ortskrankenkasse. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht, Bonn 1979

Müller, R. u.a.: Unfälle und Arbeitsunfähigkeit bei Hafenarbeitern, Forschungsbericht

herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz- und Unfallforschung, Dortmund 1983

Müller, R. u.a.: Fehlzeiten und Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsfälle von neun Berufen. Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen einer Ortskrankenkasse. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht Nr. 359, Dortmund 1983

Müller, R. u.a.: Möglichkeiten der Berufskrebsforschung auf der Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schräder, W.F., Thiele, W. (Hg.): Krankheit und Arbeitswelt. Möglichkeiten der Analyse mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1985, S. 113-128

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Jahresgutachten 1987/1989, Baden-Baden 1987/1988

Schmidt, M.: Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und Beruf, Dortmund 1986

Schmidt-Ohlemann, M., Behrens, J.: Verläufe von Erkrankungen des Bewegungsapparates und berufliche Mobilitätsprozesse. In: Krasemann, E.O. u.a. (Hg.): Sozialmedizin. Schwerpunkt: Rheuma und Krebs, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, 1987 S. 162-176

Schräder, W.F. u.a.: Betriebsepidemiologisches Informationssystem der VW Betriebskrankenkasse, Dortmund 1990

Straif, K.: Arbeitsbedingungen und Erkrankungsrisiken des Verkaufspersonals, Dortmund 1985

Stuppardt, R.: Kassendaten als Voraussetzung für betriebliche Prävention: Erfahrungen mit der Umsetzung. In: Rosenbrock R. Hauß F. (Hg.): Kassenkasse und Prävention, Berlin 1985, S. 189-195

Volkholz, V., Schwarz, F.: Längsschnittanalyse von Mobilität und Krankenstand. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht Nr. 389, Dortmund 1984