

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik
des Wissenschaftszentrums Berlin

IIV6/dp86-213

Krankheit - biologisches oder
soziales Geschehen?

Werner Maschewsky

ISSN 0724-5084

Publication series of the International Institute- for
Comparative Social Research/Labor Policy
Wissenschaftszentrum Berlin
Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12
030/313 40 81

A B S T R A C T

Trotz oft beeindruckender Erfolge im Einzelfall erscheint die Medizin bei "volksgesundheitlicher Betrachtung" wenig effizient - etwa hinsichtlich der Kuration und Prävention der Volkskrankheiten Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Atemwegserkrankungen, "Rheuma", Stoffwechselerkrankungen.

Einen der Gründe hierfür sieht der Autor in der Vernachlässigung der individuellen und gesellschaftlichen Realität in medizinischen Theorien. Der Aufsatz skizziert daher die wichtigsten medizinischen und sozialen "Krankheitsheitsmodelle" :

- Zellulärpathologie, Molekularpathologie, Risikofaktorenmedizin und psychosomatische Medizin usw.
- Labelling-Theorie, Drift-Theorie, Verhaltensmuster-Theorie, "Life-Event"-Theorie, Lebensweisen-Theorie, Verschleiß-Theorie und Streß-Theorie.

Am Beispiel Herzinfarkt wird dann gezeigt, daß eine Verbindung verschiedener dieser (meist konkurrierenden) Ansätze die Plausibilität, Differenziertheit, Verallgemeinerbarkeit und praktische Anwendbarkeit der Krankheitserklärung verbessern kann.

Werner Maschewsky

Krankheit - biologisches oder soziales Geschehen?

Der Bundesgesundheitsminister :
 Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck;
 Angst, Trauer, Streß;
 Arbeit, Arbeitslosigkeit, Freizeit;
 Wasser, Luft, Nahrung;
 Verkehr, Städtebau, Industrie;
 Wirtschafts-, Technologie- und
 Verteidigungspolitik
 gefährden Ihre Gesundheit!
 (Aus einem Alptraum)

1. Einleitung

Die Medizin-Euphorie der 50-er und 60-er Jahre unterstellte, man könne in absehbarer Zeit das Problem der Volkskrankheiten "in den Griff bekommen". Diese Unterstellung ist einer tiefen Ernüchterung gewichen (s. ABHOLZ 1977, 1978; BORGERS 1981; KARMAUS 1981). Dies wurde durch vier Einsichten ausgelöst:

- (a) Die Zurückdrängung der Infektionskrankheiten beruht weniger auf spezifischen kurativ- oder präventiv-medizinischen Maßnahmen, sondern eher auf unspezifischen (sozial-)hygienischen und sozialpolitischen Maßnahmen (s. KAUPEN-HAAS 1976; McKEOWN 1982).
- (b) Das Vordringen chronisch-degenerativer Erkrankungen konnte mit kurativer Endpunkt-Behandlung nicht gebremst werden (s. BERGER u. a. 1978; NOVAK 1980).
- (c) Die im Gefolge der Medizin-Euphorie eingeleitete umfassende Medikalisierung - als Reaktion auf meist sozial verursachte Probleme - führte zum starken Anwachsen

iatrogener Schäden (s. LANGBEIN u. a. 1981; ROSENBROCK/ABHOLZ 1980; SICHROVSKY 1984).

- (d) Weiterhin führte diese Medikalisierung zunächst zum Abbau von Eigenkompetenz und Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen (s. BADÜRA/von FERBER 1981; von FERBER/BADURA 1983; KICKBUSCH/TROJAN 1981). Als diese umfassende Medikalisierung aber nicht mehr finanzierbar war (s. KÜHN 1976, 1980; ROSENBROCK 1983, 1984), wurde vermittels Risikofaktorenmedizin wieder die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen "entdeckt" und für Schuldzuschreibung - "blaming the victim" - genutzt (s. GÖCKENJAN 1981 a,b; HORN/BEIER/KRAFT-KRUMM 1984).

Auf diesem wissenschaftlichen und politischen Hintergrund stellen sich u. a. folgende Fragen:

- Ist die (volksgesundheitlich betrachtet) geringe Effektivität und noch geringere Effizienz unseres vorwiegend kurativ orientierten medizinischen Versorgungssystems auch bedingt durch die Krankheitstheorie?
- Bieten sozialwissenschaftliche Krankheitstheorien - als Gegensatz oder Ergänzung medizinischer Theorien - die Möglichkeit theoretischer oder praktischer Verbesserungen?

Diesen beiden Fragen will dieser Aufsatz nachgehen.

2. Medizinische Krankheitstheorien

Die gegenwärtig dominierenden Krankheitstheorien der Medizin sollen hier nur sehr grob charakterisiert werden - und zwar folgende: (a) Zellularpathologie; (b) Molekularpathologie; (c) Risikofaktorenmedizin; und (d) psychosomatische Medizin.

Zuvor will ich aber einige allgemeine Merkmale medizinischer Forschung ansprechen, die weitreichende theoretische und praktische Folgen zeigen:

- (1) Die Medizin verlagert ihre Analyse- und Handlungsebene tendenziell immer weiter in den Mikrobereich hinein. Die historische Entwicklung der Krankheitstheorien von der Humoral-(Körperflüssigkeits-)pathologie über die Solidar-(Gewebs- und Organ-)pathologie fand nicht in der Zellularpathologie VIRCHOWs ihren Abschluß, sondern hat momentan die Etappe (den Endpunkt?) der Molekularpathologie erreicht (s. HERBIG 1981; HOHLFELD 1981).
- (2) Die (impliziten oder expliziten) Kausalitätstheorien bleiben unbefriedigend. Monokausale Theorien sind zwar zurückgedrängt worden, aber an ihre Stelle sind oft nur relativ "platte" additive (multikausale, -faktorielle) Theorien getreten. Diese verweisen zwar auf eine höhere Komplexität von Krankheitsprozessen, können diese aber nicht darstellen (s. MASCHESKY 1983a; NASCHOLD/TIETZE 1977; STACHOWIAK 1957). Ebenso erfolgen gängige und praktisch bedeutsame Unterscheidungen - wie zwischen wesentlichen und unwesentlichen Bedingungen (s. VALENTIN u.a. 1979), beeinflussbaren und unbeflussbaren Bedingungen, Dispositionen und Auslösern, "eigentlichen Ursachen" und "ermöglichenden Bedingungen" - oft auf einem unbefriedigenden erkenntnistheoretischen und methodischen Niveau (s. KARMAUS 1979; MASCHESKY 1977; STEGMÜLLER 1974; SÜSSER 1973).
- (3) Die psychophysische Einheit der Person wird sauber gespalten in einen somatischen und psychischen Teil (Ausnahme: psychosomatische Medizin).
 Der somatische Teil gilt als der eigentlich wichtige: er unterliege einem strengen naturgesetzlichen Determinismus, zeige eine große Homogenität und Konstanz ("natural history of disease"), und lasse sich erklären, vorhersagen und reproduzieren. Entsprechend gebühre der Somatik ein quasi ontologisches Primat: "real"/"objektiv" = "soma-tisch". Der psychische Teil gilt dagegen als unwichtig: entweder könne er das somatische Geschehen überhaupt nicht beeinflussen, sondern höchstens begleitend kommentieren. Oder er setze per Verhalten gewisse Ausgangsbedingungen,

die dann einen streng gesetzmäßigen somatischen Prozeß auslösen. Der psychische Bereich selbst unterliege aber keinem Determinismus - dies rechtfertige den Voluntarismus/Dezisionismus medizinischer Empfehlungen zu Gesundheitsverhalten, Lebens- und Bewältigungsweise (s. HORN/BEIER/KRAFT-KRUMM 1984? KICKBUSCH 1982; WHO 1982).

Diese genannten Merkmale medizinischer Forschung haben nun folgende theoretische und praktische Auswirkungen:

- (1) Die (Un)Gleichgewichtsmodelle von Krankheit sind verdrängt worden durch Defektmodelle. Die (Un)Gleichgewichtsmodelle (Homöostase) interpretierten Krankheit als ganzheitlichen ("systemischen") Effekt einer "lokalen", aber anhaltenden Störung eines "dynamischen Gleichgewichts": z.B. einer RegulationsStörung im VNS mit folgender "vegetativer Dystonie". Dieser Denkansatz ist der Tendenz nach systemtheoretisch (s. MASCHEWSKY 1979).

Das Defektmodell von Krankheit bedeutet dagegen einen Rückfall in mechanistisches Denken: die Störung wird jetzt nicht an vernetzten Prozessen festgemacht, deren Zusammenspiel "aus den Fugen gerät", was rückgekoppelte "Ausgleichs"- und "Schadensbegrenzungsmaßnahmen" auslöse. Statt dessen sollen sich die Auswirkungen eines Defekts in der Kausalkette hinter der Störungsstelle quasi "blind" fortpflanzen. Durch den "richtigen" biotechnischen Eingriff (z.B. : operative Entfernung kranken Gewebes; pharmakologischer Ausgleich eines biochemischen Defizits) sollen sie sich beseitigen lassen.

- (2) Der "Lokalismus" unterstellt, jeder pathogene Prozeß ließe sich analytisch immer weiter aufspalten in "normale" und "gestörte" Anteile. Letztlich sei stets eine einzelne gestörte Struktur oder Funktion als "eigentliche Ursache" identifizierbar ("methodologischer Reduktionismus"¹¹; s. HOLZKAMP 1972). Ein feststellbares System-Ungleichgewicht wird also auf den isolierten Defekt eines Teilsystems

Genese' bzw. "Polyätiologie" von Krankheiten wird implizit wieder zurückgenommen durch die Suche nach zugleich notwendigen und hinreichenden Bedingungen.

Der Lokalismus stößt, zumindest in folgenden Fällen auf Probleme; (a) die Diagnose "normal'V'gestört" ist unsicher oder verändert sich kurzfristig; (b) die Bedeutsamkeit eines Defekts für die zu erklärende Krankheit ist fraglich; (c) es bleibt unklar, ob ein Defekt Ursache oder Folge der Krankheit ist; (d) der Defekt besteht nicht in der Störung einer einzelnen Funktion/Struktur, sondern in einer Störung der Interaktion/Koordination/Synchronisation je einzeln völlig intakter Funktionen und Strukturen.

- (3) Die "Spezifitäts"-These stellt ein Pendant zum Lokalismus dar. Sie besagt, daß jede Krankheit eine spezifische Ursache besitze und daß gleiche Ursachen auch gleiche Folgen (Krankheiten) hervorbringen.

Mit "spezifischen Ursachen" sind - nach logischem Verständnis - zugleich notwendige und hinreichende Bedingungen gemeint. Nur auf deren Identifizierung wird die Forschung orientiert«, Damit wird wiederum stillschweigend der multifaktorielle Erklärungsanspruch aufgegeben - dieser würde auch die Bestimmung einerseits von notwendigen, andererseits von hinreichenden Bedingungen erfordern. Die Spezifitätsthese bestreitet die Möglichkeit folgender Phänomene von "Unspezifität" (s. BÄCKER 1982; MASCHEWSKY/SCHNEIDER 1982; TTETZE/BOCK 1984): unterschiedliche Ursachen führen zur gleichen Krankheit ("Substituierbarkeit", "funktionale Äquivalenz" von Ursachen; "verschiedene Wege zu ..."); gleiche Ursachen führen zu verschiedenen Krankheiten ("Krankheitswahl"; "somatische Kanalisierung"); ohne Veränderung der zugrundeliegenden Situation treten neue Krankheiten auf ("Symptomwandel"). Die in diesen Phänomenen enthaltenen "Unbestimmtheitsstellen" werden statt dessen als Ergebnisse einer mangelhaften Analyse interpretiert, die beim Fortschreiten

"harter" Forschung wiederum streng deterministischen und "niedrig-komplexen" Zusammenhängen weichen müssen.

Die Spezifitätsthese wird oft zur Legitimation von Nichtstun benutzt. - Beispiel: der hinlänglich gesicherte allgemeine Zusammenhang von Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen wird nicht zum Anlaß für Umweltsanierung genommen. Dies wird der Öffentlichkeit "verkauft" mit dem Argument, man suche noch nach spezifischeren, handhabbaren Zusammenhängen. So erreicht man den Vollzugsaufschub oder gar "Methodentod" einer populären Forderung (s. DICK 1974; MASCHEWSKY 1982).

- (4) Die Fixierung auf eine rein technische Problemlösung versteht Heilung vorwiegend als biochemische Reparatur eines Defekts - s. ROTI-ISCHUH (1978) zur "Iatrotechnik". Für diesen Zweck wird ein komplexer Erkrankungsprozeß reduziert auf die Schädigung/Störung/"Entgleisung" einer oder weniger als zentral angenommener "Schlüssel"-Strukturen/Funktionen. Dies ermögliche einen direkten Zugriff, der dabei als "kausale Therapie" verstanden wird. - Am Beispiel: "Wenn Schulkinder vom ¹'Zappelphilipp' befallen sind, helfen eben nur noch Psychopharmaka Ob diese 'Überaktivität' vielleicht etwas mit der Familie oder der Schule selbst zu tun haben könnte, bleibt außer Betracht ... Man kann sich vorstellen, was möglich wird, wenn an die Stelle der harten Psychopharmaka jetzt eine neue Generation "weicher", körpernaher, raffiniert modifizierter und gentechnologisch produzierter Regulatorstoffe für psychische Spannungszustände tritt" (HOHLFELD 1981, S. 125) .
- (5) Dabei erfolgt nicht nur eine Reduktion auf biochemisch zugreifbare "Schlüssel"-Ereignisse, sondern tendenziell (bedingte Ausnahme: Risikofaktorenmedizin) erfolgt eine Fixierung auf die letzten Glieder der Kausalkette. Hier sind spezifische somatische Korrelate bereits nachweisbar, und die Medizin fühlt sich kompetent. Die "technologische

Stixxeryilg" wird also durch ex. ne "L,ndpunk -Vix.1er«,» ~" ergänzt.

Die Endpunkt-Medizin konzentriert sich dabei auf die letzte Phase in der langen Entstehungsgeschichte chronisch-degenerativer Erkrankungen (s. NASCHOLD/NOVAK 1980; SCHAEFER/BLOHMKE 1978)

- von unspezifischen, sporadisch auftretenden und meist nur subjektiv erfaßbaren Vorformen und Frühphasen,*
- über spezifische, sporadisch auftretende, noch reversible, aber bereits somatisch faßbare Beeinträchtigungen;
- ~ bis hin zu spezifischen, chronifizierten, irreversiblen, somatischen Schäden.

Die Konstanz, Intensität und Spezifität der Gesundheitsbeeinträchtigung in der letzten Entwicklungsphase rechtfertigt und ermöglicht nach dieser Auffassung auch erst gezielte medizinische Maßnahmen und Interventionen. Unspezifische medizinische (und soziale) Maßnahmen im Vorfeld der Erkrankung, wie sie die Sozialhygiene propagiert (GROTJAHN 1975; KAUPEN-HAAS 1976; McKEOWN 1982; MOSSE/TUGENDREICH 1913; VIRCHOW 1849) gelten hier als unnötig und unbegründet. Die absurde Konsequenz: Krankheiten werden erst dann behandelt, wenn meist "alles zu spät" ist, und die Behandlungsansätze nicht mehr richtig greifen. So versorgt sich die Medizin immer wieder mit neuen Dauerpatienten.

- (6) Die chronisch-degenerativen Krankheiten sind in der Regel nicht heilbar, und nehmen meist weiter zu; für überwunden gehaltene Infektionskrankheiten erleben ein gewisses "Comeback"; ein erheblicher Anteil von Gesundheitsstörungen ist inzwischen iatrogen bedingt (s. BERGER u. a. 1978; BORGERS 1981; KARMAUS 1981; NOVAK 1980).

Dies hat einen Grund darin, daß relevante Anteile des Entstehungszusammenhangs von Krankheit systematisch ausgeblendet werden, da sie als irrelevant, unbeeinflussbar oder aber als gesellschaftlich wünschenswert/notwendig

gelten: etwa im Bereich der Arbeitswelt bestimmte strukturelle Aspekte (Arbeitsorganisation; Technologieeinsatz; Personalpolitik) und personelle Aspekte (Leistungs- und "Gesundheits"-Verhalten). Am Beispiel: die "Risikofreudigkeit" unserer Medizin bei Arbeitsstoffen, die im Ausland längst als krebserregend gelten, kontrastiert verblüffend mit der "Risikoscheu" bezüglich Rauchen (s. KALBERLAH 1983; KOCH 1981; KOCH/VAHRENHOLT 1978; KRAUSE 1981; LAHL/ZESCHMAR 1984; MARKARD 1981).

- (7) Die "psychosozialen" und biochemischen "Noxen" führen oft erst bei langer Exposition zu somatisch identifizierbaren Strukturschäden und Funktionsstörungen, die die Medizin "reparieren" will. Diese "letzten Ursachen" des ätiologischen Modells stellen in der Pathogenese tatsächlich nur abgeleitete Größen dar, also Wirkungen, Symptome. Ihre kurzfristige Beseitigung oder ihr (per Dauermedikation, etc.) langfristiger Ausgleich sind meist nur ein "Herumkurieren an Symptomen". Die Bedingungen, die solche Defekte immer neu vorbereiten, ermöglichen, auslösen oder gar "verursachen", bleiben entsprechend unbehelligt, werden so letztlich stabilisiert.

Nach dieser Trendbeschreibung will ich die einzelnen medizinischen Krankheitstheorien kurz einordnen.

Zu (a): Zellulärpathologie

VIRCHOW veröffentlichte 1858 seine Theorie der Zellulärpathologie. Danach sind nicht Körpersäfte, Organe oder Gewebe, sondern letztlich immer die einzelnen Zellen Träger der Krankheit. Die Zelle sei die eigentliche organische Einheit; Störungen ihrer Struktur und/oder Funktion führten zur Krankheit. Konsequenz: es gibt keine Allgemeinkrankheiten; jede Krankheit hat ihren spezifischen anatomischen Sitz, ist lokalisierbar (Lokalismus).

"VIRCHOW hat seinen Ansatz konsequent durchdacht,, einen kranken Körper gibt es bei ihm nicht, sondern nur noch kranke Zellen in einem weitgehend gesunden Körper. Der VIRCHOWsche Lokalismus hat besonders für die Entwicklung der Chirurgie große Bedeutung? ohne ihn wäre die Blüte der Chirurgie in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts nicht vorstellbar. Denn erst jetzt war es sinnvoll, ein krankhaftes Organ zu entfernen bzw. in seine Funktion operativ einzugreifen. Aber mit der Zellulärpathologie wurde auch die Tür zu einem Weg aufgestoßen, den die moderne Medizin noch heute beschreitet, einen Weg, auf dem der menschliche Körper immer mehr aus dem Blickfeld geriet und sich auflöste in Organe, Gewebe, Zellen und Funktionen. Die damit zwangsläufig einhergehende Spezialisierung der Ärzte hat den damals begonnenen Prozeß noch beschleunigt" (WINAU 1982, S. 295)

Zu (b): Molekularpathologie

Die Zellulärpathologie formulierte ihre Krankheitstheorie in der Theoriesprache einer nicht-medizinischen Naturwissenschafts der traditionellen Biologie. In einem weiteren Schritt wurden die Zellen als Grundbausteine biologischer Theorien durch die Einheiten der Theoriesprachen der Physik und Chemie - Atome und Moleküle - abgelöst.

"Die zellulären "Makro"-Theorien des Lebendigen wurden und werden durch molekulare "Mikro"-Theorien ersetzt. Diese Entwicklung begann mit molekularen Konzepten von Zellaufbau und Stoffwechsel in der Biochemie, setzte sich fort mit der molekularen Theorie des Steuerungsprogramms der Bakterienzelle, der Molekulargenetik und erfaßt heute die Prozesse der Differenzierung von Zellen und Entwicklung von Organismen - die molekulare Zell- und Entwicklungsbiologie" (HOH1FELD 1981,

Die Molekularpathologie entwirft nun molekulare ("Mikro"-)-Theorien von Krankheitsprozessen: etwa als Störungen des

Stoffwechsels und der Immunreaktion. Dies bedeutet eine Verschärfung des Lokalismus: bestimmte molekulare Prozesse gelten als zentrale "Schlüsselprozesse", etwa Regulationsanomalien und Gendefekte. Sie stehen dem biochemischen oder genchirurgischen Zugriff offen.

Der "technological fix" wird ins Extrem getrieben: die Störungsquelle, der Defekt, wird noch genauer lokalisiert, der Eingriff noch genauer spezifiziert. Der Gesamtzusammenhang, den die (Un-) Gleichgewichtstheorien von Krankheit betonten, gerät so völlig aus dem Blickfeld. Die sozialen, aber auch physiologischen Vorbedingungen für Gesundheit; die Substitutions- und Kompensationsphänomene zur Erhaltung der organis-mischen Funktionsfähigkeit; die vernetzten und stabilen Auslöser/Ursachen von Funktions- und Strukturanomalien - sie alle entgehen dieser extrem reduktionistischen und isolierenden Betrachtungsweise.

Zu (c): Risikofaktorenmedizin

Die Entwicklung von der Zellular- zur Molekularpathologie verweist auf einen zunehmenden naturwissenschaftlichen Reduktionismus, gemäß der Rangfolge: Medizin - Biologie/Physiologie -- Physik/Chemie/Genetik. Die Entwicklung von der Zellularpathologie zur Risikofaktorenmedizin verweist auf zwei weitere Trends:

- von der Endpunkt- zur Vorfeldmedizin;
- von der naturgesetzlichen zur selbstverschuldeten Krankheit.

Die Risikofaktorenmedizin (s. ABHOLZ u. a. 1982; SCHAEFER/-BLOHMKE 1978) interpretiert Krankheit als relativ zwangsläufiges Resultat negativer Verhaltensweisen des Individuums. Diese Theorie wurde bsd. für KHK entwickelt, ist aber auch für andere Krankheiten denkbar (z.B. Krebs, Rheuma) oder wieder verworfen worden (z.B. Tbc - s. GARBE 1982).

Die Risikofaktorenmedizin versteht sich als ein präventiver. Ansatz zur Verhütung von chronisch-degenerativen Krankheiten. Sie überwindet die Fixierung auf eine Endpunkt-Behandlung, und kann reale - wenn auch geringe - Erfolge bei der Krankheitsverhütung aufweisen. Sie fördert aber ihrerseits eine breite, zugleich einseitige und der Sozio-Pathogenese nicht angemessene Med ikalisierung:

Zum einen unterschlägt sie in der Regel, daß sie bestenfalls eine Minderheit der beobachteten Fälle voraussagen kann. Die Mehrheit der Fälle liegt aber als "Escapers" und "paradoxe Fälle" außerhalb des Erklärungsbereichs der Risikofaktorentheorie (s. SCHAEFER/BLOHMKE 1978).

Zum anderen bricht sie ihre Erklärung Willkürlich bei den somatischen Risikofaktoren ab, ohne wiederum deren Entstehung ("Soziogenese") zu erörtern (s. SCHAEFER/BLOHMKE 1978). Da die Risikofaktoren als Verhaltensmerkmale oder (Vor-)Erkrankungen konzipiert sind, nehmen die Interventionen die Form von Verhaltensänderungen (per Gesundheitserziehung und -Werbung, administrative Maßnahmen, Sanktionen, pharmakologische Beeinflussung) oder kurativen Maßnahmen an. Da die Soziogenese jenseits des Abbruchpunkts der Erklärung (s. BECK 1974) liegt - oder zumindest jenseits des selbst zuerkannten Handlungsrahmens - greifen die vorgeschlagenen präventiven Maßnahmen zu kurz.

Die Tendenz besteht, die geringe Effektivität und Effizienz dieser Interventionsstrategie der Uneinsichtigkeit, Willensschwäche und mangelnden Kooperationsbereitschaft ("compliance") der Betroffenen zuzuschreiben ("blaming the victim") - was den Ansatz gegen Kritik immunisiert.

Weiterhin führt die Verlagerung der Intervention ins Vorfeld der Erkrankung zwar einerseits zur Schwerpunktverlagerung von der Kuration zur (personellen) Prävention. Andererseits wird damit aber wiederum einer umfassenden Med ikalisierung und Individualisierung Vorschub geleistet:

- Verschiedenste Verhaltensweisen werden einseitig nur als Gesundheitsrisiken interpretiert und nicht als Bewältigungsformen von Lebens- und Arbeitsproblemen begriffen (s. FRICZEWSKI u.a. 1983; GERHARDT 1982; LAZARUS 1966). Der implizite Gesundheitsbegriff orientiert sich dabei an einem Leistungs-("Fitness"-)Ideal. Unterschlagen wird die mögliche Gesundheitsförderlichkeit - per Spannungsreduktion und Selbstwerthebung - solch "ungesunder" Aktivitäten wie "einen drauf machen", "Dampf ablassen", etc. (s. HORN/BEIER/KRAFT-KRUMM 1984).
- Bestimmte, oft lustvolle, Handlungsweisen werden zu Gesundheitsrisiken erklärt. Andere, oft unlustvolle, und der eigenen Erfahrung nach krankmachende Erlebnisse (z.B.: Vergewaltigung des Biorhythmus durch die Arbeitszeit; schleichende Vergiftung durch Chemisierung) werden von der Medizin vernachlässigt (s. KALBERLAH 1983; KOCH 1981; KOCH/VAHRENHOLT 1978; ROHMERT/RUTENFRANZ 1975; VALENTIN u.a. 1979; ZIMMERMANN 1982). Konsequenz: eine Verunsicherung des Laien, dem einerseits die Kompetenz zur Identifizierung und Abwehr von Gesundheitsrisiken abgesprochen wird (s. FUNKE 1983); und der andererseits durch oft unrealistische Gefährdungsvisionen desorientiert wird.

Schließlich sind die vorgeschlagenen medizinischen Interventionen zur Behandlung von Risikofaktoren (z.B.: Massenprophylaxe mit Betablockern gegen "milden Bluthochdruck"; Fluoridierung des Trinkwassers gegen Karies -s. BORGERS 1981) selbst riskant: erstens enthalten sie die Gefahr iatrogener Schäden; zweitens mindern sie den Druck zur Veränderung individuellen Fehlverhaltens; und drittens stabilisieren sie krankmachende soziale Bedingungen (z.B.: geringerer Druck in Richtung administrativer Eindämmung des Zucker-, Alkohol-, Nikotin-, etc. Konsums).

Zu (d); Psychosomatische Medizin

Die psychosomatische Medizin (s. ALEXANDER 1951; BRÄUTIGAM/CHRISTIAN 1981; von UEXKÜLL 1979) steht in mehrfacher Hinsicht im Gegensatz zu den drei erstgenannten medizinischen Krankheitsmodellen:

- sie nimmt Wechselbeziehungen zwischen Soma und Psyche an und weist dem Soma kein Primat zu;
- sie lehnt die Spezifitäts- und Lokalismus these ab;
- sie arbeitet der zunehmenden Parzellierung entgegen und versteht Krankheit letztlich als Folge eines gestörten Gleichgewichts.

"Die Psychosomatik ist, medizingeschichtlich gesehen, als Antithese gegenüber einer organzentrierten Krankheitsauffassung und einer allein naturwissenschaftlich denkenden Heilkunde und Therapie aufgetreten. Sie ist aber ... nicht auf die Psychogenese als ursächliches Prinzip festgelegt.

Seelische Krankheitsursachen können einmal in einer einfachen seelischen Belastung liegen wie im Verlust eines nahen Angehörigen und der mehr oder weniger vollkommenen Trauer und Trennungsarbeit, in einer Zurücksetzung, die zu einer Kränkung und einem Ärger führte, dem mehr oder weniger stark Ausdruck gegeben werden konnte. Erfahrungsgemäß finden sich bei psychosomatischen Krankheiten aber gewöhnlich nicht einfache Belastungen dieser Art, sondern meist solche, die zu einem Konflikt führen" (BRÄUTIGAM/CHRISTIAN 1981, S. 18)

Die Psychosomatik ist allerdings anfällig für spekulative Argumentationen - wie die "Schulmedizin" umgekehrt anfällig ist für "platten" Mechanismus und Physikalismus.

Zur naturwissenschaftlichen Absicherung der Psychosomatik wird deshalb gerne Bezug genommen auf die psychophysiologische Streßtheorie (s. NITSCH 1981), die deshalb für die Psychosomatik oft eine "Scharnierfunktion" annimmt.

Ein spezifischer Seitenzweig der Psychosomatik ist die "Soziopsychosomatik" oder "Sozialphysiologie" (s. NASCHOLD/NO-VAK 1980). Danach bedeutet Krankheit v.a. eine "funktionelle Überlastung" des Menschen durch die Zivilisation (s. CANNON 1929; LEVINE/SCOTCH 1973, SELYE 1946). Diese führe entweder zu einem "over-use" bestimmter Reaktionsweisen oder zur Herausbildung unangemessener Verhaltensmuster und damit zur pathologischen Veränderung (neuro-vegetative Disregulation). Hier lassen sich auch Bezüge herstellen einerseits zur Handlungsstrukturanalyse (s. HACKER 1973; VOLPERT 1974); und andererseits zur These der Verschiebung von "lokalen" zu "zentralen" Beanspruchungen (s. DÖRR/NASCHOLD 1982; ROZZI 1979) bzw. der Verschiebung von "lokalem Streß" zum "Systemstreß" (FRICZEWSKI u.a. 1983; SELYE 1981).

Ein Problem der psychosomatischen Medizin scheint mir darin zu liegen, daß sie ihren Erklärungsanspruch für Krankheitsphänomene geltend macht, die zum Teil zutreffender als Folge chronischer Schadstoffeinwirkungen (Vergiftungen) am Arbeitsplatz, in der Umwelt und Nahrung zu erklären sind - etwa als "neurotoxische" Schadstoffwirkungen (s. ANGERER/LEHNERT 1984; EKEL/TEICHNER 1976; HERNBERG 1984; KALBERLAH 1983; KÖHLER 1982, 1983, 1985; KONIETZKO 1984; ZIEGLER/TERGEIST 1984; SCHLIPKÖTER/FODOR/WINNEKE 1974; SWEDISH WORK ENVIRONMENT FUND 1980? WESP 1981; ZIMMERMANN 1982). So ähneln die Symptome chronischer Vergiftungen durch organische Lösemittel (die in Skandinavien bereits seit einigen Jahren als Berufskrankheit der Maler anerkannt werden; s. GREGERSEN 1985) sowohl bestimmten psychosomatischen Störungen als auch dem "normalen" Altersabbau. Da die Wirkungen solcher schleichenden Vergiftungen in der Regel relativ unspezifisch sind, zwischen Individuen stark variieren, eine hohe Latenzzeit besitzen (s. MARKARD 1981) und zunächst durch die Reservekapazität des Organismus "abgepuffert" werden (s. KÖHLER 1985), sind folgende Fehlschlüsse leicht möglich: Verwechslung von Auslösern mit Ursachen? Überbetonung der "individuellen" Komponente? und: Überbetonung der "psychosozialen" Komponente.

Hiermit soll aber nicht die Realität und Relevanz psychosozialer Belastungen und psychosomatischer Erkrankungen in Frage gestellt werden. Jedoch lassen sie sich in bestimmten Fällen begreifen als bloße Verdeckung (oder Folge) von Schadstoffwirkungen.

3. Sozialwissenschaftliche Krankheitstheorien

Es gibt eine Vielzahl sozialwissenschaftlicher Krankheitstheorien, die hier nicht alle behandelt werden können (z.B.: der struktureil-funktionale Ansatz PARSONs; die kultur-anthropologische Krankheitstheorie; etc). Die ausgewählten Theorien stellen unterschiedliche Fragen in den Vordergrund:

- Erstens: wie verteilen sich Krankheiten, ungeachtet der Frage ihrer Entstehung?

Hierzu gehören: (a) der "Labelling"-Ansatz; und (b) die "Drift"-Hypothese.

- Zweitens: welche Bedeutung hat die Disposition für die Krankheitsentstehung?

Hierzu gehört: (c) die "Verhaltensmuster"-Theorien.

- Drittens: welche Bedeutung hat die Exposition für die Krankheitsentstehung?

Hierzu gehören: (d) der "Life-Event"-Ansatz; (e) das "Lebensweisen"-Konzept; (f) die "Verschleiß"-Hypothese; und (g) das "Streß"-Modell.

Es wurden v.a. auch solche sozialwissenschaftlichen Krankheitstheorien ausgewählt, die sich nicht auf die Nische der "psychischen Erkrankungen" beschränken, sondern mit den medizinischen Theorien in deren Domäne - den somatischen Krankheiten - zu konkurrieren versuchen.

Tabelle: Medizinische und sozialwissenschaftliche Theorien im Vergleich

Ebene	Medizin	Sozialwissenschaft
Zentrale Begriffe	Noxe; Exposition; Disposition; Latenz; Virulenz; reversible/irreversible, lokale/systemische Wirkung; Defekt/Störung/Entgleisung	Belastung; Kumulation; Handlungsspielraum; Bewältigungsweisen; Strategienwechsel; soziale Reaktion; kurzfristige/langfristige Wirkung
"Scharnier"-Begriffe	Streß; Verstädterung; Industrialisierung; ungesunde Lebensweise; Ausschaltung der natürlichen Selektion	Streß; Disregulation; Schwächung des Immunsystems
Spezifität/Unspezifität	Infektions-K.: faktisch Spezifität d. Ursachen und Wirkungen angenommen. Chron.-deg. K.: eher Spezifität angenommen	meist Unspezifität der Ursachen und Wirkungen angenommen
Krankheitsursachen	physiko-chemische und mikrobiologische Noxen; Körperzustände; "gesundheitsrelevante" Verhaltensweisen	psychosoziale Bedingungen (inklusive Politik, Ökologie)
Form der angenommenen Beziehung	bevorzugt deterministische Beziehungen (Ausnahme: Risikofaktorenmedizin); oft faktische Monokausalität	ausschließlich statistische, multifaktorielle Beziehungen
Art der angenommenen Beziehung	biologischer Determinismus, ist psychosozialer Indeterminismus	schwacher psychosozialer Determinismus
erklärende Variablen	fast ausschließlich biologische Sachverhalte	biologische und psychosoziale Sachverhalte; zunächst psychosoziales Geschehen mündet in biologisches Geschehen
theoretische Domäne	somatische Krankheiten; bsd. Infektions- bzw. Akut-K.	psychische und psychosomatische K.
praktische Domäne	alle K. mit somatischen Folgen	K. mit ausschließlich psychischen und sozialen Folgen (falls nicht auch hier Chemotherapie bevorzugt wird)

Eine grobe und formale Gegenüberstellung medizinischer und sozialwissenschaftlicher Krankheitstheorien (s. Tabelle) zeigt dabei folgendes:

- Beide Arten von Krankheitstheorien weisen deutliche Unterschiede auf, die weder als Konkurrenz noch als wechselseitige Ergänzung ausreichend gekennzeichnet sind;
- Die Unterschiede beruhen zum einen auf unterschiedlichen Domänen: somatische vs. psychische Krankheiten;
- Zum anderen bestehen Unterschiede in den verwendeten Erklärungen, und - damit verbunden - in dem beanspruchten Geltungsbereich: biologisches vs. psychosoziales Geschehen;
- Weitere Differenzen betreffen die Erkenntnismerkmale der Theorien: eher deterministische (mechanistische oder kybernetische) vs. eher statistische (multifaktorielle oder kybernetische) Theorien;
- Schließlich sind auch Unterschiede in den Praxisempfehlungen festzustellen: biotechnisches Wissen (z.T. verbunden mit Verhaltensappellen) vs. soziotechnisches Wissen.

Jetzt genauer zu den einzelnen Theorien.

3.1 Krankheitsverteilung

Zu (a) s "Labeling"-Ansatz

Der "Labeling"- oder "Etikettierungs"-Ansatz (s. GERHARDT 1981; KEUPP 1972) versucht eine soziogenetische Erklärung von v. a. psychischen Störungen. Der Ansatz wurde begründet durch SZASZ¹ programmatischen Aufsatz "The myth of mental illness", und weiterentwickelt durch Arbeiten u.a. von BECKER (1963), PREIDSON (1971) und SCHEFF (1966). Die zentrale These lautet: "Psychische Störung" ist kein biologischer/medizinischer Sachverhalt, sondern ein gesellschaftliches Etikett (und eine damit verbundene Rolle). Dieses Etikett wird bei bestimmten Regelverletzungen von der Gesellschaft "aufgedrückt" - in relativ willkürlicher Form. Der Betroffene akzeptiert es

aufgrund seiner durch die Regelverletzung bedingten Verunsicherung. Da die Rückkehr in eine "normale" Rolle gesellschaftlich erschwert wird, leitet die Etikettierung in der Regel eine entsprechende Krankenkariere ein. Die Zuschreibung von Krankheit ist hiernach also nur eine gesellschaftliche Reaktion auf "abweichendes Verhalten". Ein biologisch-medizinischer "Kern" von Krankheit wird meist geleugnet.

KEUPP (1972) sieht die Hauptschwäche des Labelling-Ansatzes darin, "daß er auf die Frage keine Antwort geben kann, wie die Regeln und Normen zustande kommen, die darüber entscheiden, ob jemand in eine abweichende Rolle gedrängt wird. Unbefriedigend bleibt weiterhin, daß "mental illness" ein "arbitrary label" sein soll. Schließlich kann das auf formaler Ebene bleibende Modell nicht erklären, welcher Art der Herrschaftsmechanismus ist, nach dem bestimmte Gruppen andere als abweichend definieren und auch so behandeln können" (S. 300) .

Als Verdienst des Labelling-Ansatzes bleibt, daß er

- zum einen die soziale und kulturelle Relativität des Krankheits- (und Gesundheits-)Begriffs verdeutlicht;
- weiterhin die soziale Dynamik bei der Krankheits-Zuschreibung und ihre Auswirkungen auf die sogenannte "natural history of disease" exemplarisch beleuchtet;
- somit schließlich die Identifizierung von Gestaltungsspielräumen ermöglicht.

Zu (b); "Drift"-Hypothese

Die "Drift"-Hypothese (s. GLEISS/SEIDEL/ABHOLZ 1973; MASCHEWSKY 1981; REBELL 1976) entstand in den USA bei der Untersuchung von Geisteskrankheiten. Die "Chicagoer Schule" (bsd. FARIS/DUNHAM 1936) hatte schon eine Häufung von Schizophrenie-Kranken im Stadtkern (Slums; hohe Wohndichte; geringe Wohnqualität; hohe Arbeitslosigkeit; vorzugsweise Neueinwanderer und/oder Farbige) nachgewiesen, und diesen Befund ökologisch

Interpretiert. Die sozialepidemiologische "New-Haven-Studie" (HOLLINGSHEAD/REDLICH 1958) wies eine deutliche Beziehung nach zwischen Schichtzugehörigkeit, Häufigkeit psychischer Erkrankungen, Schwere der Erkrankung, Behandlungsform und -dauer. Dies wurde auch von der "Midtown-Manhattan-Studie" (SROLE u. a. 1962) und der "Detroit-Studie" (KORNHAUSER 1965) bestätigt.

Die genannten Studien interpretierten die Beziehung zwischen psychiatrischer Morbidität und sozialer Lage statisch - das heißt: bei als konstant angenommener sozialer Lage wurde das Morbiditätsrisiko festgestellt. BRENNER (1973) dynamisierte diese Beziehung: er untersucht, ob und wie sich Veränderungen der sozialen Lage (bsd.: Arbeitslosigkeit) auf die Morbidität auswirken. Er fand dabei einen sehr deutlichen Zusammenhang zwischen Wirtschaftskrisen und psychiatrischer Hospitalisierung (mit einem gewissen Verzögerungseffekt).

Die Ergebnisse dieser Art von Studien werden im wesentlichen mit zwei Hypothesen erklärt:

- Nach der "Streßhypothese" (soziale Verursachung) sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Unterschicht deutlich schlechter und führen deshalb zu höherer psychiatrischer Morbidität;
- Nach der "Drifthyypothese" (soziale Selektion) sammeln sich in der Unterschicht Individuen, die aufgrund genetisch bedingter Anfälligkeit psychisch erkranken, und deshalb sozial absteigen.

Beide Hypothesen können auf empirische Bestätigungen verweisen - wofür allerdings Prävalenzstudien weniger geeignet sind, da sich die Effekte von Erkrankungshäufigkeit, Zeitpunkt der Erfassung, Therapierbarkeit und Behandlungsdauer vermischen. Es erscheint plausibel, daß nur die beiden Hypothesen zusammen die genannten Befunde erklären können:

- Zum einen sind bestimmte Individuen psychische anfälliger als andere und erkranken deshalb eher bei einem bestimmten Niveau der Belastung;

- Zum anderen ist aber das Niveau der Belastungen in der Unterschicht höher als in den anderen Schichten;
- Weiterhin ist die Gefahr, bei Erkrankung (weiter) sozial abzustiegen, in der Unterschicht größer - etwa aufgrund geringerer sozialer Toleranz, schwächerer sozialer Unterstützungssysteme, geringerer verbleibender Sozialkompetenz und höheren Problemdrucks;
- ~ Schließlich führt ein bei Erkrankung tatsächlich erfolgter sozialer Abstieg durch die zunehmend ungünstigeren Lebensbedingungen zu einer Beschleunigung und Verfestigung der Erkrankung.

Im Falle des "positiven Befunds" eines inversen Zusammenhangs von sozialer Lage und psychischer Störung diente die Drifthythese dazu, aus der Streßhypothese ableitbare sozialpolitische Forderungen zugunsten der Unterschicht abzublocken. Diese "konservative" Nutzung der Drifthythese tritt aber zunehmend zurück hinter eine "progressive" Nutzung: ein "negativer Befund" bei Überprüfung einer Streßhypothese wird erklärt als Ergebnis des "Wegdriftens" (oder "Wegflexibilisierens") streßgeschädigter Individuen. Hier bezieht sich der "Drift" weniger auf soziale, eher auf geographische und berufliche Mobilität.

Beispiel: Der "healthy-worker-effect" (s. HAYNES/FEINLEIB/KANNEL 1978; MASCHEWSKY/SCHNEIDER 1982) erklärt den besseren (!) Gesundheitszustand erwerbstätiger gegenüber nicht-erwerbstätigen Frauen als Ergebnis gesellschaftlicher Sozialpolitik und Unternehmerischer Personalpolitik. Einerseits führt die Erwerbstätigkeit zum Gesundheitsverschleiß; andererseits entledigen sich die Betriebe sehr schnell der "verschlissenen" Arbeitnehmerinnen - Nettoeffekt: wer arbeitet, ist (noch) gesünder! - Da ähnlich aufgebaute (statistisch "gesicherte") "Beweise" der Unschädlichkeit etwa von Nachtarbeit, Schichtarbeit, Schadstoffbelastung, etc. nur zu häufig veröffentlicht werden, ist es notwendig, immer wieder auf solche - meist vernachlässigte - Drifteffekte zu verweisen.

Der Drifthypothese verwandt ist die "Ausgliederungshypothese" (s. MASCHEWSKY 1983b).

Diese besagt, daß der Driftprozeß nicht nur die Folge, sondern auch die Ursache von Gesundheitsbeeinträchtigungen sein kann. Beispiel: ein beruflicher Abstieg, etwa wegen Qualifikationsentwertung, kann selber gesundheitsschädigend wirken.

Die Drifthypothese hat Mobilität als Krankheitsfolge oder -Ursache thematisiert. Dadurch gerieten auch soziale und politische Prozesse ins Blickfeld der Epidemiologie, die sich bis dahin - wenn überhaupt - nur mit demographischen und medizinischen Prozessen (Veränderungen der Bevölkerungsstruktur; Krankheitsprozeß; Panoramawechsel der Krankheiten; diagnostische/therapeutische Veränderungen) befaßt hatte.

3.2 Disposition als Krankheitsursache

Zu (c): "Verhaltensmuster"-Theorie

Die "Verhaltensmuster"-Theorie betont als wesentliches Moment der Pathogenese erlernte neuro-hormonelle Fehlregulationen. Diese erzeugen eine "prämorbid Persönlichkeitsstruktur", die nur noch der Exposition gegenüber mikrobiologischen, physikochemischen oder psychosozialen Noxen zur Auslösung der Erkrankung bedarf. Die "VorSchädigung" wird etwa (physiologisch) in einer Schwächung des Immunsystems gesehen (s. GROSSARTH-MATTCEK 1979 zur Krebsentstehung), oder (psychologisch) in langfristig pathogenen Bewältigungsstrategien (s. MOERSCH u. a. 1980 zum Herzinfarkt).

Eine bsd. bekannte Variante dieses Ansatzes stellt die Typ-A-Theorie der Infarktgenese dar (s. FRIEDMAN/ROSENMAN 1975). Der "A-Typ" ist gekennzeichnet durch Ehrgeiz, Ungeduld, innere Hektik, (versteckte oder offene) Rivalität und Aggressivität - also der typische "Manager". Vermittelt durch Streß (s. NITSCH 1981) erhöhe dieses "A-Verhalten" das Infarktrisi-

ko. Das "A-Verhalten" läßt sich dabei interpretieren entweder als erlerntes (und damit verlernbares) Verhalten oder als angeborenes (und damit veränderungsresistentes) Persönlichkeitsmerkmal.

Die "Kontrolltheorie" (s. FRESE/GREIF/SEMMER 1978; ähnlich auch die Theorie der "erlernten Hilflosigkeit" von SELIGMAN 1975) betont demgegenüber die aktuelle (wenn auch oft chronische) Diskrepanz zwischen hohen "Kontrollambitionen" des Individuums und faktischem "Kontrollverlust". Es gelingt nicht, die Arbeits- und Lebenssituation den eigenen Bedürfnissen entsprechend planmäßig zu gestalten: die entscheidenden Determinanten liegen außerhalb des eigenen "Kontrollspielraums", erscheinen als "blinder Zufall" oder "böses Schicksal". Diese Ohnmacht führe zu Frustration, Überforderung und "wirren Handlungsstrategien" - was auf Dauer (vermittelt über neuro-hormonelle Fehlregulationen) "das Herz brechen" kann (s. KARASEK 1979; SIEGRIST u.a. 1980).

Zusammenfassend gilt, daß die verschiedenen Verhaltensmuster-Theorien das Belastungs-/Beanspruchungs-/Bewältigungs-Schema der "kognitiven" Belastungsforschung (s. LAZARUS 1966) zum Ausgangspunkt nehmen, darin aber v.a. die Pathogenität bestimmter Bewältigungsformen betonen. Dies birgt die Gefahr, daß - analog der Risikofaktorenmedizin - die objektive Bedingtheit und Verankerung ("Sog der Umstände") des "Fehlverhaltens" systematisch unterschätzt und ein (weitgehend fiktiver) Handlungsspielraum postuliert wird.

3.3. Exposition als Krankheitsursache

Zu (d)s "Life-Event"-Ansatz

Unter "Life-Events" versteht man seltene "lebensverändernde Ereignisse" (z.B. : Wohnortwechsel; Beförderung; Tod des Partners), die bewährte Bewältigungsroutrinen (zer)stören und

die Anpassung an eine veränderte Lebenssituation erzwingen»
 Den Life-Events wird ein pathogener Effekt zugeschrieben: z.B.
 "Umzugsdepression"; "Rentnertod".

Der Ansatz wurde von HOLMES/RAHE (1967) und DOHRENWEND/DOHREN-
 WEND (1974) entwickelt und bald zur Erklärung verschiedener
 Krankheiten verwendet: z.B. psychische Erkrankungen (BROWN/-
 BIRLEY 1968; KATSCHNIG 1980); Diabetes (GRANT u.a. 1974); und
 koronare Herzkrankheiten (SIEGRIST u.a. 1980; THEORELL 1974).

Der Grundgedanke ist folgender: verschiedenste lebensverän-
 dernde Ereignisse führen kurzfristig zu einer psychophysischen
 Labilisierung. Auf der kognitiven Ebene besteht Desorientie-
 rung; auf der informationellen Ebene Reizüberflutung; auf der
 emotionalen Ebene Übererregung; und auf der energetischen
 Ebene Überforderung. Die "Handlungsstrukturanalyse" von HACKER
 (1973) und VOLPERT (1974) sagt für solche Fälle den Zusammen-
 bruch routinisierten Bewältigungshandelns und "wirre Hand-
 lungsstrategien" voraus -was die Anpassung an die Situation
 erschwert. So wird ein unspezifischer Belastungsschub erzeugt
 (s. FRICZEWSKI u.a. 1983), der als Auslöser für verschiedenste
 Krankheiten (bei entsprechender VorSchädigung) wirken kann.

Der Life-Event-Ansatz verweist auf die pathogene Potenz ganz
 alltäglicher und unvermeidlicher Ereignisse, die in keinem
 "Risikofaktoren"-Katalog auftauchen. Mängel des Ansatzes:
 unzureichender individueller Bezug bei der Abschätzung der
 Schädlichkeit von Life-Events; Vernachlässigung der bela-
 stungsmindernden Wirkung sozialer Unterstützungssysteme (s.
 BADURA 1981); Verwischung des Unterschieds zwischen einerseits
 kurzfristigen Anpassungen an reversible Veränderungen (z.B. :
 zeitweise auswartige Arbeit) und andererseits langfristigen
 Anpassungen an irreversible Veränderungen (z.B.: Verrentung).

Zu (e): "Lebensweisen"-Konzept

Das "Lebensweisen"-("Life-style"-)Konzept wird von der WHO als Überwindung des reduktionistischen Risikofaktoren-Konzepts gefördert (s. BZgA 1983; KICKBUSCH 1982; WHO 1982) - wobei aber zu beachten ist, daß im angloamerikanischen Sprachgebrauch "life-style" meist auf "risk-factors" verkürzt wird.

Das Lebensweisen-Konzept (im weiteren Sinn der WHO) betont die Komplexität menschlichen (Gesundheits-)Handelns; seine Abhängigkeit von wirtschaftlichen, ökologischen, kulturellen und sozialen Bedingungen; seine permanente Reproduktion und Stabiilisierung durch diese "externen" Bedingungen; und schließlich seine (offene oder "verborgene") Funktionalität für nicht-gesundheitsbezogene Zielsetzungen. Dies erklärt die geringe Beeinflußbarkeit von "Fehlverhalten" - etwa als Zielkonflikt im "magischen Dreieck" von Arbeitsplatzsicherung, Lohnsicherung und Gesundheitssicherung (s. DOHSE/JÜRGENS/RUS-SIG 1982).

Kritisiert wird der Voluntarismus und Individualismus des Risikofaktoren-Konzepts: "Es wird unterstellt, daß es dem Menschen offenstehe, sich frei und ungezwungen für oder gegen seine Gesundheit zu entscheiden; in reduzierter Form wird zumindest davon ausgegangen, daß das Individuum Gefährdungen seiner Gesundheit und Persönlichkeit durch entsprechende Entscheidungen z.B. in Bereichen wie Ernährung, Genußmittelkonsum, Bewegungsverhalten reduzieren könne. Die darauf ausgerichteten Präventions- und Interventionsprogramme haben freilich mit ihrer partiellen Folgelosigkeit aufgezeigt, daß die soziale Dimension von Gesundheit, das heißt vor allem die Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen einen erheblichen Einfluß auf die Genese und Therapie von "Zivilisationskrankheiten haben" (WENZEL 1983, S. 5) .

Das Lebensweisen-Konzept hat aber bisher erst den Status einer Rahmenkonzeption (analog dem Konzept der "Gesamtbelastung"; s. MASCHEWSKY 1982), deren theoretische Ausdifferenzierung und präventive Umsetzung bisher noch aussteht. Immerhin deutet sich folgendes an (s. BZgA 1983):

- Eine realistische (!) Konzeption der Lebensbedingungen unterschiedlicher sozialer Gruppen ist erforderlich, etwa hinsichtlich individuellem Finanzbudget, Zeitbudget, Wertsystem, sozialem Netz, personellen und materiellen Ressourcen;
- Es gibt nicht eine gesunde Lebensweise, die für alle sozialen Gruppen gleichermaßen gültig und erreichbar ist. Daher ist ein "pluralistisches Konzept der Gesundheitsförderung" angezeigt, das verschiedene Handlungsoptionen zugunsten Gesundheits-fördernder Lebensweisen ermöglicht;
- Erforderlich ist eine partielle Umverteilung der Ressourcen zugunsten einer präventiven und stärker mit der Sozialpolitik integrierten Gesundheitspolitik. (Diese Umverteilung wird durch die wachsende ökonomische Krise aber eher zu einer bloßen Mittelkürzung pervertiert. Entsprechend wird auch die vom Lebensweisen-Konzept geforderte Laienaktivierung und Selbsthilfe für handfeste haushaltspolitische Zielsetzungen funktionalisiert - s. ROSENBROCK 1983);
- Notwendig erscheint auch eine stärkere Dezentralisierung gesundheitsfördernder Maßnahmen - mit dem Vorzug größerer "Konsumenten"- und "Kontextnähe".

Zu (f): "Verschleiß"-Hypothese

Nach der "Verschleiß"-Hypothese beruht die langfristige pathogene Relevanz von Belastungen auf deren quantitativer, situativer und zeitlicher Kumulation. Das Erkrankungsrisiko sei eine Funktion dieser Belastungskumulation:

- entweder unmittelbar;
- oder oberhalb eines Schwellenwerts;
- und/oder in Anrechnung einer personspezifischen "Belastbarkeit".

Diese (quasi bio-mechanische) Verschleiß-Hypothese ist eine Grundannahme der Arbeitsmedizin/Arbeitsphysiologie (s. ROHMERT/RUTENFRANZ 1975), Arbeitspsychologie (s. COOPER/PAYNE 1980; HACKER 1973), Arbeits- und Industriesoziologie (s. VOLKHOLZ 1977) und Toxikologie (s. MARKARD 1918). Diese Grundannahme ist in den einzelnen Bereichen natürlich differenziert worden, dient aber weiter als Grundmodell zur Erfassung der Langzeitwirkung von Belastungen - wie etwa in den Längsschnittstudien der Epidemiologie (s. FRENTZEL-BEYME 1980). Entsprechend dient der Begriff der (chronisch-degenerativen) "Verschleißerkrankung" als Kürzel für die Folgen lebenslanger und vielfältiger Belastungen.

Die Arbeitswissenschaft (i.w.S.) vernachlässigt aber neuerdings das Problem der Langzeitwirkung von Belastungen zugunsten der Untersuchung kurzfristiger Überforderungen und spezifischer Belastungswirkungen, die betriebswirtschaftlich "zu Buche schlagen". Sie "vergißt" aber tendenziell die chronischen (oft unspezifischen) Belastungsfolgen, die erst spät auftreten und häufig als eine spezielle Art von "sozialen Kosten" vom Betrieb auf die Gesellschaft abgewälzt werden. Eine ähnliche Auswirkung hat die mangelhafte Befassung mit Kombinationswirkungen von Belastungen ("Mehrfachbelastungen"; "Gesamtbelastung" - s. MASCHEWSKY 1983a; MERGNER 1976; NASCHOLD/TIETZE 1977; VOLKHOLZ 1977). Ähnlich wirkt schließlich der faktisch monokausale Berufskrankheiten-Begriff der RVO (s. VALENTIN u.a. 1979) - der liberalere Begriff der "arbeitsbedingten Erkrankung" des ASiG (s. KLIESCH u.a. 1978) hat keine Rechtsfolgen und wird daher auch kaum "beforscht". Dabei weisen ELLINGER/KARMAUS (1983) darauf hin, daß die in den meisten arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen zur Erklärung von Gesundheitsbeeinträchtigungen genutzte Altersvariable weniger als Indikator biologischen Abbaus zu verstehen ist, sondern eher als Indikator lebenslanger Belastungskumulationen (s. auch FRICZEWSKI u.a. 1983).

Fazit: die einleuchtende Verschleiß-Hypothese ist durch die Problemverlagerung der Arbeitswissenschaft auf kurzfristige

Belastungswirkungen und spezifische Funktionen theoretisch abgedrängt worden, da sie für solche Fragestellungen zu allgemein bleibt. Da diese Problemzurichtung aber der Ausgangsfrage - nach dem allgemeinen Zusammenhang von Arbeit und Krankheit - nicht gerecht wird, ihr vielmehr den "Methodentod" (s. DICK 1974; HOLZKAMP 1972) beschert, entwickelt sich eine Gegenbewegung. Diese versucht die Belastungskumulation wieder theoretisch und empirisch ernst zu nehmen und verwendet den Ansatz der (sozialen und/oder betrieblichen) Epidemiologie.

Zu (g): "Streß"-Modell

UDRIS (1981) unterscheidet grob zwei Hauptrichtungen der psychophysiologischen Streßtheorie:

- Die (eher physiologischen) Theorien nach dem "Aktivierungs"-Modell (s. FAHRENBURG u. a. 1979; FRANKENHAEUSER/GARDELL 1976) ;
- Die (eher psychologischen) Theorien nach dem "Imbalance"-Modell (s. CAPLAN u. a. 1975; FRENCH/CAPLAN 1972).

Das Aktivierungsmodell betont die objektive Beziehung zwischen Anforderungsniveau und organismischem Funktionsniveau. Sowohl Unterforderung als auch Überforderung führe zu Homöostaseverschiebungen. Bekannt ist die empirisch gefundene umgekehrte U-Funktion zwischen Reizstärke und Leistungsniveau.

Das Imbalance-Modell betont die (quantitative oder qualitative) Diskrepanz zwischen Anforderungsniveau der Umwelt und Leistungsfähigkeit/Eignungsprofil des Individuums. Allerdings interessiert nur die subjektive Diskrepanz - also die Diskrepanz zwischen wahrgenommenen Fähigkeiten und wahrgenommenen Anforderungen. Die Beanspruchungsfolgen eines "person-environment-misfits" werden wiederum beeinflusst durch personenspezifische (z.B. Neurotizismus) oder situationsspezifische Merkmale (z.B. soziale Unterstützung).

In diesen und anderen Interpretationen wird der Begriff "Streß" benutzt, um psychische/soziale mit medizinischen/physiologischen Erklärungen zu verknüpfen oder gar integrieren. Diese "Scharnier"-Funktion des Streß-Modells (die an in Vergessenheit geratene unspezifische Krankheitsmodells der Sozialhygiene erinnert - s. GROTHJAHN 1915; MOSSE/TUGENDREICH 1913; VIRCHOW 1849) begründet seinen Wert für die Erklärung der chronisch-degenerativen Erkrankungen:

- Zum einen erlaubt es eine relativ umfassende und realitätsgetreue Berücksichtigung der Arbeits- und Lebenswelt, also des Bedingungssumfelds von Gesundheit und Krankheit;
- Zum anderen nimmt es das Zusammenwirken sozialer, psychischer und somatischer Komponenten explizit auf, und kann dadurch komplexere Verursachungen berücksichtigen;
- Weiterhin betont es unspezifische Beziehungen (zwischen Belastungen und Belastungsfolgen), und hat so einen größeren Geltungsbereich;
- Schließlich ermöglicht es deshalb realistischere Präventionsstrategien.

Das Streß-Modell ist auf verschiedene chronisch-degenerative Krankheiten mit Erfolg angewendet worden - z.B. rheumatische Erkrankungen (s. ELLINGERE u.a. 1982); psychische Störungen (s. GREIF u.a. 1983); und koronare Herzkrankheiten (s. FRICZEWSKI u.a. 1982, 1983; KORNITZER u.a. 1981; MASCHEWSKY/SCHNEIDER 1982; SIEGRIST u.a. 1980).

4. Versuch einer Integration am Beispiel des Herzinfarkts

Zum Schluß soll ein "soziales Modell" der Infarktentstehung (s. MASCHEWSKY 1983c) dargestellt werden, das aus einer empirischen Unternehmung entwickelt wurde (s. FRICZEWSKI u.a. 1983), und verschiedene sozialwissenschaftliche Krankheits-theorien aufgreift (Verschleiß-, Streß-, Verhaltensmuster-,

Lebensweisen- und Life-Event-Ansatz). Thema ist dabei nicht die gemeinsame physiologische "Endstrecke" der Infarktfälle, sondern die von der Prävention zu berücksichtigende Heterogenität, Komplexität und Substituierbarkeit der psychosozialen Ursachen und/oder Auslöser.

Die Grundannahme lautet: Der Infarkt wird vorbereitet durch eine langfristige hohe Belastung. Diese übersteigt die individuelle Dauerbelastungsgrenze und führt zu einer Schwächung der Bewältigungskapazität. Die beiden Beziehungselemente entwickeln sich also gegenläufig:

- hohe (oder sogar steigende) Leistungsanforderung;
- sinkende Leistungsmöglichkeit.

Durch die Gegenläufigkeit bildet sich eine steigende relative Überforderung heraus. Diese "Leistungsschere" erzeugt eine gesundheitliche VorSchädigung, auf deren Basis der Infarkt dann ausgelöst werden kann durch einen beliebigen aktuellen Belastungsschub.

Die Leistungsschere entsteht durch folgende Prozesse:

Belastungskumulation. - Verschiedene langfristig wirksame Belastungen kumulieren (zeitlich und situativ). Diese Belastungskumulation schlägt aber nicht direkt auf die Leistungsfähigkeit durch. Statt dessen werden die psychophysischen Reserven zunehmend beansprucht, um bsd. im Arbeitsbereich die Leistung "um jeden Preis" zu halten. Konsequenz: die langfristige Bewältigungskapazität wird zunehmend erschöpft. Dieser "Abbau" bleibt aber im -existenziell wichtigen - Arbeitsbereich meist verborgen (latent), da die Beanspruchungsfolgen bevorzugt vom Arbeits- in den "Freizeitbereich" verschoben werden.

Situative Aufschaukelung. - Die objektiven Belastungen werden durch die konkrete Situation verdichtet. Diese erlaubt nicht, die entstandene psychophysische Spannung kurzfristig zu dämpfen ("Ärger ablassen") und langfristig zu vermeiden ("aus dem Feld gehen"). Durch die mangelnde Vermeidbarkeit ("Sachzwang") der chronischen Belastungen kommt es zu entsprechender

Wahrnehmungsfokussierung und allmählicher Aufschaukelung. Zugleich führt die vielfältig motivierte Hinnahme hoher Belastungen dazu, daß solche Individuen bei neuen Anforderungen nicht geschont werden: "die Schraube wird weiter angezogen" .

Selbstüberforderung_. - Hinzu kommt in der Regel eine personspezifische Belastungsverdichtung. Infarktkranke tun sich schwer, "Ansprüche zurückzustecken". Statt dessen zeigen sie hohe Leistungsansprüche; "Pflichtbewußtsein"; Selbstzuschreibung von Erfolg und Mißerfolg; Selbstbestätigung durch Leistung ("workaholics"); hohe "Kontrollambitionen"; Konfliktschwäche oder zumindest -Vermeidung.

Ei. §kalites_Gesuridhe_itsver - Infarktkranke bevorzugen meist leistungssteigernde gegenüber spannungsdämpfenden Genußmitteln und "Freizeit"-Aktivitäten. Die Möglichkeiten der Befindlichkeitsmanipulation werden also für das Leistungsverhalten instrumentalisiert, und nicht in ihren kompensativen Potenzen genutzt.

Yf-I.schleiß. - Die vorgenannten Prozesse haben die Bewältigungskapazität weitgehend erschöpft. Konsequenz: das Individuum ist "am Ende seiner Kräfte", aber weder fähig noch auch nur willens, andere Verhaltensstrategien einzuschlagen. Folgende Phänomene sind beobachtbar:

- zum einen schrumpft die Zeitperspektive, das Handeln wird kurzfristig orientiert, "um über die Runden zu kommen";
- zum anderen ist das angestrebte (und abgeforderte) Leistungsniveau nur noch zu halten, indem relativ bewußt "auf Verschleiß gefahren" wird;
- schließlich führt die inzwischen permanente Überforderung dazu, daß das Bewältigungsverhalten zunehmend labiler, inkonsistenter und ineffizienter wird.

In einem "Teufelskreis" zerrüttet dieses nur noch sporadisch und kurzfristig erfolgreiche Bewältigungsverhalten immer schneller die verbliebenen physischen, psychischen und sozialen Reserven. Das System von Leistung und Regeneration

gerät immer weiter aus dem Gleichgewicht, beginnt quasi zu "trudeln".

stunßsschub. - Auf Basis dieser Vorschädigung kann dann ein relativ beliebiger Prozeß den Infarkt auslösen: etwa ein Life-Event; allgemeinere Übergangs- und Veränderungsprozesse mit entsprechenden Anpassungserfordernissen; andere, das Herz-Kreislaufsystem destabilisierende Über- und Unterforderungen.

Dieses "soziale Modell" der Herzinfarkt-Genese (zur empirischen Konkretisierung und Präzisierung s. FRICZEWSKI u.a. 1983) soll hier als Beispiel genügen, um Erklärungs- und Anwendungswert sozialwissenschaftlicher Krankheitsmodelle anzudeuten.

Literatur

- Abholz, H. (Hg.): Krankheit und soziale Lage-Befunde der Sozialepidemiologie. Frankfurt-New York 1976.
- Abholz, H.: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen am Beispiel des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, AS 17, 1977
- Abholz, H.: Medizinische Interventionen bei Myocardinfarkt. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 3, AS 27, 1978
- Abholz, H. u.a. (Hg.): Risikofaktorenmedizin - Konzept und Kontroverse. Berlin - New York, 1982
- Ackerknecht, E.: Geschichte der Medizin. Stuttgart 1979, 4. Auflage.
- Alexander, P.: Psychosomatische Medizin. Westberlin 1951
- Angerer, J., G. Lehnert: Berufliche Belastung durch Xylol und Ethylbenzol. in: Konietzko/Schuckmann (Hg.) 1984
- Badura, B. (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheiten. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M. 1981
- Badura, B., C. von Ferber (Hg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München-Wien 1981
- Bäcker, G.: Probleme älterer Arbeitnehmer - Probleme einer fehlgeleiteten Sozialpolitik? in: Dohse/Jürgens/Russig (Hg.) 1982
- Beck, U.: Objektivität und Normativität. Hamburg 1974
- Becker, H.: Outsiders: Studies in the sociology of deviance. New York 1963
- Berger, E. u.a.: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich. Wien 1978
- Borgers, D.: Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung, Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 6, AS 53, Berlin 1980
- Borgers, D.: Primärprävention von Volkskrankheiten; biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. Argumente für eine soziale Medizin, Bd. 9: Prävention, AS 64, Berlin 1981
- Borgers, D.: Risikofaktorenmedizin in der ärztlichen Praxis. Kritische Medizin im Argument, AS 102, Berlin 1981
- Bräutigam, W., P. Christian: Psychosomatische Medizin. Stuttgart 1981, 3. Aufl.
- Brenner, H.: Mental illness and the economy. Cambridge (Mass.) London 1973
- Brown, G., J. Birley: Crises and life changes and the onset of schizophrenia. Journal of Health and Social behavior, 9, 1968
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. Bd. 5, Köln 1983
- Cannon, W.: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage, Boston 1929
- Caplan, R. u.a.: Job demands and worker health: Main effects and occupational differences, NIOSH, Cincinnati 1975

- Cooper, C, R. Payne (Hg.): Current concerns in occupational stress. Chichester - New York 1980
- Deppe, U. (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit - Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1980
- Dick, F.: Kritik der bürgerlichen Sozialwissenschaften. Heidelberg 1974
- Dörr, G., F. Naschold: Technologieentwicklung und Streß, Psychosozial 1, 1982
- Dohrenwend, B., B. Dohrenwend (Hg.): Stressful life events: Their nature and effect. New York 1974
- Dohse, K., U. Jürgens, H. Russig (Hg.): Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik. Frankfurt-New York, 1982
- Ekel, G., W. Teichner: An analysis and critique of behavioral toxicology in the USSR. NIOSH, Cincinnati 1976
- Ellinger, S., W. Karmaus: Arbeitsbedingungen und degenerative rheumatische Erkrankungen. Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 9: Arbeit - Frauen - Gesundheit; AS 107, Berlin 1983
- Ellinger, S. u.a.: Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen/Projektabschlußbericht, Hamburg 1982
- Fahrenberg, J. u.a.: Psychophysiologische Aktivierungsfor-schung. Ein Beitrag zu den Grundlagen der multivariaten Emotions- und Streßtheorie. München 1979
- Ferber, C. von., B. Badura (Hg.): Laienpotential, Patienten-aktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München - Wien 1983
- Frankenhaeuser, M., B. Gardell: Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach. Journal of Human Stress, 2, 1976
- Fteidson, E.: Professional dominance. Chicago 1971
- French, J., R. Caplan: Organizational stress and individual strain, in: Marrow (Hg.) The failure of success, New York 1972
- Frentzel-Beyme, R.: KohortenStudien unter Chemiearbeitern. In: Borgers/Tietze (Hg.) : Anwendungsgebiete epidemiologischer Methodik. Sozep-Berichte des Bundesgesundheitsamtes, Berlin 1980
- Frese, M., S. Greif, N. Semmer (Hg.): Industrielle Psychopa-thologie. Bern-Stuttgart-Wien 1978
- Friczewski, F., R. Thorbecke: ArbeitsSituationen und koronare Herzkrankheiten. Soziale Medizin, Bd. 7, AS 12, Berlin 1976
- Friczewski, F. u.a.: Herz-Kreislaufkrankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Projektabschlußbericht, Westberlin 1983
- Friedmann, M., R. Rosenmann: Der A-Typ und der B-Typ. Hamburg 1975
- Funke, H.: Arbeit darf nicht krank machen - Alternativen zur betrieblichen Gesundheitspolitik. Frankfurt-New York 1983
- Garbe, C.: Das Risikofaktorenkonzept der koronaren Herzkrankheiten vor dem Hintergrund der sozialhygienischen Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit, in: Abholz u.a. (Hg.) 1982

- Gerhard, U.: Der Krankheitsbegriff im symbolischen Interaktionismus, in: Deppe, Gerhard, Nowak (Hg.): Medizinische Soziologie. Jahrbuch 1, Frankfurt-New York 1981
- Gerhard, U.: Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren. in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
- Gleiss, L., R. Seidel, H. Abholz: Soziale Psychiatrie - zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt/M. 1973
- Göckenjan, G.: Symbolische Gesundheitspolitik und die Rolle der Medizin. Soziale Welt, 2, 1981a
- Göckenjan, G.: Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversorgung. Leviathan, 1, 1981b
- Grant, I. u.a.: Recent life events and diabetes in adults. Psychosomatic Medicine, 2, 1982
- Gregersen, P.: Organische Lösungsmittel. (Hg: Kooperationsstelle DGB-Hochschulen), Hamburg 1985
- Greif, S. u.a.: Psychischer Streß am Arbeitsplatz - hemmende und fördernde Bedingungen für humanere Arbeitsplätze. Projektabschlußbericht, Westberlin 1983
- Grossarth-Maticek, R.: Krankheit als Biographie: medizinsoziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie. Köln 1979
- Grotjahn, A.: Soziale Pathologie. Berlin 1915
- Hacker, W.: 1973. Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Berlin (DDR) 1973
- Harnisen, H.: Die sozialhygienischen Forderungen zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit, in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
- Hauß, F. (Hg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik. Frankfurt-New York 1982
- Haynes, S., M. Feinleib, W. Kannel: The relationship of psycholgoical factors to coronary heart disease in the Framingham Study. II: Prevalence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 107, 1978
- Herbig, H. (Hg.): Biotechnik. Reinbek 1981
- Hernberg, S.: Die subklinischen Wirkungen von Lösemitteln und Lösungsmittelgemischen auf das Nervensystem, in: Konietzko, Schuckmann (Hg.), 1984
- Hohlfeld, R.: Das biomedizinische Modell, in: Herbig (Hg.) 1981
- Hollingshead, A., F. Redlich: Social class and mental illness. New York 1958
- Holmes, T., r. Rahe: The social readjustment scale. Journal of Psychosomatic Research, 1987
- Holz kamp, K.: Kritische Psychologie. Hamburg 1972
- Hörn, K., C. Beier, D. Kraft-Krumm: Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen 1984
- Kalberlah, F.: Acht Stunden täglich - Schadstoffe und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Freiburg 1983
- Kamper, D., C. Wulf (Hg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt/M. 1982
- Karasek, R.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign. Administrative Science Quartly, 24, 1979

- Karmaus, W.: Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 4, AS 37, Berlin 1979
- Karmaus, W. : Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. Argumente für eine soziale Medizin, Bd. 9. Prävention; AS 64, Berlin 1981
- Kasiske, R. (Hg.): Gesundheit am Arbeitsplatz. Hamburg 1976
- Katschnig, H. (Hg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung - lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen. München-Wien-Baltimore 1980
- Kaupen-Haas, H. : Gesundheitsverhalten und Krankheitsverhalten aus historischer Sicht - zwei Strategien zur Gesundheits ~ Sicherung. Jahrbuch für Kritische Medizin, d. 1, AS 8, 1976
- Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. München-Wien-Baltimore 72
- Kickbusch, I. : Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
- Kickbusch, I., A. Trojan (Hg.): Gemeinsam sind wir stärker - Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Frankfurt/M. 1981
- Kliesch, G. u.a.: Arbeitssicherheitsgesetz - Kommentar. Westberlin 1978
- Koch, G.: Krebswelt - Krankheit als Industrieprodukt. Köln 1981
- Koch, E., F. Vahrenholt: Seveso ist überall - die tödlichen Risiken der Chemie. Köln 1978
- Köhler, B.: Praktische Voraussetzungen einer arbeitsmedizinisch relevanten Toxikologie, discussion paper am Wissenschaftszentrum Berlin 1982
- Köhler, B. : Toxikologie und Arbeitsmedizin für den Arbeitsschutz, discussion paper am Wissenschaftszentrum 1983
- Köhler, B. : Neurotoxische Substanzen als Beispiele für gesundheitsgefährliche Arbeitsstoffe, discussion paper am Wissenschaftszentrum Berlin 1985
- Konietzko, H.: Die Neurotoxizität von Arbeitsstoffen - ein kontroverses Thema, in: KONIETZKO/SCHUCKMANN (Hg.) 1984
- Konietzko, H., f. Schuckmann (Hg.): Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin - 24. Jahrestagung. Stuttgart 1984
- Kornhauser, A. : Mental health of the industrial worker: A Detroit Study. New York 1965
- Kornitzer, M. u.a.: Workload and coronary heart disease, in: Siegrist, Halhuber (Hg.): Myocardial infarction and psychosocial risks. Westberlin 1981
- Krause, N. : Krebs und Umweltchemikalien. Argumente für eine soziale Medizin, Bd. 9, AS 64, 1981
- Kühn, H. : Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 1, AS 8, 1976
- Kühn, H. : Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Königstein/Ts. 1980
- Lahl, U., b. Zesahmar: Formaldehyd - Kniefall der Wissenschaft vor der Industrie? Freiburg 1984
- Lazarus, R.: Psychological stress and the coping process. New York 1966

- Levi, L.: Methodological considerations in psychoendocrine research. in: Levi (Hg.); Stress and distress in response to psychosocial Stimuli. Oxford 1972
- Levine, S. N. Scotch: Social Stress. Chicago 1973
- Markard, C.: Zur Problematik gesundheitsbezogener Grenzwerte am Beispiel Cadmium. Argumente für eine soziale Medizin, Bd. 9, AS 64, 1981
- Maschewsky, W.: Das Experiment in der Psychologie. Frankfurt-New York 1977
- Maschewsky, W.: Allgemeine methodische Probleme am Beispiel eines Herzinfarkt-Projekts. Teil 2: Zur "System-Methode". reprint am Wissenschaftszentrum Berlin 1979
- Maschewsky, W.: Machen bestimmte Arbeitsplätze krank - oder kommen Kranke auf bestimmte Arbeitsplätze? Psychosozial, 2, 1981
- Maschewsky, W.: Zum Stand der Belastungs- und Beanspruchungsforschung. Soziale Welt, 3/4, 1982
- Maschewsky, W.: Ein integriertes Belastungskonzept - Methoden seiner Realisierung. Forum Kritische Psychologie, 12, 1983a
- Maschewsky, W.: (Unter Mitarbeit von J. Helmchen und G. Haiusa): Mehrbelastung durch Minderbelastung? Zur gesundheitlichen Auswirkung betrieblicher Umsetzungen und Ausgliederungen bei Arbeitnehmern in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbsbiographie. Manuskript, Wissenschaftszentrum Berlin 1983b
- Maschewsky, W.: Ein soziales Modell der Herzinfarkt-Genese. Vortrag vor dem Kuratorium des Wissenschaftszentrum Berlin, 1983c
- Maschewsky, W., G. Haiusa: Gesundheitliche Folgen betrieblicher Umsetzungs- und Ausgliederungsprozesse bei Arbeitnehmern in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbsbiographie. Projektantrag an die GSF, 1982
- Maschewsky, W., U. Schneider: Soziale Ursachen des Herzinfarkts. Frankfurt-New York 1982
- Maschewsky-Schneider, U.: Frauen und Rauchen - Analyse von Raucherinnen-Biographien (Fallstudie BRD des Kooperationsprojekts "Frauen und Rauchen" der WHO und BZgA). BZgA, Köln 1984
- McKeown, T.: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt/M. 1982
- McNeill, W.: Die großen Epidemien. Bergisch-Gladbach 1983
- Mergner, U.: Technisch-organisatorischer Wandel und Belastungsstruktur. in: Kasiske (Hg.) 1976
- Moersch, E. u.a.: Zur Psychologie von Herzinfarkt-Patienten. Psyche, 6, 1980
- Mosse, M., G. Tugendreich (Hg.): Krankheit und soziale Lage. Berlin 1913
- Naschold, F., P. Novak: Bedingung für eine Systemanalyse des Gesundheitswesens: integrale Erklärung von Krankheit in der heutigen Gesellschaft, in: Schönback (Hg.) 1980
- Naschold, F., U. Tietze: Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33405: Psychische Belastung und Beanspruchung. Argument-Sonderband. AS 14, Berlin 1977
- Nitsch, J. (Hg.), 1981: Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern-Stuttgart-Wien 1981

- Novak, P.: Entwicklungen und Perspektiven des Krankheitspanoramas, ins Schönback (Hg.) 1980
- Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: Mitscherlich u.a. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln 1967
- Rebell, C.: Sozialpsychiatrie in der Industriegesellschaft. Arbeitsbedingungen, psychische Erkrankungen und psychiatrische Versorgung. Frankfurt - New York 1976
- Riegler, C., P. Tergeist: Schadstoffe in der schwedischen Arbeitswelt - Forschungsergebnisse, Maßnahmenentwicklung und Umsetzungsprozesse. Unveröffentlichter Zwischenbericht am Wissenschaftszentrum Berlin 1984
- Rohmert, W., J. Rutenfranz: Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Arbeitsplätzen. Bonn - Bad Godesberg 1975
- Rosenbrock, R.: Selbsthilfe und Marktökonomie. Kritische Medizin im Argument, AS 102, 1983
- Rosenbrock, R.: Gesundheitsforschung aus der Defensive - Sieben Thesen zur Neubestimmung gesundheitsbezogener Forschung bei regressiver Gesundheitspolitik. Kritische Medizin im Argument, AS 113, 1984
- Rosenbrock, R., H. Abholz: Klinische Pharmaforschung und Verbrechen. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 6, AS 53, 1980
- Rothschuh, K.: Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart 1978
- Rozzi, R.: Psicologi e operai soggettività e lavoro nell'industria italiana. Mailand 1979
- Schaefer, H., M. Blohmke: Sozialmedizin. Stuttgart 1978, 2. Auflage
- Scheff: Being mentally ill: A sociological theory. Chicago 1966
- Sehliköter, H., G. Fodor, G. Winneke: Zum Einfluß neurotoxischer Industriegifte auf unfallgenerierendes Fehlverhalten bei Kontroll- und Steuertätigkeiten. Dortmund 1974
- Schneider, U. (Hg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt-New York 1981
- Schönback, W. (Hg.): Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt. München-Wien-Baltimore 1980
- Seligman, M.: Helplessness: On depression, development and death. San Francisco 1975
- Selye, H.: The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. Journal of Clinical Endocrinology, 6, 1946
- Selye, H.: Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts, in: Nitsch (Hg.) 1981
- Sichrovsky, P.: Krankheit auf Rezept - die Praktiken der Praxisärzte. Köln 1984
- Siegrist, J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie. München-Wien-Baltimore 1977, 3. Auflage
- Siegrist, J. u.a.: Lebensverändernde Ereignisse, psychosoziale Dispositionen und Herzinfarkt. Projektbeschlussbericht, Marburg 1980
- Srole, L. u.a.: Mental Health in Metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York 1962

- Stachowiak, H.: Über kausale, konditionale und strukturelle Erklärungsmodelle. *Philosophia naturalis*, 4, 1957
- Stegmüller, W. : Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie. Westberlin 1974
- Süsser, M. : Causal thinking in the health sciences. Concepts and strategies of epidemiology. New York 1973.
- Swedish Work Environment Fund (ASF): Solvents in the work environment. Stockholm 1980
- Szasz, T.: The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. New York 1961
- Theorell, T.: Life-events before and after the onset of a premature myocardial infarction, in: Dohrenwend, Dohrenwend (Hg.) 1974
- Tietze, K., C. Bock: Der plötzliche Kindstod: Ursachenvielfalt und Prävention. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 10, AS 119, 1984
- Udris, I.: Streß in arbeitspsychologischer Sicht, in: Nitsch (Hg.) 1981
- Uexküll, T. von: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München-Wien-Baltimore 1979
- Valentin, H. u.a.: Arbeitsmedizin (2 Bde.). Stuttgart 1979
- Virchow, R.: Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. *Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medizin*, 2. Band 1849
- Virchow, R.: Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Berlin 1858
- Volkholz, V. : Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Bonn-Bad Godesberg 1977
- Volpert, W.: Handlungsstrukturanalyse. Köln 1974
- Wenzel, E. : Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit - Synthese des Seminars. in: BZgA (Hg.) 1983
- Wesp, D. : Gesundheitsgefährdung durch Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz. Fallstudie: Pentachlorphenol in einem betrieb der Papierindustrie. discussion paper am Wissenschaftszentrum Berlin 1981
- Winau, R. : Krankheitskonzept und Körperkonzept. in: Kamper/-Wulf (Hg.) 1982
- World Health Organisation (WHO) : Gesundheitserziehung und Lebensweisen - Perspektiven des Programms des WHO-Regionalbüros für Europa. *Internationales Journal für Gesundheits-erziehung*, 3/4, 1982
- Wotschack, P., W. Wotschack: Herzininfarktforschung und Industrie-arbeit: in: Deppe, Gerhardt, Novak (Hg.): Medizinische Soziologie. *Jahrbuch 1*. Frankfurt-New York 1981
- Zimmermann, L. (Hg.): Humane Arbeit - Leitfaden für Arbeitnehmer (5 Bände). Reinbek 1982

IIVG/AP Stempia'z 2 • 1000 Berlin 12 • Telefon i030i 3134081

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**

Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch

Schwerpunkt **Arbeitspolitik**

Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

hi R Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Datum

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB

ab Januar 1986

'.;S/re86-2Q1

Knuth Dohse:
Die Einwandererfrage
Aufsätze zur "Ausländerproblematik". 115 S

IIVG/dp86-202

Barbara Maria Kohler/Rupprecht Thorbecke:
The Importance of Structure Concerning the
Effectiveness of Self-Help Groups -
An Empirical Investigation. 21 S.

IIVG/dp86-203

Ben Dankbaar:
Social Assessment of Workplace Technology
Some Experiences with the German Program
'Humanization of Work'. 30 S.

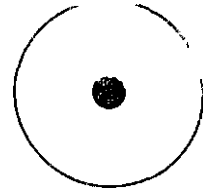
!IYG/dp86-204

Ulrich Jürgens/Hans-Peter Strömel:
The Communication Structure between
Management and Shop Floor - A Comparison
of a Japanese and a German Plant. 19 S.

IIVG/dp86-205

Maria Oppen:
Arbeitsmigration und Gesundheitsrisiken ·
Ausländerkrankenstand im Vergleich. 54 S

- IIVG/dp86-206 Barbara Maria Köhler/Günter Sehlichthörl :
Arbeitssicherheit und Ausbildung
Materialien zu einer Untersuchung der Arbeitsschutzpraxis an Hochschullabors. 27 S.
- IIVG/dp86-207 Pamela Meil :
Theoretical Currents in Organizational Development and their Relevance to Participative Management/Employee Involvement in the U.S. 37 S.
- IIVG/dp86-208 Barbara Maria Köhler/Rupprecht Thorbecke:
Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen. 48 S.
- IIVG/dp86-209 Sung Jo Park :
Entwicklungstrends der Automobilindustrie in Korea: Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen, Technologischer Stand
- Folgt Korea dem japanischen Vorbild? - 75 S
- IIVG/pre86-210 Rolf Rosenbrock:
- IIVG/dp86-211 AIDS und präventive Gesundheitspolitik. 41 S.
- IIVG/dp86-212 Ben Dankbaar:
New Technologies, Management Strategies and the Quality of Work. 25 S.
Susanne Kitscha:
Perspektiven der südkoreanischen Automobil- und Automobilzulieferindustrie. 45 S.
- IIVG/dp86-213 Werner Maschewsky:
Krankheit - biologisches oder soziales Geschehen? 38 S.



Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 1000 Berlin 12 Telefon (0 30) 313 40 81

Internationales Institut für Vergleichende Gesellschafts- forschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**

Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch

Schwerpunkt **Arbeitspolitik**

Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Datum

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB

ab Januar 1985

IIVG/dp85-201

Barbara Maria Köhler:
Neurotoxische Substanzen als Beispiele für
gesundheitsgefährliche Arbeitsstoffe. 36 S.

IIVG/pre85-202

Anita Kugler:
Arbeitsorganisation und Produktionstechnologie
der Adam Opel Werke (von 1900 bis 1929). 120 S.

IIVG/dp85-203

Zusammenfassung des Ergebnisberichts:
Projekt BETRIEBSKRANKENKASSEN UND PRÄVENTION. 55 S.

IIVG/pre85-204

Thore K. Karlsen/Hagen Kühn:
Informationstechnik und die Qualität sozialer
Dienstleistungen.
Zwei Ansätze zur Untersuchung und Beurteilung
sozialpolitischer Leistungsqualität bei technik-
gestützter Leistungsproduktion. 35 S.

IIVG/dp85-205

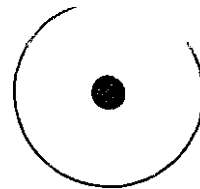
Friedrich Hauß:
Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung
- Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen - 65 S.

IIVG/dp85-206

Rainer Dombois:
La Producción Automotriz y el Mercado del Trabajo en
un País en Desarrollo
Un Estudio Sobre la Industria Automotriz Mexicana 96 S.

.../2

- IIVG/dp85-207 Nomura Masami:
"Model Japan?" Characteristics of Industrial
Relations in the Japanese Automobile Industry. 33 S.
- IIVG/dp85-208 Ulrich Jürgens/Knuth Dohse/Thomas Malsch:
Neue Produktionskonzepte in bundesdeutschen Auto-
mobilbetrieben. 38 S.
- IIVG/pre85-2Q9 Rolf Rosenbrock:
Industrial Health Policy in a Crisis
Regressive Tendencies and New Tasks for the
Professionals. 20 S.
- IIVG/dp85-210 Jörn Diekmann:
Betriebsvereinbarungen zum Personaleinsatz
Verbreitung, Struktur und Inhalte im Organi-
sationsbereich der IG Metall. 114 S.
- IIVG/pre85-211 Robert Sass:
The Saskatchewan Approach to Workplace
Health and Safety, 1972 - 1982. 8 S.
- IIVG/dp85-212 Adrienne Windhoff-Heritier:
Politikarena und Policy Netz -
Zum analytischen Nutzen zweier Begriffe. 33 S..
- IIVG/pre85-213 Rolf Rosenbrock:
Die Kolonialisierung des Sozialstaats
- Ein Essay - 18 S.
- IIVG/dp85-214 Barbara Maria Köhler/Rudolf Richter:
Chemisierung der Technik
als arbeitspolitisch relevanter Trend. 21 S.
- IIVG/dp85-215 Thomas Malsch:
"Neue Produktionskonzepte" zwischen
Rationalität und Rationalisierung -
Mit Kern und Schumann auf Paradigmasuche. 33 S.
- IIVG/dp85-216 Rudolf Richter:
Chemisierung der Technik am Beispiel der industriel-
len Nutzung der Faserverbundwerkstofftechnologie. 39 b.



Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 1000 Berlin 12 Telefon (0 30) 313 40 871

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

J

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**
Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch
Schwerpunkt **Arbeitspolitik**
Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Datum

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB

ab Januar 1984

IIVG/dp84-201

Ferdinando Chiaromonte:
Robotics and its Social Impacts on
Italian Industry. 16 S.

IIVG/dp84-202

Rüdiger Seltz:
Neue betriebliche Machtressourcen und Wandel des Kon-
trollsystems durch elektronische Informations- und
Kommunikationstechnologien.
Eine theoretische und empirische Skizze zu 'Kontrolle
im Arbeitsprozeß' und 'Arbeitspolitik'. 38 S.

IIVG/dp84-203

Lothar Fietzek/Claudia Weber-Deutschmann:
Zur Entwicklung der qualitativen Tarifpolitik
der IG Druck und Papier. 121 S.

IIVG/dp84-204

Ulrich Maurer:
Informations- und Mitbestimmungsrechte des Be-
triebsrates auf dem Gebiete des Arbeitsstoff-
schutzes. 33 S.

IIVG/pre84-205

Wolfgang Däubler:
Präventiver Gesundheitsschutz durch gesetzliche
Krankenkassen
- Rechtliche Rahmenbedingungen -. 57 S.

../2

- IIVG/pre84-206 Michael Burawoy:
The Contours of Production Politics. 35 S.
- IIVG/pre84-207 Gerd Göckenjan:
Medizin und Ärzte als Faktoren sozialer
Disziplinierung der Unterschichten.
Zur Soziologie der Gesundheit. 25 S.
- IIVG/dp84-208 Tokunaga Shigeyoshi:
Some Recent Developments in Japanese
Industrial Relations, with Special
Reference to Large Private Enterprises. 22 S.
- IIVG/dp84-209 Thomas Malsch:
Transfer of Technology and Plant
Organisation. 41 S.
- IIVG/dp84-210 Thore Karlsen/Hagen Kühn:
Arbeitsprozess, Informationstechnologie und
Leistungsqualität in sozialstaatlichen Insti-
tutionen
- Internationales Vergleichsprojekt der Ent-
wicklungen in der Bundesrepublik Deutschland,
Großbritannien und Norwegen - 103 S.
- IIVG/dp84-211 Thore Karlsen/Hagen Kühn:
Work Process, Information Technology and Service
Quality in Social Welfare Institutions
- An International Comparison of Developments in
the Federal Republic of Germany, Great Britain
and Norway - 103 S.
- IIVGA)re84-212 Knuth Dohse/Ulrich Jürgens/Thomas Malsch:
Von "Fordismus" zum "Toyotismus"?
Die Japan-Diskussion in der Automobilindustrie. 49 S.
- IIVG/dp84-213 Barbara Maria Köhler:
Arbeitsstoffinformation als Kontrollinstrument
für den Arbeitsschutz. 29 S.
- IIVG/dp84-214 Barbara Maria Köhler/Rudolf Richter:
Entwicklungstrends der Betriebstechnologie
und des ArbeitsstoffSchutzes in der Textilindustrie. 34

- IIVG/dp84-215 Fred Klasen/Gabriele Winter:
Der staatlich organisierte "graue Arbeitsmarkt"
Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in Großbritannien. 17 S.
- XIVG/pre84-216 Dagmar Bürkardt/Maria Oppen:
Sind Frauen häufiger krank?
Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger
Frauen. 58 S.
- IIVG/dp84-217 Thomas Malsch/Knuth Dohse/Ulrich Jürgens:
Industrieroboter im Automobilbau
Auf dem Sprung zum "automatisierten Fordismus"? 64 S.
- IIVG/pre84-218 Knuth Dohse/Ulrich Jürgens/Thomas Malsch:
From "Fordism" to "Toyotism"?
The Social Organization of the Labour Process
in the Japanese Automobile Industry. 42 S.
- IIVG/pre84-219 Forschungsprojekt:
Politik und Kontrolle bei computergestützter
Produktionsplanung und -Steuerung. 112 S.
- IIVG/dp84-220 Knuth Dohse/Ulrich Jürgens/Thomas Malsch:
Reorganisation der Arbeit in der Automobil-
industrie - Konzepte, Regelungen, Veränderungstendenzen in den USA, Großbritannien und der
Bundesrepublik Deutschland - Ein Materialbericht. 127 S.
- IIVG/dp84-221 Rolf Rosenbrock:
Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise
- regressive Tendenzen und neue Aufgaben für
die Experten -. 30 S.
- IIVG/dp84-222 Thomas Malsch/Knuth Dohse/Ulrich Jürgens:
Industrial Robots in the Automobile Industry
A Leap Towards "Automated Fordism"? 58 S.
- IIVG/pre84-223 Ulrich Jürgens/Knuth Dohse/Thomas Malsch:
New Production Concepts in West German Car Plants. 36 S.
- HVG/pre84-224 Ulrich Jürgens/Knuth Dohse/Thoams Malsch:
Japan als Orientierungspunkt für den Wandel der
industriellen Beziehungen in der US-amerikanischen
und der europäischen Automobilindustrie. 24 S.

Wissenschaftszentrum

Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 1000 Berlin 12 Telefon (0 30) 313 40 81

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**

Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch

Schwerpunkt **Arbeitspolitik**

Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB

ab Januar 1983

IIVG/dp83-201

Gerd Göckenjan/Friedrich Hauß/Rolf Rosenbrock:
Betriebskrankenkassen und Prävention
- Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und
leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesund-
heitswesen -. 48 S.

IIVG/re83-202

Gerlinde Dörr/Frieder Naschold:
Developments of Labor Policy in Industrial
Work: On the Relationship between Stress,
Qualification, and Control. 41 S.

IIVG/dp83-203

Barbara Maria Köhler:
Toxikologie und Arbeitsmedizin für den Arbeitsschutz. 48 S.

IIVG/dp83-204

Gerlinde Dörr/Eckart Hildebrandt/Rüdiger Seltz:
Veränderung betrieblicher Kontrolle durch computerge-
stützte Produktionsplanung und -Steuerung. 98 S.

- IIVG/dp83-205 Petra Wotschack/Winfried Wotschack:
Before the Heart Attack: An Empiric
Study of Work Stress among Metal-
workers. 32 S.
- IIVG/dp83-206 Frieder Naschold:
Technological Politics in the Federal
Republic of Germany. 15 S.
- IIVG/dp83-207 Thomas Malsch:
Erfahrungswissen versus Planungswissen.
Facharbeiterkompetenz und informations-
technologische Kontrolle am Beispiel der
betrieblichen Instandhaltung. 36 S.
- IIVG/dp83-208 Georg Vobruba:
Entrechtlichungstendenzen im
Wohlfahrtsstaat. 32 S.
- IIVG/dp83-209 Bjørn Gustavsen:
Some Aspects of the Development of
Social Science Work Research in Scandinavia. 22 S.
- IIVG/dp83-210 Barbara Czarniawska:
Exploring the Dimension of Control: A Comparative
Study. 36 S.
- IIVG/dp83-211 Barbara Czarniawska:
Control in Industrial Organizations: Concepts,
Issues, Processes. 46 s.
- IIVG/pre83-212 Rolf Rosenbrock:
Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unter An-
passungsdruck -
Zwischen Untergang und Marktkonfirmität. 28 S.
- IIVG/pre83-213 Rolf Rosenbrock/Heinz-Harald Abholz:
Arbeitermedizin, Arbeitsschutz und Streßprävention.
42 S.

IIVG/pre83-214

Friedrich Hauß:
Warum gibt es eine Krankenstands-
diskussion?

Maria Oppen:
Auswirkungen der Krise auf den Kranken-
stand: Verändertes Arbeitsunfähigkeits-
verhalten der Beschäftigten. 24 S.

IIVG/dp83-215

Dieter Wesp:
Gesundheitsbelastungen durch Schad-
stoffe am Arbeitsplatz -
Isocyanat-Fallstudie. 38 S.

IIVG/dp83~216

Eva Brumlop/Ulrich Jürgens:
Rationalisation and Industrial Relations
in the West German Automobile Industry:
A Case Study of Volkswagen. 59 S.