

FORSCHUNGSGRUPPE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT
POSTFACH 41 03 65

D-5000 KÖLN 41
TEL.: 0221-40 14 68

BERICHT

GESUNDHEITSFÖRDERUNG AM ARBEITSPLATZ.
KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN, HINWEISE ZUR
PLANUNG UND LITERATUR-DATENBANK.

vorgelegt von

HELGA LANGER & EBERHARD WENZEL

(Projekt im Auftrag und mit Mitteln der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung, Köln)

30. NOVEMBER 1987

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 1. 7. 9

Teil 1, 2, 3

Teil 1+2 unv

TEIL 1

KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN
ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG
IN DER ARBEITSWELT

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| EINLEITUNG..... | 1 |
| 1. VON DER GESUNDHEITSERZIEHUNG ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG..... | 13 |
| 1.1 Zum Begriff Gesundheit..... | 13 |
| 1.2 Arbeitswelt und Gesundheit..... | 17 |
| 1.3 Perspektiven..... | 21 |
| 2. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ARBEITSWELT..... | 23 |
| 2.1 Verhaltenspsychologische Konzepte..... | 26 |
| 2.2 Industriesoziologische Konzepte..... | 30 |
| 2.3 Zum ökologischen Ansatz der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt..... | 35 |
| 3. KONSEQUENZEN AUS DER PROJEKTARBEIT..... | 42 |
| 3.1 "Warming up" oder: Die Aufschlüsselung des Feldes..... | 47 |
| 3.2 Gesundheitsförderung als Prinzip der Arbeitswelt..... | 49 |
| 4. LITERATUR..... | 51 |

EINLEITUNG

Das Projekt "Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz" hat trotz der Kürze der Bearbeitungszeit (12 Monate) eine andere als die ursprünglich vorgesehene Bearbeitung erfahren. Was vordergründig als Umdefinierung der Projekt-Ziele und -Aufgaben erscheinen mag, stellt sich bei näherem Hinschauen als Problem des Gegenstandsreiches selber dar. Wir halten es deshalb für erforderlich, in der Einleitung zum Abschlußbericht auf die Entwicklung des Projektes näher einzugehen, damit der Stellenwert der nachfolgenden drei Teile des Berichtes besser eingeschätzt werden kann. Titel des Projektes und die Inhalte des Abschlußberichtes könnten nämlich höhere Erwartungen erzeugen als realistisch angemessen sind.

Vor 12 Monaten hatten wir erwartet, daß es möglich sein würde, in den vorhandenen nationalen und internationalen Datenbanken Informationen über Gesundheitsförderungsprojekte in der Arbeitswelt in Hülle und Fülle zu finden. Die Auswertung dieser Daten, so hofften wir, würde uns in die Lage versetzen, einen relativ umfassenden Bericht über bestehende Modelle, Strategien und konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zu verfassen, diesen Bericht in Form einzelner Newsletter für die Bedürfnisse von Betrieben und Behörden aufzubereiten - und damit konkrete Projekte in der Arbeitswelt zu stimulieren. Darüber hinaus hielten wir es für möglich, praktische Modelle und Erfahrungen zu finden, deren Auswertung zur Formulierung eines eigenen "Leitfadens" für die Planung, Durchführung und Auswertung von Projekten führen könnte. Unsere Hoffnung war, daß die Beschaffung der Informationen aus den Datenbanken etwa 3 Monate Zeit in Anspruch nehmen würde - und die Auswertung der Daten sowie der konkreten Modelle der Schwerpunkt des Projektes sein müßte, damit der

"Leitfaden" in einer ersten Fassung möglichst bald an Interessenten aus der Praxis zur Prüfung und Testung weitergegeben werden könnte. - Dies alles ist leider nicht so eingetroffen. Wir haben in unseren Zwischenberichten jeweils beschrieben, welche Situation wir vorgefunden haben. Zusammen mit dem Auftraggeber ist dann das Projekt in einzelnen Aufgaben anders definiert worden. Um was ging es?

Die Datenbank-Recherche erbrachte die Information, daß unter den Stichworten "Gesundheitsförderung", "Gesundheitserziehung", "Arbeitswelt", "Arbeitsplatz" und anderen Variationen kaum Artikel aus Zeitschriften und Sammelbänden sowie Bücher abgespeichert waren. Wir entschlossen uns deshalb, unsere bis dahin aufgebaute Datenbank (von etwa 200 Einträgen) mit den gefundenen (etwa 300) Einträgen selbständig auszubauen und eigene Informationsanalysen durchzuführen (Ergebnis: inzwischen sind 1260 Einträge erfaßt). Die Schwierigkeit bei diesem Unternehmen liegt in der Tatsache, daß es keine "etablierten" Fachzeitschriften und Publikationsreihen für das Thema gibt, die einen umfassenden Überblick über Entwicklungslinien des Bereichs erarbeiten. Informationen über Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt haben wir in über 160 verschiedenen Zeitschriften gefunden; Buch-Publikationen mußten im Einzelfall daraufhin geprüft werden, welche Relevanz sie für das Thema haben, weil die angegebenen Suchwörter in den Buch-Titeln häufig gar nicht aufscheinen.

Diesen Sachverhalt interpretieren wir als Ausdruck des noch relativ geringen Entwicklungsstandes der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Unsere Vermutung wird durch die Tatsache gestützt, daß die mit nationalen und internationalen Experten geführten In-

Interviews kaum Aufschlüsse über konkrete Projekte zum Thema ergeben haben bzw. diejenigen, die genannt wurden, waren von uns bereits in der Datenbank erfasst. Auch der Versuch, mit Kollegen aus anderen Bereichen das Thema anzusprechen, sie nach konkreten Maßnahmen zu fragen (z.B. im Bereich Alkohol-Prävention), hat nur ergeben, daß es sich zwar um ein zunehmend wichtigeres Thema handle, seine konkrete Bearbeitung in der Praxis aber erst in den Anfängen stecke.

Diese Einschätzung wird auch von den Teilnehmern der internationalen Konferenz "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" geteilt, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) im Oktober 1985 in Köln veranstaltet hat und deren Abschlußbericht demnächst veröffentlicht wird. Unter den Experten dieser Konferenz herrschte Einvernehmen darüber, daß "ganzheitliche", die Komplexität der Arbeitswelt erfassende Maßnahmen der Gesundheitsförderung die besten Chancen böten, auch einzelne, an Risikofaktoren orientierte Präventions- und Interventionsprogramme zum Erfolg zu führen.

Wenn wir einmal in Erfahrung bringen konnten, daß ein bestimmtes Unternehmen Aktivitäten der Gesundheitsförderung plane bzw. durchführe, mußten wir in allen Fällen zur Kenntnis nehmen, daß eine Dokumentation oder gar Publikation dieser Maßnahmen nicht erwünscht war. Dies galt nicht nur für bundesdeutsche, sondern auch internationale Unternehmen. Offensichtlich ist das Thema "Gesundheit und Arbeitswelt" so sensibel, daß sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum jemand wagt, es in aller Offenheit und praxisbezogen anzusprechen.

Durch Gespräche mit Organisationsexperten erhielten wir Kenntnis von Aktivitäten in einzelnen Firmen, die zwar nicht unter dem Stichwort "Gesundheitsförderung" liefen, aber als solche zu bezeichnen wären. So wurden z.B. in einem kleinen süddeutschen Betrieb (etwa 70 Beschäftigte) im Zuge der Einführung von EDV die Bedingungen der Betriebs- und Arbeitsorganisation vollkommen neu gestaltet, weil die Geschäftsführung den Eindruck hatte, daß eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitswelt sich positiv auf Motivation und Produktivität der Mitarbeiter auswirken würde. Ein Gespräch mit dem Inhaber der Firma ergab, daß für ihn die gesundheitliche Qualität des Arbeitsplatzes als ein wesentliches Merkmal für ein gutes Arbeits- und Betriebsklima galt. - An diesem Beispiel ließ sich im Übrigen gut erkennen, daß der Begriff "Gesundheit" bzw. "Gesundheitsförderung" nicht notwendigerweise eine Rolle spielen muß, wenn es sich um konkrete Aktivitäten in der Arbeitswelt handelt, die eine qualitative Verbesserung der Betriebs- und Arbeitsorganisation zum Ziel haben, welche auch positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter haben.

Zusammenfassend läßt sich also festhalten, daß das Thema "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" gegenwärtig eher zurückhaltend und vor allem nicht systematisch bearbeitet wird. Wenn die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, an der Entwicklung eines internationalen und nationalen Schwerpunktthemas "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" interessiert ist, müssen eigene Vorarbeiten geleistet werden, um sich einen Einblick in relevante konzeptionelle Vorstellungen, empirische Forschungsergebnisse und Konsequenzen für eine noch zu gestaltende Praxis zu verschaffen. Wir haben dies in den vergangenen Monaten versucht. Unsere mit diesem Abschlußbericht vorgelegten Erkennt-

nisse und Erfahrungen bedürfen allerdings noch einiger weiterer Erläuterungen, damit sie angemessen bewertet werden können.

a. KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN

Aus der Analyse wesentlicher Arbeiten der gesammelten Literatur, deren Umfang und thematische Reichweite in der Datenbank dokumentiert sind, haben wir im 1. Teil des Abschlußberichtes einige konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt angestellt. Diese Überlegungen sind nach unserem Kenntnisstand des Themas anderswo noch nicht in vergleichbarer Weise erarbeitet worden. Die von uns beigezogene Literatur stammt aus den Bezugswissenschaften des Themas, also Organisations- und Betriebspsychologie, Industrie- und Arbeitssoziologie, Sozialepidemiologie und Medizinsoziologie, Arbeits- und Umweltmedizin.

Hintergrund unserer Überlegungen sind die programmatischen Ausführungen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung im allgemeinen und die Regionalziele der WHO-EURO zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Ausgehend von diesen Programmen und in Anlehnung an die bereits vorliegenden Konzepte zum Thema "Lebensweisen und Gesundheit" haben wir einen Ansatz "Arbeitsweisen und Gesundheit" entwickelt, der konzeptionell für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt brauchbar erscheint. Wir stehen mit dieser Gedankenrichtung nicht allein - wenn man neuere Publikationen aus den USA berücksichtigt sowie die sich abzeichnende Erweiterung des Arbeitsschutz-Begriffs um den Gesundheits-Begriff im Rahmen des Programmes "Humanisierung der Arbeit" in

Rechnung stellt.

Allen bisher vorliegenden Konzepten ist eigen, daß sie sich noch auf einem relativ theoretischen Niveau bewegen, weil es ihnen an der praktischen Erprobung mangelt. Die Gründe hierfür sind oben angedeutet worden: die Sensibilität des Themas und die Scheu, praktische Maßnahmen angemessen wissenschaftlich dokumentieren zu wollen bzw. zu lassen. Man kann dies bedauern - es hat andererseits aber auch den Vorteil, daß wir uns zum gegenwärtigen Zeitpunkt Optionen offenhalten, wie solch ein tragfähiges Konzept zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt mittelfristig gestaltet werden sollte, damit es für die weitere Entwicklung praktischer Modelle, Strategien und Methoden fruchtbar wird.

Theoretische Überlegungen werden häufig vorschnell als irrelevant für die Praxis hingestellt. Wir teilen diese Auffassung nicht, denn mit solchen Überlegungen wird eine Verständigung darüber angestrebt, was man unter bestimmten Begriffen bzw. Denkansätzen zu verstehen hat. Der Begriff "Gesundheitsförderung" allein und in seiner Verbindung zur Arbeitswelt ist noch so neu in der öffentlichen Diskussion, daß eine konzeptionelle Bestimmung nur zu einer weiteren Klärung seiner Bedeutung führen kann. Dies ist der Sinn des 1. Teils des Abschlußberichts. Die kondensierte Darstellung einzelner Dimensionen des Themas stellt nach unserer Einschätzung den Versuch dar, die Bandbreite des Gegenstandes zu umreißen, um deutlich zu machen, welche Arbeitsaufgaben zukünftig auf ihre konzeptionelle Lösung warten. Die konzeptionelle "tour d'horizont" ermöglicht es dem interessierten Leser, sich einen ersten Eindruck zu verschaffen, welche komplexen und komplizierten Problemstellungen auf die Gesundheitsförderung zukommen. Wie bei jedem relativ jungen Forschungs- und Entwicklungsgebiet geht

es dabei in einem ersten Anlauf nicht ohne Begrifflichkeiten aus, die zunächst fremd erscheinen. Wir sind uns dieses Problemes bewußt, sehen aber zur Zeit und bezüglich des konzeptionellen Sachstandes der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt noch keine andere, ausgereifere und damit allgemein akzeptierte Darstellungsform.

Wenn man die angesprochenen Sachverhalte im einzelnen angemessen differenziert darstellen wollte - wir möchten an dieser Stelle z. B. auf die Fragestellungen "Frauen, Arbeit, Gesundheit", "Einsatz von EDV in Unternehmen und Auswirkungen auf Gesundheit", "Ergonomie von Hardware/Software und Gesundheit" hinweisen - sind weitere, erhebliche Anstrengungen zu unternehmen. Uns ist dies in der Kürze der Zeit nicht möglich gewesen. Die Literatur-Datenbank stellt aber für solche Arbeiten umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung, das in dieser Form bislang nicht aufbereitet worden war.

Nach unserer Auffassung ist der 1. Teil des Abschlußberichtes als Papier zu lesen, das die im Zusammenhang von Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auftauchenden Fragestellungen analytisch aufbereitet. Die umfangreichen Arbeiten aus der Arbeitsmedizin, die sich vor allem mit Fragen der physiologischen und physikalischen Belastungen von Arbeitsvorgängen und deren Auswirkungen auf den menschlichen Körper befassen, haben wir aus Gründen unserer Themenstellung nicht ausdrücklich erwähnt. Dem arbeitsmedizinisch interessierten Leser können wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf die entsprechenden Literaturangaben in der Datenbank verweisen. Einen Überblick über den Stand der (sozial-)epidemiologischen Forschung bietet auch der bereits erwähnte Bericht über die internationale Konferenz "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt"

(Köln, Oktober 1985). Mit dem Schwerpunktthema "Streß" sind dort relevante Fragen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bearbeitet und illustriert worden, wobei deutlich herausgestellt wurde, daß die klassisch arbeitsmedizinischen Ansätze nur einen Ausschnitt von vielen möglichen Perspektiven darstellen.

Dieser Sachverhalt mag dazu führen, daß der eine oder andere Leser unsere konzeptionellen Überlegungen für zu sozialwissenschaftlich hält. Im Hinblick auf die allgegenwärtig erhobene Forderung nach interdisziplinärer Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und der Gesundheitsforschung sind wir der Auffassung, daß die bislang eher peripher wahrgenommenen Forschungsergebnisse aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt von erheblicher Bedeutung sind. Deshalb haben wir sie in diesem Bericht vorrangig aufgegriffen. Wir folgen damit einer Empfehlung, die von den Teilnehmern der erwähnten internationalen Konferenz erarbeitet und der Weltgesundheitsorganisation übermittelt worden ist.

b. PLANUNGSHINWEISE

Der 2. Teil des Abschlußberichtes, die "Planungshinweise zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt", bezieht sich im wesentlichen auf die Beschreibung eines Verfahrens, wie Gesundheitsförderungsaktivitäten in der Arbeitswelt initiiert werden können. Wir haben uns auf diese Darstellung beschränken müssen, weil wir entgegen unseren Erwartungen noch nicht in der Lage waren, auch praktisch erprobte Planungshinweise oder "Leitfäden" aus der Bundesrepublik Deutschland oder dem Ausland auf ihre Brauchbarkeit

für unser Thema zu analysieren. Das vorrangige Problem der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt ist gegenwärtig ihre mangelnde Praxis.

In einer solchen Situation ist es angemessen, zurückhaltend und vorsichtig an die Bearbeitung der Planungshinweise heranzugehen. Im Kern steckt das Problem in folgendem Paradox: Nach unserer Erfahrung scheinen Unternehmen individuelle, charakteristisch ausgeprägte Organisationen zu sein, die zwar generell vergleichbare Strukturelemente aufweisen, deren Organisationsklima, Kommunikations- und Kooperationsprozesse sich aber deutlich unterscheiden. Die Arbeitswelt ist ein farben- und nuancenreiches Feld, das man nicht über einen Kamm scheren kann. Andererseits sollen die Planungshilfen unabhängig von Unternehmen, Branchen, Beschäftigtenzahl usw. helfen, Gesundheitsförderungsaktivitäten zu gestalten. Mit anderen Worten: etwas relativ Allgemeines für den spezifischen Einzelfall soll formuliert werden. Diese Aufgabe kann eigentlich nicht bewältigt werden. Ganz gleich von welcher Seite man es auch betrachtet: dem einen werden die Planungshinweise zu pauschal, dem anderen schon wieder zu konkret, dem einen werden sie zu strukturiert, dem anderen wiederum zu unverbindlich, dem einen werden sie zu stark an die bestehenden gesetzlichen Regelungen (und damit zu defensiv), dem anderen werden sie zu innovativ sein. Wir meinen, daß bei der Bewertung der Planungshinweise folgende Sachverhalte bedacht werden sollten:

- Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein hervorragend ausgebautes Arbeitsschutz- und Betriebsverfassungssystem, in dem prinzipiell auch Aktivitäten der Gesundheitsförderung integriert werden können. Damit wird aber in die Belange der Tarifvertragsparteien eingegriffen; sie sind für die Arbeitswelt

in hohem Maße verantwortlich. Ihre Interessenlagen unterscheiden sich, auch wenn sie auf der konkreten Ebene des einzelnen Betriebes durchaus abgestimmt werden können. Wie wir wissen, schaffen aber Neuerungen immer auch Unsicherheit, d.h. die in den Planungshinweisen beschriebenen Sachverhalte können bereits auf diesem relativ allgemeinen Niveau als problematisch angesehen werden.

- Unser aktueller Wissens- und Erfahrungsstand bezüglich praktischer Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt läßt es noch nicht zu, bereits jetzt detailliert zu beschreiben, welche Aktivitäten wie in die Arbeitswelt eingebracht werden sollten. Darüber hinaus wird sich die Situation von Betrieb zu Betrieb erheblich unterscheiden. Es ist deshalb nach unserer Einschätzung kaum realistisch, schon jetzt konkret Themen und ihre Bearbeitung zu benennen. Unternehmen und ihre Beschäftigten müssen zunächst einmal für das Thema interessiert werden, ihre Handlungsmöglichkeiten sollten von ihnen selbst ausgelotet werden und interessierende Themen sollten sie selbst definieren. Deren Bearbeitung kann zu einem späteren Zeitpunkt durch die Bereitstellung konkreter Materialien und Medien seitens der BZgA und anderer Organisationen unterstützt werden.

- Gesundheitsförderung (in der Arbeitswelt) besitzt einen zeitlich weiten Horizont. Kurzfristige Veränderungen in den Verhaltensweisen sowie den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen sind nicht zu erwarten. Demzufolge kann man auch bei der Formulierung von Planungshinweisen nicht davon ausgehen, daß mit einem Konzept innerhalb kurzer Zeit die erstrebten Ziele der Gesundheitsförderung erreicht werden. Wir haben ver-

sucht deutlich zu machen, daß mit den hier vorgelegten Planungshinweisen nur der erste Schritt in die gewünschte Richtung getan wird, dem weitere Schritte folgen sollten. Das heißt: zum gegenwärtigen Zeitpunkt können Planungshinweise nicht mehr enthalten als Hinweise darauf, wie Aktivitäten der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt initiiert werden, welche Richtung sie einschlagen können und wer an ihnen beteiligt sein sollte. Im Verlauf des vielleicht dadurch eingeleiteten Entwicklungsprozesses müssen dann Zug um Zug weitere Konkretisierungen und Detaillierungen vorgenommen werden.

c. LITERATUR-DATENBANK

Im 3. Teil des Abschlußberichts wird eine Literatur-Datenbank zum Thema Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt vorgestellt. Die gesammelten Informationen sind nach 19 inhaltlichen Kriterien geordnet. Die in den einzelnen Gliederungspunkten aufgelistete Literatur konnte im Projektzeitraum nicht im Detail analysiert und aufbereitet werden. Die von uns vorgelegten konzeptionellen Überlegungen und die Planungshinweise stützen sich im wesentlichen auf solche empirischen Erfahrungen und Konzepte, die in der Fachliteratur immer wieder zitiert werden. Die Auswertung aller Fundstellen der Literatur-Datenbank müßte in einem weiteren Projekt erfolgen.

Die Schwierigkeit beim Aufbau der Literatur-Datenbank liegt in der Identifikation von Arbeiten, die für unser Thema relevant sind. Da es bisher keine etablierte "Disziplin" Gesundheitsförderung gibt, kann man sich auch nicht an bestehende Auswahl- und Bewertungskriterien halten. Sie müssen erst noch geschaffen wer-

den. Wir haben jedoch den Eindruck gewonnen, daß mit der von uns zusammengetragenen Literatur ein erster Schritt in diese Richtung getan werden kann. Da absehbar ist, daß in Zukunft die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt intensiviert werden wird, wäre es wünschenswert, wenn die begonnene Arbeit an der Literatur-Datenbank fortgeführt würde. Denn nur so wäre zu gewährleisten, daß der Kenntnis- und Erfahrungsstand des Bereiches kontinuierlich dokumentiert wird.

Abschließend noch ein technischer Hinweis: Wer Interesse an dem Computer-Programm der Literatur-Datenbank hat und wer eine Kopie der Datenbank auf Diskette wünscht, kann sich mit uns in Verbindung setzen. Das Programm ist PC-lauffähig und wurde von uns auf einem IBM-kompatiblen PC-AT unter MS-DOS 3.2 installiert. Wir versuchen, die Datenbank weiterzuführen und wären dankbar für weitere Hinweise, die noch nicht enthalten sind.

1. VON DER GESUNDHEITSERZIEHUNG ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Als die Weltgesundheitsorganisation 1980 ihre Regionalstrategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" für Europa vorlegte, fand sich in dem Dokument ein Abschnitt, der sich eingehend der Frage nach den Lebensbedingungen und Lebensweisen der Menschen und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit widmete. Offenkundig akzeptierte die WHO, daß Gesundheit nicht allein eine Frage individuellen Verhaltens sei, sondern wesentlich auch von den ökonomischen, politischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Lebensbedingungen der Menschen geprägt werde. Dieser Auffassung entsprechend nahm in der Folgezeit die Entwicklung eines strategischen gesundheitspolitischen Konzepts breiten Raum in den Aktivitäten der WHO ein. Als markanter Begriff für die neue Perspektive wurde der Terminus "Gesundheitsförderung" (Health Promotion) gewählt. In diesem Kapitel des Berichts werden wir näher auf die konzeptionellen Hintergründe der Gesundheitsförderung eingehen und den Begriff hinsichtlich seiner Bedeutung für die Arbeitswelt erläutern bzw. in einigen Teilen präzisieren. Außerdem werden wir auf die Hoffnungen und Perspektiven eingehen, die sich an der Gesundheitsförderung im allgemeinen und im Hinblick auf die Arbeitswelt herausgeschält haben.

1.1 ZUM BEGRIFF GESUNDHEIT

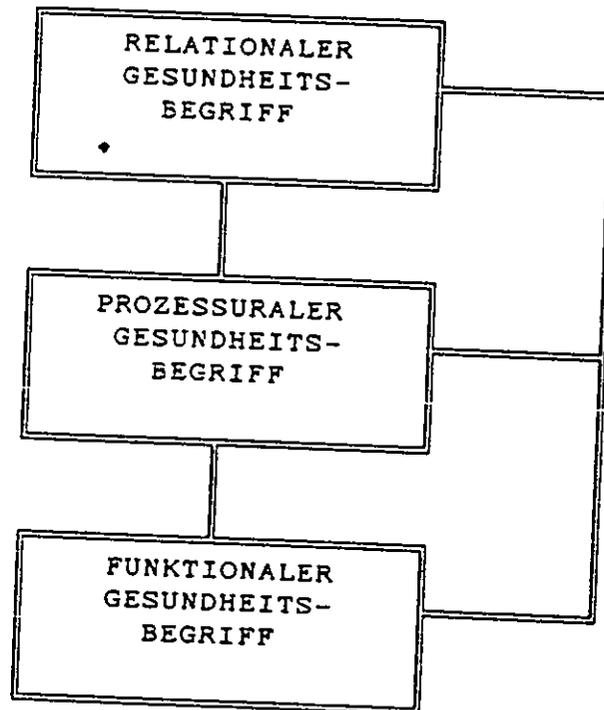
In der Bundesrepublik Deutschland wird gerne und ausgiebig darüber debattiert, welche Definition von Gesundheit man vertrete bzw. formulieren müsse, um überhaupt "wissenschaftlich abgesichert" Gesundheitsforschung und -förderung betreiben zu können. Der Gesundheitsbegriff der WHO - physisches, psychisches und so-

ziales Wohlbefinden - wird dabei meist als oberflächlich, nicht operationalisierbar und wenig präzise kritisiert. Wir werden uns an dieser Form der Diskussion nicht beteiligen, d.h. wir werden keine "neue" Definition vorschlagen, sondern in diesem Abschnitt einige fundamentale Gesichtspunkte hinsichtlich des Gesundheitsbegriffs ansprechen, die berücksichtigt werden sollten, wenn man über Gesundheitsförderung spricht oder sie gar in die Wirklichkeit umsetzen will.

Gesundheit ist ähnlich wie Frieden, Freiheit, Glück u.a.m. ein Begriff, der zuallererst darauf verweist, daß eine bestimmte Beziehung zwischen einem Subjekt und seiner (wie immer definierten) Umwelt bestehen muß, der die Qualität "gesund" zugeschrieben wird. Gesundheit ist ein relationaler Begriff. Er umschreibt einen individuellen, sozialen und situativen Zustand, der das vorläufige Ergebnis eines Entwicklungsprozesses ist, welcher am Individuum, seinen Lebensbedingungen und zwischen beiden stattgefunden hat bzw. stattfindet. In diesem Sinn ist Gesundheit auch ein prozessuraler Begriff. Und schließlich bezieht sich der Begriff Gesundheit auch auf die Qualität der Lebenschancen eines Menschen, sich selbst gesund erhalten zu können bzw. die eigene Gesundheit zu fördern. Gesundheit ist danach auch ein funktionaler Begriff.

Die einzelnen Dimensionen des Gesundheitsbegriffs stehen untereinander in Beziehungen, wobei die Qualität dieser Beziehungen einerseits auf Abhängigkeiten verweist, andererseits aber auch auf funktionale Relationen, deren spezifischer Charakter die Rückmeldung (Feedback) ist (vgl. die Abbildung auf der folgenden Seite).

DIMENSIONEN DES GESUNDHEITSBEGRIFFS



Gesundheit bedeutet also, daß sowohl der einzelne Mensch als auch soziale Gruppen ihre Befindlichkeiten nicht etwa allein am eigenen Körper spüren, sondern auch in Beziehung zu der sie umgebenden bio-physikalischen und sozialen Umwelt. Gesundheit macht subjektiv erst Sinn, wenn sie auch sozial, kulturell, ökonomisch und ökologisch gespürt werden kann. Es ist dieses eigenartige, auf vielfältige Relationen gründende Phänomen, das eine eindimensionale oder gar individualisierende Perspektive auf die Gesundheit verbietet.

Der hier skizzierte Kontext des Gesundheitsbegriffs ist von der WHO-Definition aufgenommen worden, indem auf die physischen, psychischen und sozialen Anteile des Wohlbefindens hingewiesen wird. Damit stellt sich diese Definition gegenwärtig auf dem Hintergrund der Erkenntnisse der System- und Kommunikationstheorie sowie ihrer Anwendung auf die historische Entwicklung des Menschen als äußerst aktuell dar (vgl. die einschlägigen Arbeiten von Gregory BATESON 1981, 1982; besonders seine Studie über Alkoholismus in BATESON 1981, S.400-435).

Die Bedeutung dieser Konzeptualisierung des Gesundheitsbegriffs liegt in der Erkenntnis, daß alle individuellen Anstrengungen zur Erlangung von Gesundheit genauso wenig erfolgversprechend sind wie die ausschließliche Bereitstellung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen. Es geht vielmehr um ein Wechselspiel zwischen diesen Polen und den Menschen selbst. Der Begriff "Wechselspiel" deutet darauf hin, daß hier Konsensbildungsprozesse erforderlich sind, die zwischen allen Beteiligten ablaufen müssen. Damit wird auf die gesellschaftlichen und politischen Implikationen der Gesundheitsförderung hingewiesen - und auf die essentielle Notwendigkeit, die Menschen stets an der Planung und Gestaltung von Ge-

sundheitsförderungsmaßnahmen aktiv zu beteiligen. Sie müssen die Chance zur Beteiligung erhalten; in welchem Umfang sie ihre Möglichkeiten wahrnehmen, steht auf einem anderen Blatt.

1.2 ARBEITSWELT UND GESUNDHEIT

Bei der Frage danach, in welchen sozialen Sektoren die Gesundheitsförderung besonders stark gefordert ist, spielt die Arbeitswelt eine wichtige Rolle. Erwerbstätige Personen verbringen in der Regel 8 Stunden pro Tag an ihrem Arbeitsplatz, d.h. in einer sozialen Umgebung, deren Zweck im wesentlichen darin besteht, definierte Arbeitsaufgaben nach vorgegebenen Kriterien, Regeln und Prozessen zu erfüllen. Die Arbeitswelt ist nicht primär auf die Gesundheit der Beschäftigten ausgerichtet, sondern auf die Bewältigung von Arbeitsaufgaben. Natürlich ist eine Voraussetzung zur Erfüllung dieser Zwecke die Gesundheit der Beschäftigten; aber dies ist eben nur eine Voraussetzung neben vielen anderen.

Es gehört zu den allgemeinen Erkenntnissen über die Arbeitswelt, daß qualifizierte Arbeitskräfte nicht nur eine kostenintensive Ausbildung erhalten, deren Qualität im Laufe des Erwerbslebens gepflegt werden muß; es ist auch bekannt, daß kranke Beschäftigte bzw. solche, die frühzeitig aus Krankheitsgründen pensioniert werden müssen, erhebliche Folgekosten nach sich ziehen. Es besteht also ein betriebswirtschaftliches Interesse, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten bzw. zu fördern. Denn nur gesunde Arbeitnehmer sind in der Lage, die von ihnen erwarteten Arbeitsleistungen zu erbringen, d.h. ihre Qualifikation effektiv in Arbeitsprodukte umzusetzen. Deshalb - aber nicht nur deshalb - ist

es sinnvoll, Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt verstärkt zu betreiben. Diese Erkenntnis hat sich inzwischen vor allem im amerikanischen und kanadischen Raum durchgesetzt; in Europa und speziell in der Bundesrepublik Deutschland gewinnt sie zunehmend an Bedeutung. Das Forschungsprogramm "Humanisierung der Arbeit" ist Ausdruck dafür; aber auch die gesetzlichen Vorschriften des Arbeitssicherheitsgesetzes und der Unfallverhütungsvorschriften belegen, daß Arbeitswelt und Gesundheit in engem Zusammenhang zu sehen sind.

Bislang wurde dieses Thema vor allem aus arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Warte bearbeitet. Ergonomie und Technik, Arbeitsmedizin und Ingenieurwissenschaften haben detailreich an der Verbesserung von Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsinstrumenten gearbeitet. Ihre Ergebnisse haben unter anderem zu den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften geführt.

Dennoch ist damit allein nicht jener Standard an gesundheitlicher Qualität der Arbeitswelt geschaffen worden, der aus medizinischer und psychologischer Sicht erstrebenswert ist. Mit dem Begriff "Gesundheitsförderung" ist ein weiterer Ansatz zur Humanisierung der Arbeitswelt umschrieben, den es gilt, zukünftig zu konkretisieren und praktisch umzusetzen.

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bedeutet zunächst einmal, daß die Gestaltung der Arbeitswelt, die Arbeitsorganisation und die in ihr festgelegten Arbeitsabläufe daraufhin analysiert werden, in welchem Ausmaß und mit welcher Intensität die Gesundheit der Beschäftigten von ihnen tangiert ist. Anschließend ist zu prüfen, welche Verbesserungen in diesen Bereichen vorgenommen

werden müssen und mit welchen Zielen und in welchem Umfang die Beschäftigten selbst an der gesundheitsfördernden Gestaltung der Arbeitsplätze und -organisation mitarbeiten können. Der amerikanische Gesundheitsforscher Kenneth PELLETIER hat für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 10 Prinzipien formuliert, die im wesentlichen auch für die Bundesrepublik Deutschland gelten können:

1. The factors and conditions which promote individual health and longevity are precisely the same factors and conditions which promote the organizational health and longevity of the greater or 'incorporated' body.
2. Individual effort is necessary but not sufficient.
3. The employee and the employer, management and workers need the same information, objectives and incentives at the same time.
4. Workers at all levels must participate.
5. Limited health promotion programs are often more expensive and less effective than holistic programs which entail more subtle but permanent, positive change.
6. A program should offer the simplest and least costly components that can be expected to produce a positive result.
7. Any system of health promotion must respect individual needs and unique circumstances.
8. A comprehensive or holistic health promotion program emphasizes the positive aspects of health rather than the negative risks.
9. Changes in the overall workplace environment are necessary to elicit and sustain individual efforts.
10. Finally, health promotion programs need to be based upon some form of deductible or co-payment plan as part of every health insurance strategy." (PELLETIER 1985, S. 13 ff.).

Zusammenfassend sagen diese Prinzipien, daß Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt individueller und struktureller Wandel bei Mitbestimmung der Beschäftigten bedeutet - und daß die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Arbeitnehmer auch eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation des Unternehmens bedeutet. PELLETIER gründet seine Aussagen auf eigene Studien, in

denen er die Effekte von Gesundheitsförderungsprogrammen auf die Lage der Unternehmen analysierte. Dabei fand er heraus, daß schon kurzfristig, erst recht aber mittel- und langfristig durch entsprechende Programme die Personalkosten (Krankenversicherung) gesenkt und die Produktivität erhöht werden können. Nicht umsonst seien die neuen Computer-Firmen diejenigen, die auch die aufwendigsten Gesundheitsförderungsprogramme installiert hätten.

Neben der betriebswirtschaftlichen Rationalität der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt gibt es aber auch eine volkswirtschaftliche Rationalität. In der Bundesrepublik Deutschland beobachten wir einen stetigen Anstieg chronisch-degenerativer Erkrankungen, die das durchschnittliche Rentenalter von Männern auf etwas über 57 Jahre absinken lassen. Immer mehr Personen müssen aus Krankheitsgründen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Das bedeutet andererseits, daß die allgemeinen Kosten der Sozial- und Rentenversicherungen entsprechend steigen. Bereits jetzt ist deutlich geworden, daß die Finanzierung dieser Versicherungen an ihre Grenzen stoßen wird, wenn es nicht gelingt, die gesundheitliche Situation in der Arbeitswelt beträchtlich zu verbessern. Unabhängig davon, ob die jeweilige Ursache für frühzeitige Pensionierungen ausschließlich auf Fehlentwicklungen in der Arbeitswelt zurückzuführen ist, stellt die Arbeitswelt einen so zentralen Sektor im Leben der Menschen und für die Entwicklung eines sozialen Systems dar, daß sie für Programme der Gesundheitsförderung sensibilisiert und geöffnet werden muß.

1.3 PERSPEKTIVEN

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt wird in der Bundesrepublik Deutschland in den kommenden Jahren einen wesentlich größeren Stellenwert einnehmen als bisher. Darauf deutet nicht nur die thematische Orientierung des HcA-Programms hin, die immer mehr Aspekte des Gesundheitsschutzes aufgreift, sondern auch die ökonomische und technische Notwendigkeit, die erworbenen Qualifikationen der Beschäftigten intensiv zu pflegen.

Betrachtet man sich das gegenwärtige Arbeitsschutz-System und die geltenden gesetzlichen Regelungen, kann optimistisch davon ausgegangen werden, daß hier bereits Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung geschaffen sind, die intensiv genutzt werden können. Auch die geltenden Regelungen der innerbetrieblichen Mitbestimmung geben Anlaß zu der Hoffnung, daß die Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen relativ leicht umzusetzen ist. Natürlich lassen sich die bestehenden Verhältnisse in den Betrieben weiterentwickeln.

Ein Blick nach Nord-Amerika zeigt uns, daß Arbeitsorganisation und Gestaltung der Arbeitsplätze zentrale Themen in den Unternehmen und Verwaltungen geworden sind. In seiner ausführlichen Studie zur Psychologie des Arbeitsplatzes schreibt Eric SUNDSTROM abschließend:

"There is no shortage of topics for future research, but the issues of highest priority involve the organization as a whole. Future research needs to emphasize actual work setting over the laboratory and to focus particularly on the factory" (SUNDSTROM 1986, S.403).

Zu einem ähnlichen Schluß sind auch die Teilnehmer der internationalen Konferenz "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" gekommen, die im Oktober 1985 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa in Köln veranstaltet wurde.

All die seit Jahren gesammelten Erkenntnisse aus der Psychologie menschlichen (Arbeits-) Verhaltens sind danach dringend um die Dimension der jeweiligen strukturellen und sozial-ökologischen Arbeitsbedingungen in den Betrieben zu ergänzen. Die individualisierende Betrachtungsweise der Psychologie benötigt soziologische Unterfütterung, um ein halbwegs realistisches Bild von der Arbeitswelt und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten. Offensichtlich wird diese Auffassung auch zunehmend vom Management in den Betrieben sowie von Repräsentanten der Beschäftigten geteilt. Richard HOWARD hat sich dieser Fragestellungen am Beispiel der technologischen Entwicklung und ihrer Wirkungen auf Arbeitsorganisation und Gestaltung von Arbeitsplätzen angenommen. In seiner Studie "Brave New Workplace" (HOWARD 1985) zeigt er am Beispiel vieler Interviews mit Management- und Gewerkschaftsvertretern auf, wie sich das Bewußtsein hinsichtlich der psycho-sozialen Auswirkungen technologischer Prozesse in den USA schärft. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stellt diesbezüglich eine notwendige Konsequenz der Dynamik von Industriegesellschaften dar.

2. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ARBEITSWELT

Die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - die Betonung liegt auf dem Wort "Gesundheitsförderung" - stellt einen Ansatz zur Humanisierung des Arbeitslebens dar, der erst seit relativ kurzer Zeit (ab Mitte der 70er Jahre) wissenschaftlich und öffentlich debattiert wird. Ausgangspunkt der Überlegungen war die Erkenntnis, daß die Arbeitsprozesse durch zunehmende Rationalisierung in den Fabriken und Unternehmen immer intensiver wurden. Die Folge davon ist eine Zunahme der psycho-sozialen Belastungen wie z.B. Stress, hervorgerufen durch Monotonie der Arbeitsvollzüge, isolierte Arbeitsplätze, Intensivierung des Arbeitsprozesses, Zunahme des Zeit- und Erfolgsdruckes u.a.m.

Parallel zu dieser Entwicklung ist eine erhebliche Zunahme von toxischen Substanzen zu beobachten, die während der Produktion von Gütern bzw. im handwerklichen Sektor verbraucht werden. Die körperlichen Belastungen der Beschäftigten in den entsprechenden Industrien haben auf der Ebene von karzinogenen Risiken, chronisch-degenerativen Erkrankungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (verursacht z.B. durch einseitige Haltearbeit) weiter zugenommen. Selbst die anfangs als "saubere Industrie" deklarierte Produktion von elektronischen Bauelementen hat sich inzwischen als wahre Anhäufung von toxischen Substanzen erwiesen. Zur Produktion solcher Bauelemente werden bis über 3000 unterschiedliche giftige Stoffe benötigt, wobei heute noch völlig unklar ist, welche synergetischen Effekte dabei hergestellt werden und wie diese auf den menschlichen Körper wirken. GEISER (1986) hat in einer detaillierten Analyse der Gesundheitsrisiken in der mikro-elektronischen Industrie darauf hingewiesen, daß hier offensichtlich multiple Risiko-Konstellationen zum Tragen

kommen, gegen die zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine hinreichenden Vorsorge-Maßnahmen unternommen werden (können), weil teilweise die giftigen Substanzen nicht durch ungiftige ersetzt werden können.

Sowohl die psycho-sozialen Wirkungen der immer rationeller gestalteten Arbeitswelt als auch die körperlichen Belastungen durch toxische Substanzen u.a.m. haben dazu beigetragen, daß sich Arbeitsmediziner, Gesundheitserzieher, Psychologen und Soziologen darüber Gedanken gemacht haben, wie den gesundheitsgefährdenden Auswirkungen der Arbeitswelt beizukommen sei. Anfang bis Mitte der 70er Jahre entwickelte sich eine hochwertige Diskussion über die Gestaltung der Arbeitswelt, wobei die wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaftssysteme West- und Nord-Europas das Konzept "Humanisierung der Arbeit", die nordamerikanischen Staaten Konzepte der Gesundheitsförderung entwickelten.

Der Unterschied dieser beiden Entwicklungslinien ist etwa in folgendem zu sehen:

1. Humanisierung der Arbeit (HdA) orientierte sich auf arbeitswissenschaftliche und industriesoziologische Analysen einzelner Aspekte der Arbeitswelt und entwarf Lösungsvorschläge zur menschengerechten Arbeitsorganisation und -gestaltung.
2. Gesundheitsförderung setzte an der individuellen Bewältigung von Arbeitsbelastungen, vor allem dem Stress-Management an und entwickelte therapeutisch orientierte Programme für Beschäftigte. In einem weiteren Schritt wurden gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Zigaretten-Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und mangelnde Bewegung (Fitness) als Bereiche dekla-

riert, in denen therapeutische Interventionen und kontinuierliches Verhaltens-Management erforderlich seien.

3. HôA konzentrierte seine Aktivitäten auch auf die rechtliche Absicherung verbesserter Arbeitsverfahren bzw. Arbeitsschutz-Bestimmungen und beeinflusste weitgehend die entsprechenden gesetzgeberischen Maßnahmen sowie die Tarifvertragsverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften. In den skandinavischen Ländern wurden regelrecht neue Gesetze zur Demokratisierung der Arbeitswelt verabschiedet (vgl. AGUREN & EDGREN 1980, EMERY & THORSRUD 1976, GOTTLIEB-DUTTWEILER-INSTITUT 1983).
4. Gesundheitsförderung versuchte, einzelne Unternehmen zu einer "individuellen" gesundheitsbezogenen Unternehmenspolitik zu bringen, um die Gesundheitsbelastungen und -risiken für die Beschäftigten zu reduzieren. Dabei wurden eher mittlere und obere Führungsebenen (white collar level) als Beschäftigte in der Produktion und den unteren Positionsniveaus erreicht.

Inzwischen, am Ausgang der 80er Jahre, zeigt sich - auch unter dem zunehmenden Eindruck der Veränderung von Arbeitsorganisation und -prozessen aufgrund der mikro-elektronischen Entwicklung -, daß die Komplexität des Problems "Humanisierung der Arbeitswelt" wesentlich größer geworden ist, als dies in den 70er Jahren noch für möglich gehalten wurde (vgl. z.B. OTTAWAY 1977). Einerseits nimmt der Anteil der klassischen Industrien am Beschäftigungsvolumen ab, während neue, vor allem Dienstleistungsunternehmen mit erheblich flexibleren Organisations- und Beschäftigungsformen zunehmen. Gleichzeitig ist ein relativ hohes Niveau an Massen-Ar-

beitslosigkeit erreicht, das trotz wirtschaftlicher Prosperität und ökonomischem Wachstum in verschiedenen Branchen nicht abgebaut werden kann. Die Humanisierung der Arbeitswelt steht diesen Entwicklungen ebenso machtlos gegenüber wie die Gesundheitsförderung. Beide werden aber von dem dadurch erzeugten sozialen Druck und den entsprechenden psycho-sozialen Belastungen der Menschen erheblich tangiert.

Beide, wiederum, können darauf nur unzulänglich reagieren. Weder RdA noch die Gesundheitsförderung haben die politisch-legitimatorische Kraft, den gegenwärtigen Zustand ihren Absichten entsprechend neu zu gestalten. Die politischen Grenzen der Gesundheitsförderung finden sich dort, wo (im Zweifelsfall) die ökonomische Rationalität überwiegt. Auf dem Hintergrund dieser Einschätzung der Möglichkeiten von Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt werden im folgenden die drei wesentlichen Konzepte vorgestellt, die bisher in diesem Bereich entwickelt und erprobt worden sind.

2.1 VERHALTENSPSYCHOLOGISCHE KONZEPTE

Wie bereits erwähnt, spielte zu Beginn der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt die Behandlung von Streß-Belastungen (Streß-Management) eine wichtige Rolle. Dieses Thema löste in einem gewissen Maß das seit Jahrzehnten und immer noch gültige Problem "Alkohol" ab. SHAIN et al. (1986) haben die Geschichte der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt untersucht und kommen zu dem Schluß:

"In any event, it was in the context of Industrial Alcoholism Programs (IAPs) as they evolved that standards for the official management of employees with alcohol problems emerged. The eventual insistence that case finding be carried out on the basis of

deteriorating job performance rather than in relation to the identifier's idiosyncratic concept of alcoholism was a major step forward in professionalizing the management of alcoholism. It was accompanied by a recognition that supervisors and managers would need to be trained in documentation, warnings, and the whole process of constructive confrontation" (SHAIN et al. 1986, S. 15).

Alkoholismus-Programme sind als Ausgangspunkt für weitergehende Programme zur Behandlung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen bei Arbeitnehmern anzusehen. Diese Programme, die als "Employee Assistance Programs (EAPs)" bekannt wurden, nehmen nach SHAIN et al. (1986) inzwischen einen breiten Raum in der Arbeitswelt ein. Sie umfassen praktisch alle möglichen, als gesundheitsgefährdend interpretierte Verhaltensweisen von Menschen (Rauchen, Alkohol-Konsum, Schlafstörungen, Kommunikationsstile, Ehebeziehungen, Verhältnis zu Kindern, Eßverhalten, Streß-Bewältigung u.a.m.). In vielen nord-amerikanischen Unternehmen existieren eigene EAPs, die man als psycho-soziale Betreuungseinrichtungen für die Beschäftigten bezeichnen kann. Häufig stehen diese Programme auch den Familienangehörigen offen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in ihnen auch Familien- und Eheberatung angeboten werden.

Aufgrund der ausführlichen Analyse von EAPs kommen SHAIN et al. aber zu der Überzeugung, daß das verhaltenspsychologische Konzept der EAPs zu kurz greift:

1. The individual intervention approach holds individuals responsible for their health while downplaying environmental sources of disease, thereby blaming individuals for sources of illness that are presently beyond their control.
2. Following this, the approach encourages a myopic self-centered view of disease and health, deflecting attention away from the possibility of collective political and social action in health-related issues.
3. The approach is strongly middle-class-biased with little attention paid to the concerns and realities of those who are not.

4. The approach focuses exclusively on the individual, as opposed to any social special interest groups" (SHAIN et al. 1986, S.48).

EAPs sind nach Auffassung von SHAIN et al. nur dann zweckmäßig und effektiv, wenn sie im Rahmen eines umfassenden Konzeptes von Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt eingebunden werden. Solche Ansätze sind nach ihrer Kenntnis aber im nord-amerikanischen Raum nur sehr selten anzutreffen. Da auch das System des betrieblichen Arbeitsschutzes, wie wir es in der Bundesrepublik Deutschland oder etwa den skandinavischen Ländern kennen, sehr unterentwickelt ist (vgl. hierzu den Sammelband von LEVY & WEGMAN 1983), bestehen erhebliche Schwierigkeiten, der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, d.h. der Kombination von verhaltens- und organisationsbezogenen, gesundheitsfördernden Maßnahmen, zum Durchbruch zu verhelfen.

Dies wird auch noch einmal in der von EVERLY & FELDMAN (1985) herausgegebenen Studie "Occupational Health Promotion" deutlich. Als typisches Gesundheitsförderungsprogramm wird hier, im Vorwort, folgende Auflistung gegeben:

- "- Smoking cessation
- Hypertension detection and control
- Nutrition
- Weight control
- Exercise/fitness
- Stress management
- Employee assistance programs"

(EVERLY & FELDMAN 1985, S. XIV). Auf den über 300 Seiten dieser Studie wird nur an einer Stelle darüber gesprochen, daß Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auch mit den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation zu tun haben. Dies geschieht im abschließenden Kapitel über "Future Directions in Occupational Health Promotion" und liest sich wie folgt:

"Personal health behavior is due to a complex set of factors and individuals are not to blame for their unhealthy life-styles. In addition, health professionals involved in work settings need to be especially aware of work hazards in order to ensure that employees work in a safe and healthy environment. For example, a smoking cessation program for asbestos workers would have minimum impact if at the same time exposure to asbestos fibers were not reduced to a safe level" (EVERLY & FELDMAN 1985, S. 301).

Wie angesichts dieser, wohl als normal zu interpretierenden Situation in der Arbeitswelt umgegangen werden kann, was Gesundheitsförderung mehr tun kann als nur verhaltenspsychologisch ausgerichtete Therapie, welche Formen der Kooperation mit anderen Diensten und Einrichtungen, wie die Beteiligung der Beschäftigten organisiert werden kann usw. - all dies, was zumindest in der europäischen Diskussion zum Standard gehört, scheint sich im nordamerikanischen Raum sehr viel langsamer und mit erheblicher Zeitverzögerung zu entwickeln. Bezeichnend für den gegenwärtigen Stand der Diskussion ist auch das Themenheft "Health Promotion at the Workplace", No 2/1987 der Zeitschrift "Health Education Quarterly", in dem von einigen Autoren erstmals intensiver über den Zusammenhang von individueller und struktureller Gesundheitsförderung nachgedacht wird (DAVIS, JACKSON et al. 1987, ROMAN & BLUM 1987, SLOAN 1987). Als ein wichtiger Grund für die verhaltenstheoretisch ausgerichtete Bearbeitung des Themas in Nord-Amerika wird von SLOAN (1987) die Tatsache angesehen, daß die Struktur der Arbeitswelt im Hinblick auf Arbeitssicherheits- und Betriebsverfassungsgesetze sich fundamental von der Situation in West-Europa und vor allem Skandinavien unterscheidet. Programme wie HdA sind in Nord-Amerika gegenwärtig nur vereinzelt zu beobachten. Mitbestimmung im Betrieb und damit auch bezüglich Arbeitsschutz und Gesundheit ist praktisch unbekannt (vgl. dazu MERGLER 1987, die dies im Kontext von Gesundheitsforschung und -förderung am Beispiel Kanadas und der USA darstellt). Daß sich Überlegungen in

diese Richtung erst seit kurzem auf der Ebene des Top-Management und einiger weniger Gewerkschaftsführer ansiedeln - wie in Kapitel 1 beschrieben -, während sie in der wissenschaftlichen Diskussion noch weitgehend zurückhaltend bearbeitet werden, verweist nach SLOAN (1987) auch auf die Stärke des verhaltenspsychologisch-biomedizinischen Paradigmas in der nord-amerikanischen Gesundheitsforschung. Im Anschluß an die Neuorientierung der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa ist diesem Paradigma hierzulande inzwischen nur noch ein begrenzter Stellenwert zuerkannt, während sozial-strukturelle und -ökologische Konzepte stärkere Bedeutung erhalten.

2.2 INDUSTRIESOCIOLOGISCHE KONZEPTE

Der Zusammenhang Arbeitswelt und Gesundheit ist in einigen europäischen Ländern immer auch unter dem Blickwinkel industrie- und arbeitssoziologischer Argumentationen gesehen worden. Besonders die skandinavischen Modelle der Arbeitsreform, die eine vollständige Einbindung der Beschäftigten bzw. ihrer Repräsentanten in die Gestaltung von Arbeitsplätzen und -prozessen ermöglicht haben, thematisieren Gesundheit immer auch im Kontext von Arbeitsbedingungen und -organisation. In der Bundesrepublik Deutschland ist dies zu einem großen Teil im Rahmen von HdA-Projekten geschehen und - wie neuerdings zu hören ist - soll das Thema zukünftig verstärkt bearbeitet werden, wenn gefordert wird,

- "- die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Gesundheit interdisziplinär auf einer breiten methodischen Grundlage zu untersuchen sowie Indikatoren und eine betriebliche Epidemiologie zu entwickeln,

- unter Berücksichtigung der betrieblichen Umsetzungsbedingungen praxisnahe Lösungen für einen betrieblichen Gesundheitsschutz zu entwickeln, die Arbeitgeber, Betriebsräte, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte in ihren Aufgaben unterstützen" (BUNDESANZEIGER 1985, S.734).

Es geht also um den Schutz der Gesundheit durch Abbau von Belastungen, die menschengerechte Anwendung neuer Technologien und um Hilfen bei der Überwindung von Umsetzungsschwierigkeiten wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Humanisierung des Arbeitslebens in die betriebliche Praxis.

Auch wenn das Wort "Gesundheitsförderung" in dieser Veröffentlichung nicht fällt, wird deutlich, daß Fragen des Gesundheitsschutzes, wie es hier heißt, im Zusammenhang mit Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzgestaltung gesehen werden. Damit wird ein deutlich anderer Akzent als der verhaltenspsychologische gesetzt.

Die Sicherung und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten wird als Aufgabe der Arbeitsorganisation betrachtet, d.h. indem menschengerechte Arbeitsbedingungen gestaltet werden, wird ein Rahmen geschaffen, innerhalb dessen gesundheitsförderndes Verhalten und Handeln erst möglich wird.

Die Diskussion über Formen und Wege der Schaffung humaner Arbeitsverhältnisse ist dabei von technik-soziologischen Arbeiten über die Auswirkungen neuer Technologien auf die Arbeitsorganisation und -gestaltung geprägt worden (vgl. z.B. ALEMANN & SCHATZ 1986, BAMME et al. 1983, NOBLE 1984). Eine neue Struktur der "Mensch-Maschine-Beziehung", wie BAMME et al. schreiben, sei angesichts des zunehmenden Einsatzes der Mikro-Elektronik in praktisch allen Arbeitsbereichen erforderlich:

"So wie der Körper oft als Maschine erscheint, wird auch die künstliche Maschine als reiner Körper (miß-)verstanden. Alle geistigen Prozesse, die in ihre Entstehung eingehen, sind in dieser Vorstellung gelöst.

Es ist wichtig, sich klarzumachen, daß die Identität zwischen Mensch und Maschine nicht auf der körperlichen Ebene liegt - gerade da besteht vor allem Ungleichheit -, sondern auf der geistigen.

Die Maschine ist zunächst ein abstraktes (Denk-)Modell - nur im Kopf vorhanden -, das materialisiert werden, das heißt, körperliche Gestalt annehmen kann, nicht muß. Umgekehrt hat die menschliche Identität, auch in ihren geistigen Anteilen, ihren wesentlichen Ursprung in der Körperlichkeit des Menschen. Nur die sehr radikale Abstraktion von dieser Körperlichkeit macht es möglich, ein abstraktes Maschinenmodell zu konstruieren. Daß diese Abstraktion nun wieder zu einem Körper materialisiert werden kann, ist nur der sekundäre Schritt.

Diese Denkweise, die Abstraktion vom lebendigen Körper des Menschen, macht die Identität zwischen Mensch und Maschine aus. Diese Identität ist real, keine Analogie, und sie ist vor allem eine geistige und keine körperliche" (BAMME et al. 1983, S.106).

Mensch und Maschine, d.h. der Mensch an seinem Arbeitsplatz, denn dieser ist ja immer auch von Maschinen bestimmt, sind nach diesen Überlegungen nicht etwa ein Ensemble körperlicher Art, sondern eine Beziehungsstruktur, die sich aus der gedanklichen, geistigen Konstruktion für die Arbeitswelt ergibt. Die Gesundheit des arbeitenden Menschen ist demzufolge eine Frage der gedanklichen Konstruktion der Arbeitswelt und -organisation- nicht aber ins Belieben des je individuellen Verhaltens am Arbeitsplatz gestellt.

Wenn diese Überlegung zutrifft - und andere Studien belegen das Argument (vgl. z.B. ALTMANN, BECHTLE & LUTZ 1978, FRIEDRICHS & SCHAFF 1982, GRZYB 1981, MICKLER, DITTRICH & NEUMANN 1976) - dann handelt die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt von einem höchst komplexen und komplizierten Thema: sie ist auf die sozialpsychologische Normierung und Beziehung von Menschen in Bezug zu ihren Arbeitstätigkeiten gerichtet, wobei jene Beziehungen nicht etwa klar definiert sind, sondern den jeweils subjektiven Inter-

pretationen innerhalb des bestehenden sozialen Systems unterliegen; diese Interpretationen sind andererseits abhängig von der institutionell dargebotenen Bedeutungsvielfalt hinsichtlich der jeweiligen Arbeitsaufgaben und ihrer organisatorischen Absicherungen. Gesundheit in der Arbeitswelt bedeutet demnach die volle Bandbreite der im 1. Kapitel für möglich erachteten Dimensionen des Gesundheitsbegriffs: sie kann relational sein, indem sie nur in Bezug zu den Arbeitskollegen und den Arbeitsbedingungen gesehen wird; sie kann prozessural sein, indem sie als mittel- und langfristiger Entwicklungsschritt begriffen wird; sie kann funktional sein, indem sie als sanktionierte Aufforderung zur Verhaltensänderung interpretiert wird.

Ganz gleich, welche dieser Interpretationen favorisiert wird, steht zu befürchten, daß Gesundheitsförderung auf der verhaltenspsychologischen Ebene nur in dem Maße begrenzte Wirkung zeigt, wie der einzelne Beschäftigte selbst seine Situation als zwangsläufig, d.h. nicht subjektiv veränderbar ansieht. Denn die Erkenntnis der prinzipiellen Veränderbarkeit der Arbeitssituation schließt gleichzeitig die Perspektive ein, daß über die je individuellen Bemühungen zum sozialen Wandel auch die institutionellen Anstrengungen hinzuzukommen haben.

Ihren pragmatischen Ausdruck finden diese Überlegungen einerseits in den Forderungen nach Partizipation bzw. Beteiligung der Beschäftigten an der Planung, Durchführung und Auswertung von Gesundheitsförderungsprogrammen - wie sie beispielsweise in der Ottawa-Charta der WHO erhoben werden (WHO-EURO 1987); andererseits werden sie von arbeitsorganisatorischen Modellen wie den (teil-)autonomen bzw. homogenen Arbeitsgruppen aufgegriffen (vgl. GOTT-

LIEB DUTTWEILER INSTITUT 1983, S.113 ff.). Diese Gruppen verfügen über einen erweiterten Entscheidungs- und Handlungsspielraum bei der Gestaltung ihrer Arbeitsorganisation und -prozesse und sind dementsprechend stärker an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Beschäftigten orientiert als herkömmliche Formen der Arbeitsorganisation. Die Integration von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in diese Form der Arbeitsgestaltung wird erleichtert, weil die Beschäftigten sich intensiver um die Struktur ihrer Arbeitsplätze kümmern:

"... a production process with a technology that demands the exercise of skill simultaneously grants workers a measure of control over the production process and gives them a work-based reason to form the groups and develop cultures centred around the maintenance and extension of their control. Workers in such a process simply find that their job gives them a lot of reasons to talk to each other about the work. To put it another way, their involvement in work leads them to become involved with one another" (GRZYB 1981, S. 467).

Dieses Engagement (involvement) für die Arbeit und die Arbeitskollegen stellt eine zentrale Voraussetzung für die Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen dar. Es handelt sich nicht um eine rein (motivations-) psychologische Frage - etwa dergestalt, daß man die Beschäftigten einfach zu motivieren habe (wobei unter "motivieren" häufig "überzeugen" verstanden wird), damit sie an Gesundheitsmaßnahmen teilnehmen, sondern es geht dabei um eine strukturelle Voraussetzung, die in der Arbeitsorganisation enthalten sein muß. Es handelt sich um eine fundamentale Rahmenbedingung der Arbeitsorganisation, die nach diesem Verständnis das Engagement der Beschäftigten ermöglicht und fördert. In Schweden ist deshalb die Arbeitsorganisation in vielen Bereichen entsprechend gestaltet worden (vgl. AGUREN et al. 1976, LINDHOLM 1975). Vergleichbare Erfahrungen gibt es in Italien (vgl. BRIZZIARELLI 1987).

2.3 ZUM ÖKOLOGISCHEN ANSATZ DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT

In Erweiterung der bisher skizzierten Ansätze sind sozial-ökologische Modelle der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zu sehen. Im folgenden soll auf zwei Aspekte näher eingegangen werden: (1) Was ist in diesem Kontext unter Sozial-Ökologie zu verstehen? Und (2) wie steht dieses Konzept in Beziehung zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt?

Zu (1): Die Entwicklung der Humanwissenschaften hat in der letzten Zeit vermehrt ökologische Fragestellungen aufgegriffen. Das Personen-Umwelt-Verhältnis spielt beispielsweise bei Fragen der Stress-Bewältigung eine zentrale Rolle (ANTONOVSKY 1979, FRESE 1986). Stimuliert wurden diese Ansätze durch die Forschungsergebnisse der ökologischen Psychologie (vgl. BARKER 1968) und ihr zentrales Konzept "behavior setting", das man als Verhaltensraum übersetzen kann. Rudolf MOOS faßt die Charakteristika von "behavior settings" wie folgt zusammen:

1. "... behavior settings have one or more standing patterns of behavior. These patterns of behavior are not the behavior of individuals, but of people en masse."
2. "... behavior settings (...) involve not just behavior but also a milieu that is physical and may include man-made objects such as buildings, streets, or chairs."
3. "...the physical milieu surrounds or encloses the behavior."
4. "... the standing patterns of behavior in the setting are similar in structure to the milieu. That is, the physical and temporal aspects of the setting, and the standing patterns of behavior in the setting are interdependent" (MOOS 1976, S. 215 f.)

Der Arbeitsplatz kann demnach als Verhaltensraum aufgefaßt werden, in dem bestimmte Verhaltensmuster Gültigkeit beanspruchen, deren Umfang und Qualität direkt mit der Struktur des Arbeits-

platzes in Verbindung stehen. Mit anderen Worten: Je ungesünder die Struktur des Arbeitsplatzes desto gesundheitsgefährdender auch das Verhalten der Menschen. Entscheidend ist, daß das Verhalten nicht individuell, quasi-unabhängig von den Raumstrukturen beeinflußt oder verändert werden kann. Das "Milieu" präformiert das jeweilige Verhalten und läßt nur relativ geringe Variationsmöglichkeiten zu.

In Ergänzung zum "behavior setting"-Konzept der ökologischen Psychologie kann BRONFENBRENNERS Ökologie der menschlichen Entwicklung betrachtet werden. Er schreibt:

"The ecology of human development is the scientific study of the progressive, mutual accommodation, throughout the life span, between a growing human organism and the changing immediate environments in which it lives, as this process is affected by relations obtaining within and between these immediate settings, as well as the larger social contexts, both formal and informal, in which the settings are embedded (...) The ecological environment is conceived topologically as a nested arrangement of structures, each contained within the next" (BRONFENBRENNER 1977, S. 514).

Menschliche Entwicklungsprozesse werden im Kontext unterschiedlicher Umweltstrukturen durchlaufen, die in seiner Sicht ineinander (im Sinne der russischen Holzpuppen) verschränkt sind und selbst ständigen Wandlungsprozessen unterliegen. BRONFENBRENNER unterscheidet 4 System-Ebenen von Umwelt:

1. A microsystem is the complex of relations between the developing person and environment in an immediate setting containing that person (e.g., home, school, workplace, etc.). A setting is defined as a place with particular physical features in which the participants engage in particular activities in particular roles (e.g., daughter, parent, teacher, employee, etc.) for particular periods of time (...)
2. A mesosystem comprises the interrelations among major settings containing the developing person at a particular point in his or her life (...)
3. An exosystem is an extension of the mesosystem embracing other specific social structures, both formal and informal, that do not themselves contain the developing person but im-

pinche upon or encompass the immediate settings in which that person is found, and thereby influence, delimit, or even determine what goes on there (...)

4. A macrosystem refers to the overarching institutional patterns of the culture or subculture, such as the economic, social, educational, legal, and political systems, of which micro-, meso-, and exosystems are the concrete manifestations" (BRONFENBRENNER 1977, S. 514 f.).

Nimmt man diese Kategorisierung von Umwelt als Analysemodell für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, kommt man zu folgenden Ergebnissen: Der Arbeitsplatz als Mikro-System stellt einen Verhaltensraum dar, in dem die Person für eine definierte Zeit an der Bewältigung bestimmter Aufgaben involviert ist. Dabei sind ihre Handlungen entsprechend der Rollen des Verhaltensraumes vorstrukturiert. Der Arbeitsplatz selbst ist Bestandteil der Arbeits- und Betriebsorganisation, die wiederum von anderen sozialen Institutionen (z.B. Rechtssprechung, Gesundheitswesen) vorgeformt wird. Die wechselseitigen Interdependenzen der verschiedenen System-Ebenen sowie der dort handelnden Personen erfordern komplexe Strategien zu ihrer Beeinflussung. Das heißt: Gesundheitsförderung als organisierter Prozeß sozialen Wandels, wie er von der WHO aufgefaßt wird, kann sich nicht allein auf die Verhaltensebene oder nur die strukturelle Ebene beziehen, sondern muß die unterschiedlichen System-Ebenen aufgreifen, damit den festgestellten Interdependenzen auch praktisch Rechnung getragen wird.

Zu 2.: Konkret läuft der ökologische Ansatz der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auf eine Integration unterschiedlicher Strategien hinaus, wobei in jedem Einzelfall auf den entsprechenden System-Ebenen zu definieren ist, welche strukturellen und pragmatischen Anteile im Rahmen eines Programms zur Disposition stehen. Wir haben dies in unseren Planungshinweisen umzusetzen versucht. Dasselbe Verfahren muß dann sukzessive für jede konkre-

te Maßnahme eines Programms durchlaufen werden.

Doch noch einmal zurück zum Mikro-System "Arbeitsplatz". Nach BRONFENBRENNER sind die dort angesiedelten Interaktionsstrukturen von definierten Rollen bzw. Rollen-Systemen geprägt. Rollen sind gekennzeichnet durch Verhaltenserwartungen, die in sprachlicher und nicht-sprachlicher Form an die jeweiligen Rollen-Träger gerichtet sind, und die mit bestimmten Sanktionen versehen sind. Untereinander verständigen sich die Rollen-Träger ebenfalls über normative Erwartungen. Das heißt: Die Rollenerwartungen präformieren die jeweilige Interaktion, bestimmen sie aber nicht im Detail. Jeder einzelne muß eigene Interpretations- und Verhaltensleistungen ("Ich-Leistungen") einbringen, damit die Interaktion zwischen den Rollen-Trägern überhaupt in Gang kommt.

Gesundheitsförderungsprogramme stellen auf ihrer pragmatischen Ebene nun nichts anderes dar als mehr oder weniger komplexe Systeme von Verhaltenserwartungen an Rollen-Träger. Diese Erwartungen können nicht so formuliert sein, daß den jeweiligen Personen kein Interpretationsspielraum mehr bleibt, d.h. sie werden nur dann verhaltensmäßig erfüllt werden können, wenn die angesprochenen Personen die Möglichkeit zum Einbringen von "Ich-Leistungen" haben. Die Forderung nach Partizipation der Beteiligten ist also nicht nur eine strategische Frage der Programm-Planung, -Durchführung und -Auswertung, sondern eine ganz grundsätzliche menschlicher Interaktion.

Auf dem jetzt entfalteteten Argumentationshintergrund läßt sich erneut als Grundmodell der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt das Arbeitsweisen-Konzept diskutieren, das im Anschluß an das Lebensweisen-Konzept der Weltgesundheitsorganisation (vgl. WENZEL

1983) entwickelt wurde.

Man kann von allgemeinen, aber berufsspezifischen Qualifikationen sprechen, deren Spezifizierung auf bestimmte Tätigkeiten hin jeweils anforderungsbedingt erfolgt. Das heißt: Es handelt sich um allgemeine Handlungsmuster, die anforderungsspezifisch mit speziellen Verhaltensmustern aufgefüllt werden. Man kennt also bestimmte technische Verfahren und ihre Anwendungsmöglichkeiten; in der konkreten Arbeitssituation wird nun erwartet, daß man diese Kenntnisse und Erfahrungen auf eine konkrete Problemstellung hin anwendet, abwandelt oder auch neu zusammenstellt. Als Begriff für diese allgemeinen Handlungsmuster wollen wir "Arbeitsweisen" einführen. Dabei unterscheiden wir zwischen individuellen und kollektiven Arbeitsweisen, um deutlich zu machen, daß das Subjekt nicht nur als Individuum, sondern auch als Mitglied von sozialen Gruppen zu sehen ist.

Unter individuellen Arbeitsweisen verstehen wir die beruflichen und positionsbezogenen Handlungsmuster einer Person, mit der sie den tätigkeitsspezifischen und arbeitsplatz-bezogenen Erwartungen an ihre Leistungsfähigkeit zu entsprechen versucht. Individuelle Arbeitsweisen werden also subjektiv entwickelt als Handlungspotentiale und konkrete Verhaltensweisen; sie werden subjekt-unabhängig, organisationsbezogen als Verhaltenserwartungen an das Individuum formuliert in Form von Arbeitsanforderungen und über die Gestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsprozesses insgesamt. In den individuellen Arbeitsweisen bringt die Person ihre Kompetenz zur Teilhabe am Arbeitsprozeß pragmatisch zum Ausdruck.

Auf der Ebene der individuellen Arbeitsweisen sind also die (so-

zial-) psychologischen Kompetenzen sowie die beruflichen Qualifikationen/Erfahrungen einer Person angesiedelt. Gleichzeitig werden in die individuellen Arbeitsweisen die subjektiven Umgangs- und Bewältigungsstrategien im Hinblick auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden eingebunden. Individuelle Arbeitsweisen repräsentieren die subjektive Kompetenz, d.h. nicht in jedem Fall das konkrete Verhalten, die eine Person im Laufe ihrer biographischen Entwicklung ausgeformt hat, um in der Arbeitswelt als Inhaber einer beruflichen Position fungieren zu können.

Individuelle Arbeitsweisen stellen also ein komplexes Gebilde von einander beeinflussenden Variablen dar, deren gezielte Veränderung nur dann gelingen kann, wenn ihre jeweiligen Abhängigkeiten untereinander untersucht sind und von dem Gesundheitsförderungsprogrammen in Rechnung gestellt werden. Eine rein verhaltensbezogene Maßnahme, die ein oder zwei Segmente aus den individuellen Arbeitsweisen herausgreift, ohne die übrigen Bereiche im Auge zu behalten, wird - wie sich gezeigt hat - langfristig kaum erfolgreich sein.

Unter kollektiven Arbeitsweisen verstehen wir sozial, kulturell, historisch, technologisch, politisch und ökonomisch entwickelte Handlungsmuster, die berufsspezifisch ausgeprägt sind und dem Berufsinhaber im Rahmen seiner Ausbildung und der ersten Jahre der beruflichen Tätigkeit vermittelt werden. Sie stellen ein Reservoir an geteilten normativen Erwartungen und Orientierungen der eigenen und anderer Berufsgruppen gegenüber dar. In den kollektiven Arbeitsweisen gewinnt die Person ihre über die eigentliche Tätigkeit hinausgehende beruflich-soziale Identität, die sie zu sozialen Beziehungen zu den Kollegen und damit zu gemeinsamem Handeln befähigt. Auf der Ebene der kollektiven Arbeitsweisen

werden die Vorstellungen und Erwartungen an die, auch gesundheitliche, Qualität von Arbeitsbedingungen und -verhältnissen entwickelt und angesiedelt, während der konkrete Umgang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen eine Frage der individuellen Arbeitsweisen ist.

Individuelle Arbeitsweisen sind im Mikro-System "Arbeitsplatz", kollektive Arbeitsweisen im Meso-System "Arbeits- und Betriebsorganisation" angesiedelt. Damit wird klar, daß die Entwicklung gesundheitsfördernder Arbeitsweisen nicht allein eine Frage der Gestaltung des einzelnen Arbeitsplatzes sein kann, sondern auch die Arbeits- und Betriebsorganisation umfaßt.

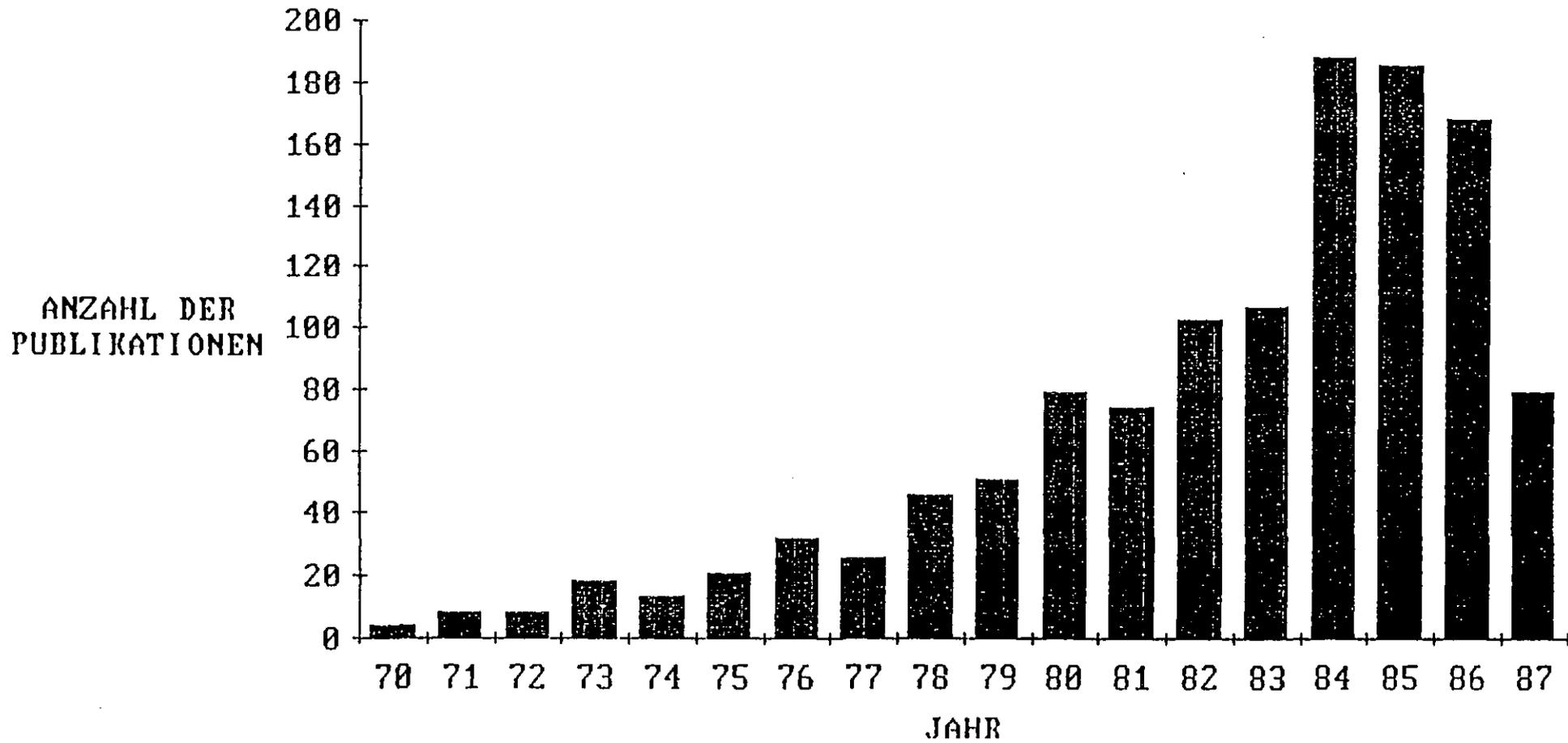
3. KONSEQUENZEN AUS DER PROJEKTARBEIT

Das Projekt hat in mehrfacher Hinsicht einen überraschenden Verlauf genommen:

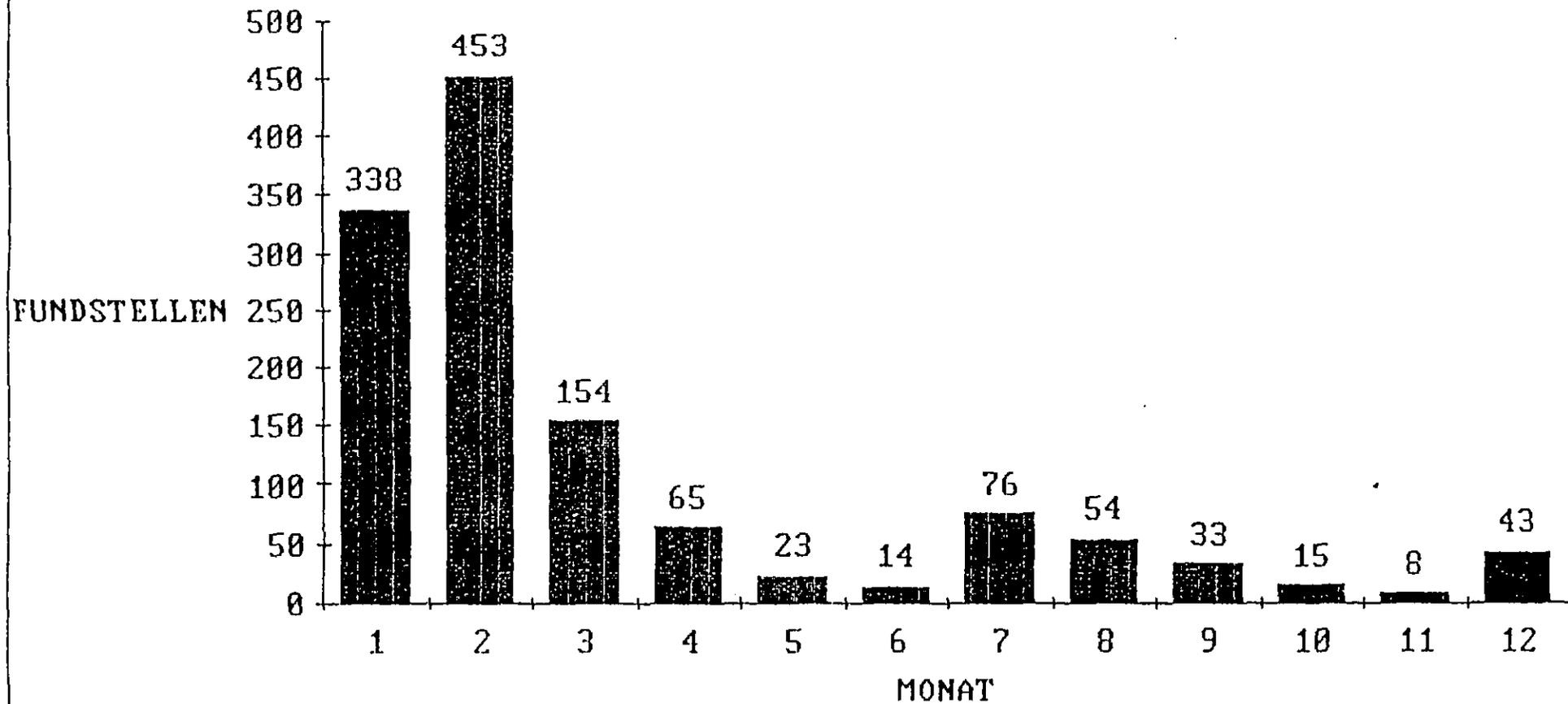
- Der Aufbau der Literatur-Datenbank - und damit die Zusammenstellung wissenschaftlicher Publikationen zum Thema Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - hat wesentlich mehr Zeit und Eigenleistungen erfordert, als ursprünglich angenommen werden konnte. Der nunmehr vorgelegte Datenumfang ist andererseits geringer als erwartet, obwohl im Laufe der Projektarbeit die ausgewerteten Zeitschriften kontinuierlich zugenommen haben. Die auf den folgenden Seiten dargestellten Grafiken geben einen Eindruck von der formalen Struktur der Datenbank sowie von den Recherche-Ergebnissen. Es wird deutlich, daß die Datenbank künftig im wesentlichen aktualisiert werden muß. Ältere Publikationen werden aller Voraussicht nach nur noch in Einzelfällen anfallen.

- Die Entwicklung der Planungshinweise konnte unter den gegebenen Bedingungen des Arbeitsschutzsystems in der Bundesrepublik Deutschland zunächst einmal nur in relativ starker Anlehnung an die bestehenden Strukturen und gesetzlichen Verordnungen erfolgen. Diese sind für einen ersten Schritt zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt hilfreiche Stützen. Die nicht absehbare Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung hat es geboten erscheinen lassen, die Planungshinweise als "offenes System" zu konzipieren, in das sukzessive weitere Elemente integriert werden können, sobald ihre Tauglichkeit erprobt worden ist und Anregungen aus der betrieblichen Praxis vorliegen.

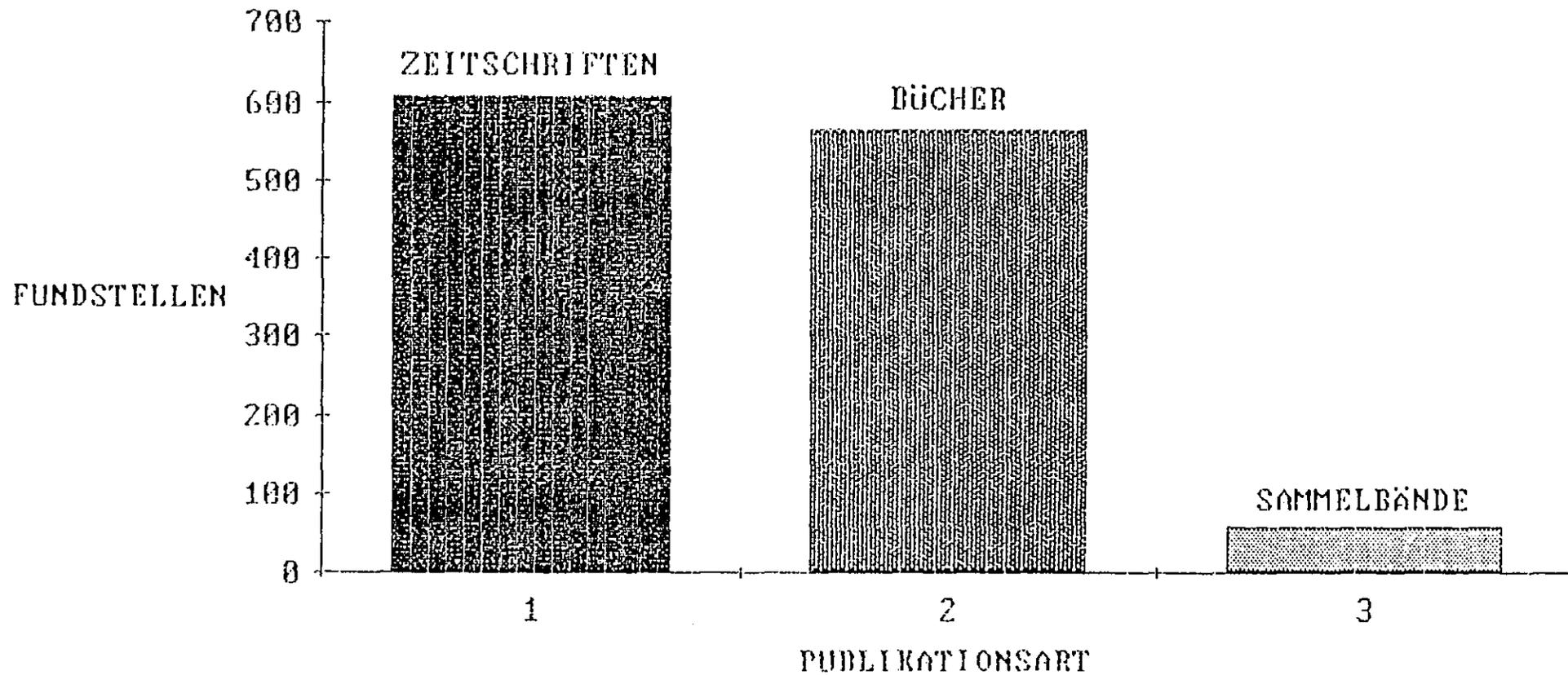
LITERATUR-DATENBANK
"GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER
ARBEITSWELT"
PUBLIKATIONEN PRO JAHR AB 1970



LITERATUR-DATENBANK
"GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER
ARBEITSWELT"
MENGE DER FUNDSTELLEN PRO MONAT IM
PROJEKT-ZEITRAUM 12/1986-11/1987



LITERATUR-DATENBANK
"GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER
ARBEITSWELT"
VERTEILUNG DER FUNDSTELLEN AUF BÜCHER,
ZEITSCHRIFTEN UND AUFSÄTZE AUS
SAMMELBÄNDEN



- Die Analyse des wissenschaftlichen Standes zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt gestaltete sich wesentlich schwieriger als erwartet. Die veröffentlichten Studien stellen zu einem erheblichen Teil konzeptionelle Arbeiten statt, deren empirische Erprobung noch aussteht. Wissenschaftliche Projektberichte kreisen andererseits nicht direkt um das Thema Gesundheitsförderung, sondern sind bestenfalls im Rahmen von HcA-Projekten entstanden. Es gibt praktisch noch keine empirische Literatur zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, da komplexe Projekte erst in ihren Anfängen stecken. Diese Situation wird sich aber vermutlich in den kommenden Jahren erheblich ändern. Das Erfahrungswissen zum Thema wird zunehmen, die wissenschaftliche Konsistenz der Modelle und Strategien demzufolge auch.

- Die konzeptionelle Orientierung der Gesundheitsförderung im allgemeinen und der betrieblichen Gesundheitsförderung im besonderen richtet sich verstärkt auf komplexe, sozial-ökologische Modelle, deren integrative Kraft und Funktion besonders im Vergleich zu herkömmlichen, verhaltenspsychologischen Ansätzen hervorgehoben wird. Diese Modelle haben in ihrem gegenwärtigen Entwicklungsstand noch den Nachteil, daß sie praktisch kaum erprobt sind. Sie gewinnen ihre Attraktivität im Moment noch wegen ihres analytischen Erklärungswertes und ihrer konzeptionellen Systematisierung des Gegenstandsbereiches.

Nach 12-monatiger Bearbeitungszeit des Projektes sind im Grunde jetzt mehr Fragen gestellt bzw. offen, als wir beantworten können. Das Thema wird, je intensiver man sich ihm widmet, umso differenzierter - und es entzieht sich einfachen Antworten. Wenn wir zum jetzigen Zeitpunkt auf einige Folgerungen aus der Projektar-

beit für künftige Aktivitäten eingehen, dann tun wir das unter 2 unterschiedlichen, sich gleichwohl ergänzenden Gesichtspunkten:

- Bisher stellt Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt die Ausnahme betrieblicher Realität dar. Wie kann das Feld zukünftig aufgeschlüsselt werden?
- Gesundheitsförderung wird häufig als "Spezial-Veranstaltung" der professionellen Helfer-Berufe angesehen. Welche Möglichkeiten gibt, Gesundheitsförderung als Prinzip der Praxis in der Arbeitswelt zu verdeutlichen?

3.1 "WARMING UP" ODER: DIE AUFSCHLÜSSELUNG DES FELDES

Wenn Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auf breiter Ebene eingeführt werden soll, muß man sich Gedanken darüber machen, wie man dies den Unternehmen, dem öffentlichen Dienst, den Tarifvertragsparteien und den Beschäftigten plausibel machen kann. Wir können gegenwärtig beobachten, wie Betriebs- und Innungskrankenkassen auf ihrer Ebene versuchen, die betriebliche Gesundheitsförderung ihrer Klientel nahezu legen. Damit ist ein erster Schritt getan, das Feld von kompetenter Seite auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorzubereiten. Aufgrund vieler Gespräche wissen wir, daß die Krankenkassen für diese Aufgabe einen erheblichen Beratungsbedarf haben. Dieser Bedarf kann durch die Bereitstellung von Informationen und kontinuierlich weiterzuentwickelnder Planungshinweise zunächst einmal gedeckt werden. Darüber hinaus sollten aber auch konkrete Projekte der Krankenkassen unterstützt werden, um praktisch aufzeigen zu können, wie Gesund-

heitsförderung in der Arbeitswelt umgesetzt werden kann. Solche Modell- oder Pilot-Projekte haben eine Art Vorbild-Funktion; sie können andere Unternehmen dazu veranlassen, in ihrem Bereich selbst aktiv zu werden.

Die Tarifvertragsparteien stellen ganz gewiß die Schlüsselgruppe für die Gesundheitsförderung dar. Gegenwärtig läßt sich beobachten, wie sie sich mehr und mehr dem Thema öffnen. Es ist allerdings die Frage, ob sie angesichts der schwierigen Arbeitsmarktsituation die Kraft finden, das Thema auch weiterhin konsequent zu bearbeiten. Zur Unterstützung ihrer Aktivitäten ist sicherlich eine öffentliche Diskussion über Gesundheitsförderung hilfreich, deren Ziel darin bestehen sollte, eine breite Informationsbasis über alle Aspekte der Gesundheitsförderung zu schaffen.

Schließlich gehört die Diskussion über Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auch in den politischen Raum. Parlamente, Ministerien, politische Parteien sowie andere gesellschaftlichen Gruppen sind wichtige Funktionsträger eines demokratischen Systems, die für die Gesundheitsförderung interessiert werden müssen. Dabei sollten vor allem auch ethische Probleme der Gesundheitsförderung angesprochen und debattiert werden. Dies ist ein Themenbereich, der seit kurzem an Bedeutung gewinnt (vgl. ALLEGRANTE & SLOAN 1986, ROMAN & BLUM 1987, WARNER 1987).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann zur Aufschlüsselung des Feldes entsprechende Informationsunterlagen bereitstellen und die Organisation von Tagungen unterstützen, die sich dem Thema widmen und zur Aufklärung über die betriebliche Gesundheitsförderung beitragen.

3.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS PRINZIP DER ARBEITSWELT

Wenn man das Konzept Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zude denkt, kommt man wohl kaum um die Einsicht herum, daß es sich dabei weniger um eine einmalig durchzuführende Aktion handeln kann, als um ein Gestaltungsprinzip der Arbeitswelt insgesamt, das in einer Fülle konkreter Maßnahmen immer wieder realisiert werden muß. Gesundheitsförderung ist ein kontinuierlicher Prozeß. Sie ist etwas Prinzipielles und zugleich aber auch immer eine konkrete Maßnahme bzw. ein Maßnahmen-Bündel.

Dieses Charakteristikum macht es gelegentlich schwierig verständlich zu machen, was Gesundheitsförderung in der betrieblichen Praxis bedeuten kann. Häufig kann man die Meinung hören, daß mit einem Alkohol- oder Raucher-Entwöhnungsprogramm der Gesundheitsförderung genüge getan sei. Oder es wird andersherum die Auffassung vertreten, daß man Gesundheitsförderung nicht brauche, da es ja Arbeitssicherheitsgesetze und betriebsärztliche Dienste gäbe, die praktisch all das erfassen, was im Betrieb gesundheitsbezogen geregelt werden müsse.

In jüngster Zeit haben sich Projekte entwickelt, in denen diesem Verständnis gegenüber die Erkenntnis zum Ausdruck kommt, daß nur in der schrittweisen, unter Beteiligung der Beschäftigten durchzuführenden Neugestaltung der Arbeitsorganisation und der, wie wir sagen würden, Arbeitsweisen eine Arbeitswelt geschaffen wird, die das Ausmaß der Gesundheitsgefährdungen (auch im psycho-sozialen Bereich) erheblich verringert (vgl. ALIOTH 1980, BAITSCH 1985, BAITSCH et al. 1986, JÜTTEMANN 1986). Da diese Projekte in Industriebetrieben durchgeführt wurden bzw. werden, ist davon auszugehen, daß der Gedanke der Gesundheitsförderung sich langsam

verbreitet. Wir halten es für erforderlich, daß solche "Modell-Projekte" einer breiten Öffentlichkeit bekannt werden.

Leider haben wir während unserer Projekt-Zeit immer wieder feststellen müssen, daß manche Unternehmen nicht bereit sind, Informationen über bei ihnen laufende Programme zur Veröffentlichung bereitzustellen; manchmal z.B. mit dem Argument, man könne doch nicht öffentlich eingestehen, daß ein Teil der Beschäftigten z.B. ein Alkoholproblem habe. Hier ist noch eine Menge Aufklärungsarbeit zu leisten, damit Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt nicht als "diskriminierende" Strategie für einzelne Unternehmen oder Beschäftigte angesehen wird.

Wir hoffen, daß wir durch die in diesem Abschluß-Bericht enthaltenen Informationen dazu ein wenig beitragen können. Die Relevanz der Arbeitswelt für die menschliche Existenz, für individuelle und soziale Gesundheit und für die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben ist so groß, daß wir denken, der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt kommt fundamentale Bedeutung für die Qualität von Lebens- und Arbeitsbedingungen zu. Deshalb stellt sie für uns ein Prinzip dar, das immer wieder am konkreten Fall praktisch werden muß.

4. LITERATUR

- AGUREN, S., HANSSON, R. & KARLSSON, K.G. (1976): The Volvo Kalmar Plant. Stockholm (The Rationalization Council SAF-LO)
- AGUREN, S. & EDGREN, J. (1980): New Factories. Stockholm (Swedish Employers Confederation)
- ALEMANN, U.v. & SCHATZ, H. (1986): Mensch und Technik. Grundlagen und Perspektiven einer sozialverträglichen Technikgestaltung. Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- ALTMANN, N., BECHTLE, G. & LUTZ, B. (1978): Betrieb, Technik, Arbeit. Elemente einer soziologischen Analytik technisch-organisatorischer Veränderungen. Frankfurt/New York (Campus)
- ANTONOVSKY, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco (Jossey-Bass)
- BAMME, A., FEUERSTEIN, G., GENTH, R., HOLLING, E., KAHLE, R. & KEMPIN, P. (1983): Maschinen-Menschen, Mensch-Maschinen. Grundrisse einer sozialen Beziehung. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- BARKER, R.G. (1968): Ecological Psychology. Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior. Stanford, Cal. (University of California Press)
- BATESON, G. (1981): Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- BATESON, G. (1982): Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- BRIZZIARELLI, L. (1987): Report of the IUHE Working Group No 5: Health Education in the Work Environment in Europe. In: Proceedings of the 12th World Conference on Health Education, Dublin, 1-6 September, 1985. Dublin (Health Education Bureau), 222-229
- BRONFENBRENNER, U. (1977): Towards an Experimental Ecology of Human Development. In: American Psychologist, July, 513-531
- DAVIS, K.E., JACKSON, K.L., KRONENFELD, J.J. & BLAIR, S.N. (1987): Determinants of Participation in Worksite Health Promotion Activities. In: Health Education Quarterly, 2, 14, 195-205
- EMERY, F. & THORSRUD, E. (1976): Democracy at Work. The Report of the Norwegian Industrial Democracy Program. Leiden (Nijhoff)
- EVERLY, G.S. & FELDMAN, R.H.L. (Eds.) (1985): Occupational Health Promotion. Health Behavior in the Workplace. New York (Wiley & Sons)

- FRESE, M. (1986): Coping as a Moderator and Mediator Between Stress at Work and Psychosomatic Complaints. In: APPLEY, M.H. & TRUMBULL, R. (Eds.), Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives. New York (Plenum), 183-206
- FRIEDRICHS, G. & SCHAFF, A. (Hrsg.) (1982): Auf Gedeih und Verderb. Bericht an den Club of Rome. Wien (Europaverlag)
- GEISER, K. (1986): Health Hazards in the Microelectronics Industry. In: International Journal of Health Services, 1, 16, 105-120
- GOTTLIEB DUTTWEILER INSTITUT (Hrsg.) (1983): Arbeit. Beispiele für ihre Humanisierung. Olten (Walter)
- GRZYB, G.J. (1981): Decollectivization and Recollectivization in the Workplace: The Impact of Technology on Informal Work Groups and Work Culture. In: Economic and Industrial Democracy, 4, 2, 455-482
- HOWARD, R. (1985): Brave New Workplace. New York (Viking)
- LEVY, B.S. & WEGMAN, D.H. (1983): Occupational Health. Boston (Little, Brown & Co)
- LINDHOLM, R. (1975): Job Reform in Sweden. Stockholm (Swedish Employers' Confederation)
- MERGLER, D. (1987): Worker Participation in Occupational Health Research: Theory and Practice. In: International Journal of Health Services, 1, 17, 151-167
- MICKLER, O., DITTRICH, E. & NEUMANN, U. (1976): Technik, Arbeitsorganisation und Arbeit. Eine empirische Untersuchung in der automatisierten Produktion. Frankfurt (Aspekte Verlag)
- MOOS, R.H. (1976): The Human Context. Environmental Determinants of Behavior. New York (Wiley)
- NOBLE, D. F. (1984): Forces of Production. New York (Knopf)
- OTTAWAY, R.N. (Ed.) (1977): Humanising the Workplace. London (Croom Helm)
- PELLETIER, K.R. (1985): Healthy People in Unhealthy Places. Stress and Fitness at Work. New York (Delacorte & Delta)
- ROMAN, P.M. & BLUM, T.C. (1987): Ethics in Worksite Health Programming: Who is Served?. In: Health Education Quarterly, 1, 14, 57-70
- SHAIN, M., SUURVALI, H. & BOUTILIER, M. (1986): Healthier Workers. Health Promotion and Employee Assistance Programs. Lexington (Lexington Books)
- SLOAN, R.P. (1987): Workplace Health Promotion. A Commentary on the Evolution of a Paradigm. In: Health Education Quarterly, 2, 14, 181-194

SUNDSTROM, E. (1986): Work Places. The Psychology of the Physical Environment in Offices and Factories. Cambridge (Cambridge University Press)

WENZEL, E. (1983): Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit. Synthese des Seminars. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5. Köln (BZgA), 1-18

FORSCHUNGSGRUPPE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT
POSTFACH 41 03 65

D-5000 KÖLN 41
TEL: 0221-40 14 68

TEIL 2

PLANUNGSHINWEISE ZUR
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER
ARBEITSWELT.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| EINLEITUNG..... | 1 |
| 1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT. DIE INTEGRATION VON ARBEITSSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG..... | 3 |
| 1.1 Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung.... | 12 |
| 1.2 Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt..... | 14 |
| 1.2.1 Das Arbeitsweisen-Konzept..... | 15 |
| 1.3 Gesundheit als Thema der Arbeitswelt..... | 18 |
| 2. DIAGNOSE DER BETRIEBLICHEN SITUATION..... | 22 |
| 2.1 Branche/Betriebsgröße/Standort..... | 24 |
| 2.2 Entwicklung des Betriebes..... | 24 |
| 2.3 Betriebliches Arbeitsschutzsystem..... | 26 |
| 2.4 Belastungsprofil des Betriebes (Kataster)..... | 26 |
| 2.5 Problemlagen der Beschäftigten..... | 27 |
| 3. SCHAFFUNG DER BETRIEBLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMMEN..... | 28 |
| 3.1 Wer muß beteiligt werden?..... | 29 |
| 3.2 Wie wird die Beteiligung organisiert?..... | 30 |
| 3.3 Womit wird die Beteiligung geregelt?..... | 31 |
| 4. PLANUNG DES PROGRAMMS..... | 35 |
| 4.1 Programm-Bereiche..... | 37 |
| 4.2 Programme für spezielle Gruppen..... | 38 |
| 4.3 Aktivitäten..... | 40 |
| 4.4 Auswertung/Evaluation..... | 42 |
| 5. UMSETZUNG/IMPLEMENTATION..... | 44 |
| 5.1 Schaffung von Problembewußtsein bei den Beschäftigten.... | 46 |
| 5.2 Schaffung der Infrastruktur zur Durchführung des Vorhabens..... | 47 |
| 5.3 Durchführung der Aktivitäten..... | 49 |
| 5.4 Kontinuierliche Evaluation der Aktivitäten..... | 50 |
| 6. ANHANG..... | 52 |
| 6.1 Strukturelle Rahmenbedingungen..... | 52 |
| 6.2 Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe als eine Grundlage für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt..... | 62 |
| 6.3 Ansatzpunkte zur Verknüpfung von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen mit dem Arbeitsschutz.... | 65 |

EINLEITUNG

Die folgenden Hinweise zur "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" stellen eine Planungsunterlage für diejenigen dar, die sich dieses Themas in ihrem Betrieb praktisch annehmen wollen. Die hier vorgelegte 1. Fassung soll in den kommenden Monaten in 2 Modell-Betrieben auf ihre Brauchbarkeit geprüft. Notwendige Ergänzungen und Veränderungen werden anschließend vorgenommen.

Das Prinzip der Planungshinweise liegt darin, zunächst grundsätzlich zu skizzieren, in welchem Rahmen Gesundheitsförderungsprogramme im Betrieb geplant und durchgeführt werden können. Mit anderen Worten: Es wird ein Verfahren beschrieben, mit dessen Hilfe im konkreten Einzelfall betriebliche Gesundheitsförderung initiiert und umgesetzt werden kann.

Grundsätzlich sind die Planungshinweise offen für jedwede Erweiterung und Ergänzung. Wir stellen uns vor, daß die geprüfte und überarbeitete Fassung dann als eine Art Loseblatt-Sammlung gestaltet wird, in die jeweils neue Erfahrungen und Erkenntnisse eingefügt werden können. Damit wird dokumentiert, daß Gesundheitsförderung einen Prozeß darstellt, der ständig in Gang gehalten werden muß, wenn Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb einen wichtigen Stellenwert behalten sollen.

Ein wesentlicher Grundsatz der Gesundheitsförderung ist die Beteiligung der Betroffenen an der Entwicklung, Durchführung und Auswertung von Aktivitäten. Wir haben dies an mehreren Stellen der Planungshinweise hervorgehoben. Diese Beteiligung der Beschäftigten ist für das Gelingen eines Programms essentiell.

Im 1. Kapitel wird das Konzept Gesundheitsförderung vorgestellt. Dabei geht es darum zu erklären, was an diesem Modell für die Arbeitswelt von Bedeutung ist, auf welchem Hintergrund seine Aussagen zu bewerten sind und auf welche Grundsätze es sich stützt. Wir sind uns bewußt, daß in dem Kapitel Erläuterungen stehen, die nicht jedem Einzelnen auf Anhieb einleuchten werden. Angesichts der unterschiedlichen Vorstellungen darüber, wie in der Arbeitswelt die Gesundheit der Beschäftigten erhalten bzw. gefördert werden kann, hielten wir es zum gegenwärtigen Zeitpunkt für angebracht, dieses Kapitel einzufügen. Das Konzept Gesundheitsförderung ist in der Bundesrepublik Deutschland öffentlich noch nicht so bekannt geworden, wie es sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Urheberin des Konzeptes wünscht. Wir hoffen, daß die wenigen Aussagen in diesen Hinweisen dazu beitragen, daß Gesundheitsförderung zu einem integrierten Bestandteil der Arbeitswelt wird.

Den gegenwärtigen Stand der rechtlichen Bestimmungen zum Arbeitsschutz und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung sind im Anhang zusammengestellt. Dort sind auch Hinweise aufgeführt, wie im bestehenden Arbeitsschutz-System Maßnahmen der Gesundheitsförderung integriert werden können.

1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT.

DIE INTEGRATION VON ARBEITSSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG.

Die Arbeitswelt als Ansatzpunkt für Strategien zur Gesundheitsförderung bietet sich aus verschiedenen, gleichwohl zusammenhängenden Gründen an:

- Arbeiten bzw. erwerbliches Tätigsein stellt die wesentliche Grundvoraussetzung für die soziale, psychische und physische Integrität eines Menschen dar. Zugleich birgt Erwerbsarbeit aber auch immer Risiken und Gefährdungen der Gesundheit.
- Die berufliche Sozialisation übt einen starken Einfluß darauf aus, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten ein Mensch entwickelt, um Belastungen, Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen zu bewältigen.
- Von den konkreten Arbeitsbedingungen und dem Arbeitsplatz hängt es ab, welcher Handlungsspielraum einem Menschen zur Verfügung steht, seine Fähigkeiten bei der Bewältigung der genannten Belastungen wirkungsvoll zu nutzen (Systeme sozialer Unterstützung).
- Die bestehenden Strukturen der Arbeitswelt prägen in entscheidendem Maße auch Werte und Normen, die das Handeln der Arbeitnehmer bezüglich Gesundheit bzw. Krankheit leiten; damit erlangen die Arbeitsstrukturen auch Bedeutung für Freizeit, Familie, Nachbarschaft usw.

Welchen Stellenwert die Bundesregierung dem betrieblichen Gesundheitsschutz einräumt, wird auch durch das Forschungsprogramm "Hu-

manisierung des Arbeitslebens (H&A)" unterstrichen. Das Programm weist folgende Schwerpunkte auf:

- "- die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Gesundheit interdisziplinär auf einer breiten methodischen Grundlage zu untersuchen sowie Indikatoren und eine betriebliche Epidemiologie zu entwickeln,
- unter Berücksichtigung der betrieblichen Umsetzungsbedingungen praxisnahe Lösungen für einen betrieblichen Gesundheitsschutz zu entwickeln, die Arbeitgeber, Betriebsräte, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte in ihren Aufgaben unterstützen" (BUNDESANZEIGER 1985, S.734).

Es geht also um den Schutz der Gesundheit durch Abbau von Belastungen, die menschengerechte Anwendung neuer Technologien und um Hilfen bei der Überwindung von Umsetzungsschwierigkeiten wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Humanisierung des Arbeitslebens in die betriebliche Praxis.

Die Debatte zwischen den arbeitswissenschaftlichen Fachvertretern der Medizin, Natur-, Ingenieur-, Sozial-, Wirtschafts-, Bildungs- und Pädagogikwissenschaften hat deutlich werden lassen, daß die Bearbeitung und Lösung gesundheitliche Probleme in Betrieben einen interdisziplinären, methodenreichen Zugang erfordert. In diesem Sinne hat die Gesellschaft für Arbeitswissenschaften folgende Definition der Arbeitswissenschaften formuliert:

"Arbeitswissenschaft ist die Systematik der Analyse, Ordnung und Gestaltung der technischen, organisatorischen und sozialen Bedin-

gungen von Arbeitsprozessen mit dem Ziel, daß die arbeitenden Menschen in produktiven und effizienten Arbeitsprozessen

- schädigungslose, ausführbare, erträgliche, beeinträchtigungsfreie Arbeitsbedingungen vorfinden,
- Standards sozialer Angemessenheit nach Arbeitsinhalt, Arbeitsaufgabe, Arbeitsumgebung sowie Entlohnung und Kooperation erfüllt sehen,
- Handlungsspielräume entfalten, Fähigkeiten erwerben und in Kooperation mit anderen ihre Persönlichkeit erhalten und entwickeln können" (LUCZAK & VOLPERT 1987, S. 59).

Die Definition zeigt, daß die Bezugswissenschaften des Arbeitsschutzes bzw. des betrieblichen Gesundheitsschutzes ein umfassendes Verständnis bezüglich der Gestaltung von Arbeit und Technik, Qualifikation und Beteiligung der Beschäftigten an der Wahrnehmung, Thematisierung und Bewältigung der Arbeitsanforderungen entwickelt haben. Betriebliche Gesundheitsförderung mit dem Arbeitsschutz zu verbinden, muß daher als logische Konsequenz angesehen werden.

Eine Analyse und die darauf basierende Bewältigung von Gesundheitsgefährdungen durch die und in der Erwerbsarbeit ist mit einer Reihe von Fragestellungen verknüpft.

1. Ebene der Risikolagen und Gefährdungsmuster auf dem Arbeitsmarkt, in den verschiedenen Branchen, Betrieben, Tätigkeiten und an den unterschiedlichen Arbeitsplätzen sowie deren weitere Entwicklung.

Die Risiken reichen von Arbeitslosigkeit über die klassischen arbeitshygienischen Belastungsfaktoren aus der stofflichen Seite des Arbeitsprozesses (z.B. gefährliche Arbeitsstoffe) bis hin zu Gefährdungen aus der Arbeitsorganisation (z.B. Nachtarbeit, Ak-

Kord, Isolation), der Zeitstrukturierung (z.B. Zeitverdichtung, Flexibilisierung) sowie den inhaltlichen Arbeitsanforderungen (z.B. Dialog mit Computern).

2. Ebene der betrieblichen Aushandlungsprozesse zwischen den Interessen der Arbeitgeber/Management und der Belegschaft/Betriebs- bzw. Personalrat; Qualität der Beziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bzw. Entwicklungsstand der Mitbestimmung.

Ob in Betrieben Gesundheitsrisiken wahrgenommen, thematisiert und präventiv angegangen werden und wie mit gesundheitlich Gefährdeten und Beeinträchtigten umgegangen wird, hängt entscheidend von der Qualität der Mitbestimmung ab.

3. Ebene der institutionellen und normativen Regulierung von Gefährdung und Schädigung bzw. individueller Problemlagen (Gesundheits- und Sozialpolitik; betriebliches bzw. überbetriebliches Arbeitsschutzsystem).

Das gegenwärtige Schutzsystem wirkt selbst bei traditionellen Risiken höchst selektiv (Einzelbelastungen, Einzelfallanalyse). Im Vordergrund stehen häufig noch Kompensation und Kuration.

Regulierungsformen für Gesundheitsgefährdungen aufgrund neuer technologischer und arbeitsorganisatorischer Entwicklungen stehen kaum zur Verfügung. Es bedarf der Ergänzung um Strategien der Gesundheitsförderung, um eine sozial- und humanverträgliche Technik- und Arbeitsgestaltung zu ermöglichen.

4. Ebene der geschlechts- und gruppenspezifischen Lebens- und Berufsverläufen.

Die Chancen, in stabile und inhaltlich anspruchsvolle sowie gesundheitsverträgliche Berufsverläufe zu gelangen, sind ungleich verteilt. Besonders unqualifizierte Arbeitnehmer (häufig Frauen

und Ausländer) sind von einer Kumulation von Arbeits- und Lebensrisiken betroffen.

5. Ebene des individuellen Bewältigungshandelns; d.h. auch die Lebensperspektive, an der sich Menschen orientieren und in Bezug auf die sie ihr Handeln planen.

Die Erhaltung von Gesundheit bzw. die Entwicklung von Krankheit hängt wesentlich davon ab, welche biologische und damit verknüpft psychosoziale "Immunlage" eine Person erworben hat und von welcher Qualität die soziale Unterstützung ihres sozialen Umfeldes ist. Bildung, berufliche Qualifikation, soziale Beziehungen, Einkommen, Möglichkeiten zur Mitwirkung bzw. Mitgestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen usw. spielen hier eine entscheidende Rolle.

6. Ebene der Modellbildung über Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverursachung und -entwicklung.

Die im nachfolgenden Bild zum Ausdruck kommende Grundstruktur des Wechselverhältnisses von Individuum und Umwelt zeigt auch die personalen und strukturellen Präventions- und Bewältigungsmöglichkeiten auf.

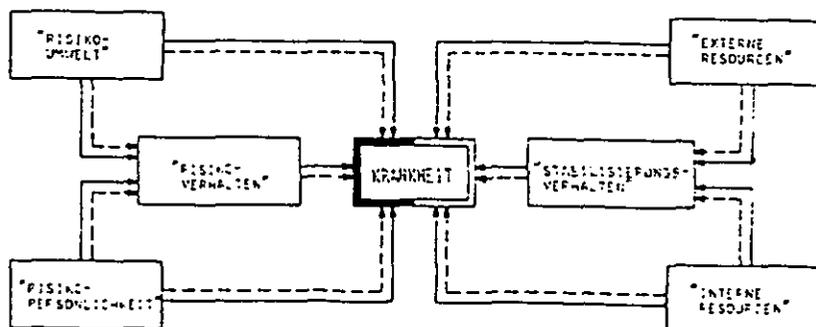


Abb. 10: Krankheitsbeeinflussende Faktoren:

(a) begünstigend (linke Seite) – hemmend (rechte Seite)

(b) direkt (äußere Pfeile) – indirekt (über »Verhalten« laufende Wirkungen)

(c) spezifisch (gestrichelt) – unspezifisch (durchgezogene Pfeile).

Quelle: NITSCH, J.R. (Hrsg.), Streß. Theorien, Untersuchungen Maßnahmen. Bern (Huber), S. 140

Folgende 3 Aspekte werden deutlich:

- a. Es wird zwischen krankheitsbegünstigenden und krankheitshemmenden Einflüssen unterschieden. Sie können sowohl in der Person als auch in der Umwelt liegen (z.B. Qualität der Arbeit, Arbeitsbelastungen, Zugang zu sozialen Unterstützungssystemen, Giftstoffe in Nahrungsmitteln).
- b. Die Einflüsse können direkt oder indirekt über das Verhalten und Handeln (z.B. Rauchen, Konfliktleugnung, berufliche Über- bzw. Unterforderung) wirken. Gerade die Betonung des Handlungsaspektes bei der Vermittlung von Individuum und Umwelt eröffnet für das Verständnis von arbeits- bzw. umweltbedingten Erkrankungen und ihrer präventiven Bekämpfung wichtige Erkenntnisse. Umwelt wird als gestaltbar begriffen. Arbeitnehmer werden nicht nur als Opfer von gesundheitsgefährdenden Einflüssen angesehen, sondern als handelnde Subjekte, deren Kompetenz bei der Wahrnehmung und Bewältigung von Arbeits- und Umweltbelastungen einzubeziehen ist.
- c. Es muß zwischen spezifischen (z.B. Erregern, gefährlichen Arbeitsstoffen, Lärm) Belastungen am Arbeitsplatz und in der Umwelt sowie zwischen unspezifischen Einflüssen (z.B. Rangordnung in der Betriebshierarchie, Betriebsklima, Qualität der Kontrollmöglichkeiten über die eigene Arbeitssituation) unterschieden werden. Selbst bei der Reaktion des Menschen auf bestimmte Reize muß mit einer Unspezifität gerechnet werden; darauf machen die Erkenntnisse der Stressforschung aufmerksam.

7. Ebene der verschiedenen betrieblichen und überbetrieblichen Politikfelder wie z.B. Technologie-, Arbeits-, Betriebs- und Umweltpolitik.

Wenn man nicht bei einer Analyse der Gesundheitsgefährdungen stehen bleiben will, sondern zu einer präventiven Gesundheitspolitik übergehen will, wird man auf eine Integration in alle Politikbereiche nicht verzichten können. Dies wird deutlich am Beispiel des Programms der Weltgesundheitsorganisation (WHO) "Gesundsein 2000". Für das Einzelziel 25, das sich mit der Gesundheit in der Arbeitswelt befaßt, wird dementsprechend folgende Formulierung gewählt:

"Eine befriedigende Tätigkeit in einer sicheren, angenehmen Umgebung ist zur Wahrung von Gesundheit und Wohlbefinden maßgeblich. Allerdings sind die physikalischen und psychischen Gegebenheiten am Arbeitsplatz noch allzu häufig Ursache für Krankheiten und Verletzungen.

Viele Arbeitnehmer sind gegenüber toxischen Chemikalien, schädlichen Stäuben und Fasern exponiert bzw. Lärmbelästigungen und tödlichen oder Behinderungen verursachenden Unfallgefahren ausgesetzt. In den letzten 10 Jahren konnten in einigen europäischen Ländern die Zahl der Unfälle am Arbeitsplatz geringfügig gesenkt werden. - In bestimmten Industriezweigen, wie etwa im Bergbau, in Steinbrüchen oder im Bauwesen, gibt es beträchtliche Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern der Region in bezug auf die Unfallhäufigkeit je geleisteter Arbeitsstunde, was offensichtlich zum größten Teil auf unterschiedlich effektive Arbeitsschutzregelungen und Sicherheitsaufklärung für die Beschäftigten zurückzuführen ist. Häufig sind Selbständige und Arbeitnehmer in der Landwirtschaft, Bauarbeiter und Arbeitnehmer in kleinen Betrieben der herstellenden Industrie am meisten gefährdet.

Die Gesamtinzidenz von Berufskrankheiten in der Region ist nicht bekannt, obwohl Informationen über die Wirkungen bestimmter Substanzen, z.B. Blei, Arsen, Asbest und Vinylchlorid, oder industrielle Prozesse, z.B. Kohleabbau, Steinbrucharbeiten und Möbelherstellung vorliegen. Todesfälle infolge von Berufskrankheiten wie etwa Asbestose, Silikose, Staublungenerkrankung und Byssinose wurden in einigen Ländern verzeichnet. Individuelle Verhaltensweisen wie Rauchen können das Risiko von Gesundheitsschäden durch Expositionen am Arbeitsplatz beträchtlich erhöhen.

Angeichts der zunehmenden Beschäftigung von Frauen, die gegenwärtig 30-40 Prozent der Arbeitnehmerschaft in Europa darstellen, wächst das Interesse an einer Erkennung und Eindämmung der potentiellen Wirkungen von Chemikalien auf den Reproduktionsprozeß, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Psychische Störungen, Hypertonie und Myokard-Infarkt wurden gelegentlich mit psychischen und sozialen Stressfaktoren als Folge von bestimmten Gegebenheiten am Arbeitsplatz, Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht. Lärm-Emissionen können schädliche Wirkungen auf die Arbeitnehmer entfalten und zu schweren körperlichen Störungen führen.

In den meisten Ländern der Region ist die Datenerfassung über berufsbedingte Erkrankungen unzulänglich, und es ist nicht möglich, eindeutige Querverbindungen zu den allgemeinen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken herzustellen. Oftmals ist die Koordination zwischen den arbeitsmedizinischen Einrichtungen und dem übrigen Gesundheitsdienst unzureichend" (WHO-EURO 1985, S. 118 f.).

Angeichts dieser Situation haben sich die Mitgliedsstaaten der europäischen Region folgendes Ziel gesetzt:

"Bis zum Jahr 1995 sollte die Bevölkerung der Region nachhaltig gegen berufsbedingte Gesundheitsgefahren geschützt sein.

Die Erreichung dieses Ziels setzt folgendes voraus: entsprechende Arbeitsschutzeinrichtungen, um den Bedürfnissen aller Arbeitnehmer gerecht zu werden; die Ausarbeitung von Gesundheitskriterien zum Schutz der Beschäftigten gegen biologische, chemische und physikalische Gefährdungsfaktoren; die Durchführung technischer und bildungsbezogener Maßnahmen zur Verringerung berufsbedingter Risikofaktoren; Schutz besonders gefährdeter Gruppen von Arbeitnehmern" (WHO-EURO 1985, S.117)

Verbindet man diese Zielstellung mit dem Konzept der Gesundheitsförderung, wie es von der WHO vertreten wird, ergeben sich erste Ansatzpunkte zur Integration der Gesundheitsförderung in die Arbeitswelt. Unter Gesundheitsförderung wird verstanden, sich als Anwalt für die Gesundheit zu engagieren, die Menschen dazu zu befähigen, Kontrolle über ihre Lebensbedingungen zu erzielen und zwischen den verschiedenen sozialen Sektoren im Interesse der Gesundheit der Menschen zu vermitteln (WHO-EURO 1987).

Was kann diese allgemeine Vorstellung von Gesundheitsförderung für die Arbeitswelt bedeuten? Und aufgrund welcher Erkenntnisse und Erfahrungen ist die Weltgesundheitsorganisation zu dieser Formulierung gekommen?

1.1 VON DER GESUNDHEITSERZIEHUNG ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Lange Zeit hat man geglaubt, daß es ausreichen würde, den Menschen darauf hinzuweisen, daß bestimmte Verhaltensweisen (wie z.B. Rauchen oder übermäßiger Alkoholkonsum) zu Erkrankungen führen. Man erwartete, daß die Menschen aus Einsicht diese gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen aufgeben würden. Um die Veränderung von riskantem Verhalten zu veranlassen und zu unterstützen, sind in den vergangenen Jahrzehnten psychologische und pädagogische Modelle entwickelt und erprobt worden, die jedoch allesamt nicht den Erfolg gebracht haben, den man sich erwartet hatte. Wir können heute beobachten, daß immer noch von vielen viel zu viel geraucht wird, daß sich immer noch viel zu viele Menschen nicht gesundheitsgerecht ernähren, daß immer noch zu viel Alkohol konsumiert wird.

Fachleute sind sich inzwischen im klaren darüber, daß die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Bevölkerung von den jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen abhängen, in denen die unterschiedlichen sozialen Gruppen leben. Die Arbeits- und Lebensbedingungen beeinflussen den Gesundheitszustand eines Menschen in weit größerem Ausmaß als es in den vergangenen Jahrzehnten angenommen worden war. Entsprechend konnte von der Gesundheitserziehung allein nicht das geleistet werden, was man von ihr erwartete. Neben der pädagogischen und psychologischen Arbeit müssen deshalb heute auch Fragen nach der Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen gestellt werden. Dies ist genau der Ausgangspunkt der Gesundheitsförderung.

Es geht also beispielsweise nicht mehr allein darum, jemanden mit psychologischen Mitteln vom Rauchen abzubringen, sondern auch da-

rum bei der Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen dem Nicht-Rauchen Vorrang einzuräumen. Wenn Nicht-Rauchen erleichtert werden soll, müssen z.B. öffentliche Gebäude im Prinzip Nichtraucher-Zonen sein - und Raucher-Bereiche die Ausnahme. Wenn eine Reduzierung des Alkohol-Konsums angestrebt wird, müssen eben nicht-alkoholische Getränke bei offiziellen Anlässen die Norm sein, dürfen alkoholische Getränke in Kantinen nicht mehr verkauft werden, darf auch und gerade die Geschäftsleitung eines Betriebes nicht Ausnahmen für sich in Anspruch nehmen, die sie den anderen Beschäftigten verweigert. Wenn die Gesundheit der Arbeitnehmer im Vordergrund der Arbeitsgestaltung steht, müssen eben Ersatzstoffe für giftige Substanzen, die in vielen Fällen bereits zur Verfügung stehen, verwendet werden, müssen Arbeitsplätze nach den Erkenntnissen der Arbeitsmedizin gestaltet werden und müssen neue Formen der Arbeitsorganisation gefunden werden. Man kann nicht nur von den Beschäftigten erwarten, daß sie ihr Verhalten ändern, wenn sich gleichzeitig nicht auch die Verhältnisse verändern.

Natürlich handelt es sich hier um langfristige Vorstellungen über die Gestaltung von gesundheitsfördernden Arbeits- und Lebensbedingungen. Der Weltgesundheitsorganisation geht es darum, die Richtung aufzuzeigen, in der sich künftig die Entwicklung der Gesundheitsförderung abspielen wird bzw. sollte. Für die Arbeitswelt sind daraus Schlüsse zu ziehen, auf die in den folgenden Abschnitten eingegangen wird.

1.2 GESUNDHEITSPFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT

Wir gehen davon aus, daß Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhältnisse in der industrialisierten Gesellschaft trotz aller branchen- und firmen-spezifischen Eigenheiten durchaus strukturelle Ähnlichkeiten besitzen, die für die Gesundheitsförderung als Ansatzpunkt für ihre Bemühungen genommen werden können. Diese Ähnlichkeiten ergeben sich aus den Entwicklungsprozessen von Produktion, Verwaltung und Dienstleistungssektor selbst, aber auch aus der sozialen, kulturellen, psychologischen und politischen Normierung von Arbeit in der Gesellschaft. Trotz aller individuellen Unterschiede, die der Bedeutung von Arbeit für das eigene Leben gegeben wird, und trotz aller subjektiven Unterschiede im Hinblick auf die Wahrnehmung von Arbeitsbedingungen und -prozessen und ihrer Auswirkungen auf die subjektiven Befindlichkeiten, wird Arbeit in all ihren Dimensionen von sozialen Institutionen normiert. Tarifvertragsparteien vereinbaren Arbeitszeiten, Ruhezeiten, Arbeitsorganisation, Entlohnung usw. Arbeitsabläufe, Formen der Kooperation mit anderen Beschäftigten, Hierarchien und anderes mehr sind unabhängig von dem einzelnen Beschäftigten und seinen Bedürfnissen/Interessen festgelegt. Die Gestaltung der Arbeitsplätze folgt gesetzlichen, produktionsspezifischen, betriebswirtschaftlichen und anderen Regelungen. Nur das konkrete Arbeitsverhalten erlaubt dem einzelnen einen gewissen, meist sehr geringen Grad an Autonomie.

Arbeit ist eine das Leben der Menschen strukturierende Größe. Sie formt das alltägliche Leben ebenso, wie sie zu seiner wesentlichen Voraussetzung wird. In Arbeit zu stehen, bedeutet, von der Dynamik des Arbeitsprozesses ständig in Bewegung gehalten zu werden. Das typische Merkmal von Arbeit ist "kontinuierliche (wenn

auch in den meisten Fällen: einseitige) Bewegung". Diese Bewegung erfasst nicht allein den physischen Ablauf, sondern greift vor allem auch die psychische Struktur und Funktionen des Individuums auf. Häufig wird außer Acht gelassen, daß Arbeit selbstverständlich auch die sozialen Kompetenzen des Individuums und deren Umsetzung in Kommunikations- und Interaktionsprozesse erfordert. In der Arbeit selbst wird also "der ganze Mensch" real - ganz unabhängig davon, wie hoch der Grad an Entfremdung, Monotonie u.a.m. auch sein mag. Ohne die Einbeziehung physischer, psychischer und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten kann kein Mensch irgendeine Arbeit ausführen.

Für unser Thema "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, daß jede Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens immer auch beschreiben muß, wie diese Veränderung im Kontext der gegenwärtigen Arbeitsbedingungen eingebunden werden kann bzw. wie der Kontext im Bezug auf die Gesundheitsförderung gestaltet sein muß, damit das eigentümliche Wechselspiel zwischen physischen, psychischen und sozialen Handlungsanteilen auf seiten des Individuums mit den strukturellen Rahmenbedingungen und deren Funktionen für die individuellen Handlungen im Sinne der Gesundheitsförderung gelingen kann.

1.2.1 DAS ARBEITSWEISEN-KONZEPT

Weil die Arbeitswelt stets dynamisch ist, bleibt dem Individuum nichts anderes übrig, als innerhalb der Dynamik für sich selbst einen "ruhenden Pol" zu schaffen, der ihm persönliche und soziale Identität versprechen kann. Würde es diesen Pol nicht geben, würde das Verhalten des Einzelnen nur aus situativen Reaktionen auf

spezifische Umweltanforderungen bestehen, hätten wir es mit Robotern zu tun, die über keinerlei soziale Kompetenzen und Qualifikationen verfügen. Dies trifft aber auf Menschen nicht zu.

Als Möglichkeit, sich selbst im Entwicklungsstrom der Arbeitswelt als Subjekt behaupten zu können, werden langfristig angelegte, gleichwohl veränderbare Handlungsmuster entwickelt, die es einem ermöglichen, auf berufliche Anforderungen flexibel einzugehen. Es handelt sich also um die fundamentalen Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die sie im Rahmen ihrer beruflichen Ausbildung und in den ersten Jahren der Berufspraxis erwirbt.

Man kann von allgemeinen, aber berufsspezifischen Qualifikationen sprechen, deren Spezifizierung auf bestimmte Tätigkeiten hin jeweils anforderungsbedingt erfolgt. Das heißt: Es handelt sich um allgemeine Handlungsmuster, die anforderungsspezifisch mit speziellen Verhaltensmustern aufgefüllt werden. Man kennt also bestimmte technische Verfahren und ihre Anwendungsmöglichkeiten; in der konkreten Arbeitssituation wird nun erwartet, daß man diese Kenntnisse und Erfahrungen auf eine konkrete Problemstellung hin anwendet, abwandelt oder auch neu zusammenstellt. Als Begriff für diese allgemeinen Handlungsmuster wollen wir "Arbeitsweisen" einführen. Dabei unterscheiden wir zwischen individuellen und kollektiven Arbeitsweisen, um deutlich zu machen, daß das Subjekt nicht nur als Individuum, sondern auch als Mitglied von sozialen Gruppen zu sehen ist.

Unter individuellen Arbeitsweisen verstehen wir die beruflichen und positionsbezogenen Handlungsmuster einer Person, mit der sie den tätigkeitsspezifischen und arbeitsplatz-bezogenen Erwartungen

an ihre Leistungsfähigkeit zu entsprechen versucht. Individuelle Arbeitsweisen werden also subjektiv entwickelt als Handlungspotentiale und konkrete Verhaltensweisen; sie werden subjekt-unabhängig, organisationsbezogen als Verhaltenserwartungen an das Individuum formuliert in Form von Arbeitsanforderungen und über die Gestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsprozesses insgesamt. In den individuellen Arbeitsweisen bringt die Person ihre Kompetenz zur Teilhabe am Arbeitsprozeß pragmatisch zum Ausdruck.

Auf der Ebene der individuellen Arbeitsweisen sind also die (sozial-) psychologischen Kompetenzen sowie die beruflichen Qualifikationen/Erfahrungen einer Person angesiedelt. Gleichzeitig werden in die individuellen Arbeitsweisen die subjektiven Umgangs- und Bewältigungsstrategien im Hinblick auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden eingebunden. Individuelle Arbeitsweisen repräsentieren die subjektive Kompetenz, d.h. nicht in jedem Fall das konkrete Verhalten, die eine Person im Laufe ihrer biographischen Entwicklung ausgeformt hat, um in der Arbeitswelt als Inhaber einer beruflichen Position fungieren zu können.

Individuelle Arbeitsweisen stellen also ein komplexes Gebilde von einander beeinflussenden Variablen dar, deren gezielte Veränderung nur dann gelingen kann, wenn ihre jeweiligen Abhängigkeiten untereinander untersucht sind und von dem Gesundheitsförderungsprogrammen in Rechnung gestellt werden. Eine rein verhaltensbezogene Maßnahme, die ein oder zwei Segmente aus den individuellen Arbeitsweisen herausgreift, ohne die übrigen Bereiche im Auge zu behalten, wird - wie sich gezeigt hat - langfristig kaum erfolgreich sein.

Unter kollektiven Arbeitsweisen verstehen wir sozial, kulturell, historisch, technologisch, politisch und ökonomisch entwickelte Handlungsmuster, die berufsspezifisch ausgeprägt sind und dem Berufsinhaber im Rahmen seiner Ausbildung und der ersten Jahre der beruflichen Tätigkeit vermittelt werden. Sie stellen ein Reservoir an geteilten normativen Erwartungen und Orientierungen der eigenen und anderer Berufsgruppen gegenüber dar. In den kollektiven Arbeitsweisen gewinnt die Person ihre über die eigentliche Tätigkeit hinausgehende beruflich-soziale Identität, die sie zu sozialen Beziehungen zu den Kollegen und damit zu gemeinsamem Handeln befähigt. Auf der Ebene der kollektiven Arbeitsweisen werden die Vorstellungen und Erwartungen an die, auch gesundheitliche, Qualität von Arbeitsbedingungen und -verhältnissen entwickelt und angesiedelt, während der konkrete Umgang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen eine Frage der individuellen Arbeitsweisen ist.

Mit der Unterscheidung in individuelle und kollektive Arbeitsweisen wird deutlich, daß die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt keineswegs allein eine Frage der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes sein kann. Es muß vielmehr angenommen werden, daß mit ihr tief in die Struktur der individuellen Persönlichkeit, ihres Verhaltensrepertoires und die sozial-kulturell geformten normativen Erwartungen und Orientierungen wie auch in die Arbeitsorganisation selbst eingegriffen wird.

1.3 GESUNDHEIT ALS THEMA DER ARBEITSWELT

Die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen erfahren zur Zeit vor allem durch die rasante technologische Entwicklung eine we-

sentliche Veränderung. Durch die umfassende Einführung der Mikroelektronik als Basistechnologie, die Entwicklung und breite Anwendung der Informationstechnologie, der Bio- und Gentechnologie sowie neuer Werkstoffe und Energietechniken entstehen Chancen, aber auch neue Gefährdungen und Risiken für die Gesundheit des einzelnen Arbeitnehmers. Einerseits werden sich für Facharbeiter in Betrieben mit neuen Technologien (z.B. Automobilindustrie, Großchemie, Werkzeugmaschinenbau) neue Arbeitsanforderungen einstellen, die ihnen mehr Handlungsspielräume und Entscheidungskompetenz bringen. Andererseits wird der breite Einsatz der neuen Automations- und Computertechnologien in Bereichen der industriellen Arbeit und bei Angestelltentätigkeiten eine weitere Verschärfung der Arbeitszergliederung und Leistungsverdichtung zur Folge haben.

Neben diesen neuen gesundheitlichen Gefährdungen und Schädigungen bleiben alte klassische Risiken der Industriearbeit weiterhin bestehen: Unfallgefährdung (Roboterunfälle), Risiken aus der Arbeitsplatzumgebung durch gefährliche Arbeitsstoffe, Strahlungen, Lärm, Schwingungen, klimatische Einflüsse sowie durch Gefährdungen der zeitlichen und organisatorischen Regelung der Arbeit (z.B. Akkord, Überstunden, Wochenendarbeit, Schicht- und Nachtarbeit, flexibilisierte Arbeitszeit, Arbeitshetze) und durch einseitige körperliche Beanspruchung (Zwangshaltung, statische Haltearbeit).

Diese Belastungsstrukturen verändern die gesundheitlichen Folgen von Beanspruchung bei den Beschäftigten in Form von Unwohlsein, Befindlichkeitsstörungen und psychosomatischen Krankheiten. Das Krankheitsspektrum verschiebt sich immer mehr von akuten zu chro-

nischen Erkrankungen. Chronische Erkrankungen sind dadurch charakterisiert, daß die Gesundheit nicht wiederhergestellt, sondern bestenfalls Linderung geschaffen werden kann. Ihnen steht die kurative Medizin meist ohne adäquate Behandlungsformen gegenüber.

Diese Erkrankungen müssen als unspezifische psychische und körperliche Reaktionsformen angesehen werden. Hierzu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, degenerative rheumatische Erkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, Krebserkrankungen und insbesondere psychisch-mentale Erkrankungen.

Die folgende Tabelle gibt auf der Grundlage des Mikrozensus von 1982 einen Einblick in den Anteil der gesundheitlich geschädigten abhängig Erwerbstätigen. 42% der deutschen Arbeiter ohne berufliche Qualifikation im Alter von 40 Jahren und mehr halten sich für chronisch krank. Unter den Angestellten und Beamten gleichen Alters ohne berufliche Qualifikation beläuft sich der Anteil auf etwa 30%. Bei den Frauen dieser Altersgruppe liegt der Anteil der chronisch Kranken unabhängig von der Qualifikation bei den Arbeiterinnen bei 40% und bei den Angestellten bei 30%.

Aufgrund der demographischen Entwicklung in Richtung Überalterung wird der Anteil der chronisch kranken Arbeitnehmer weiter zunehmen. Die betrieblichen Konzepte zum Arbeitskräfteeinsatz werden im Hinblick auf die Nutzung des Arbeitsvermögens je nach Branche, Tätigkeit und Qualifikationsanforderung mit nicht unerheblichen Problemen konfrontiert. Schwierigkeiten werden sowohl bei der Rekrutierung von qualifizierten und leistungsfähigen, d.h. gesunden Arbeitskräften als auch bei der Organisation innerbetrieblicher Berufsverläufe - "in Würde alt werden" - auftreten.

**ANTEIL DER GESUNDHEITLICH GESCHÄDIGTEN ABHÄNGIG ERWERBSTÄTIGEN
NACH GESCHLECHT, STAATSANGEHÖRIGKEIT, ALTERSGRUPPE, STELLUNG
IM BERUF UND BERUFLICHER QUALIFIKATION (in %)**

| Alters- gruppe | Ausländische Arbeitnehmer | | Deutsche Angestell- te und Beamten | | Deutsche Arbeiter | |
|-------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | ohne berufl. Quali. | mit berufl. Quali. | ohne berufl. Quali. | mit berufl. Quali. | ohne berufl. Quali. | mit berufl. Quali. |
| Männer unter | | | | | | |
| 20 | / | / | / | / | / | 1.5 |
| 20-30 | / | / | / | 2.6 | 4.9 | 2.9 |
| 30-40 | 6.0 | 6.4 | / | 4.0 | 8.7 | 6.4 |
| 40-50 | 9.4 | 9.7 | 8.9 | 8.6 | 12.7 | 12.7 |
| 50 und mehr | 17.2 | 19.2 | 21.4 | 18.0 | 29.6 | 22.7 |
| Zusammen: | 7.4 | 7.7 | 7.8 | 7.8 | 11.7 | 9.7 |
| Frauen unter | | | | | | |
| 20 | / | / | / | 1.3 | / | / |
| 20-30 | / | / | 3.1 | 2.7 | 5.0 | 3.3 |
| 30-40 | 10.7 | 9.5 | 5.8 | 5.3 | 9.1 | 8.4 |
| 40-50 | 14.0 | / | 11.1 | 10.3 | 15.3 | 13.7 |
| 50 und mehr | 25.2 | 22.1 | 21.8 | 19.4 | 25.1 | 25.3 |
| Zusammen | 10.5 | 8.0 | 9.7 | 6.9 | 15.1 | 9.6 |
| Insgesamt | 8.6 | 7.8 | 9.0 | 7.4 | 13.4 | 9.8 |

Quelle: Mikrozensus 1982, Sonderauszählung für die Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung (GfAH) - Volkholz und Partner mbH., Dortmund

Erläuterung: Als gesundheitlich Geschädigte werden alle Personen ausgewiesen, die sich selbst als chronisch oder langfristig erkrankt bezeichnen oder die Rheumamittel einnehmen. (vgl. zu dieser Auswertung des Mikrozensus auch K.D. Kern, Gesundheitszustand der Bevölkerung (Ergebnisse des Mikrozensus April '82). In: ViSta 1984, Heft 4, S.335-340)

Schrägstriche (/) weisen auf zu geringe Besetzung in der Stichprobe, um gesichert auf alle Erwerbstätige der Gruppe schließen zu können.

Zeide Problemkomplexe: Belastungs-Beanspruchungs-Risiken sowie Engpässe und Schwierigkeiten beim Personaleinsatz werden Betriebe dazu motivieren, zur Lösung der Fragen die vorhandenen betrieblichen Ressourcen mit neuen Programmen der Gesundheitsförderung zu verknüpfen. Im Arbeitsschutzsystem stehen den Betrieben im Prinzip solche Kapazitäten zur präventiven Bewältigung der Gesundheitsgefährdungen zur Verfügung. In Verbindung mit Programmen der Gesundheitsförderung können diese Kapazitäten wirkungsvoll aktiviert und genutzt werden (vgl. den Anhang).

2. DIAGNOSE DER BETRIEBLICHEN SITUATION

Bevor man etwas plant, muß man wissen, wovon man auszugehen hat. Wie stellt sich die aktuelle betriebliche Situation im Hinblick auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung dar? Welche gegenwärtigen betrieblichen Rahmenbedingungen bezüglich Arbeits- und Gesundheitsschutz sind vorhanden? Wie sieht die wirtschaftliche, technologische Entwicklung des Betriebes aus? Welche Qualität haben Arbeitsbedingungen und Arbeitsplätze? Welche gesundheitlichen Probleme gibt es im Betrieb? Diese und andere Fragen bedürfen einer sorgfältigen Analyse, damit man abschätzen kann, in welchen Bereichen mit welchen Zielsetzungen und unter Beteiligung welcher Gruppen betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt werden kann.

Im Fachdeutsch von Organisationsberatern nennt man die in diesem Kapitel vorgestellten Arbeitsschritte eine Ist-Analyse des Betriebes, wobei wir diese Analyse immer unter den Gesichtspunkten von Arbeits- und Gesundheitsschutz durchführen. Sie wird auch nicht so umfänglich, wie sie von Organisationsberatern durchgeführt wird, weil uns nur ein spezifischer Aspekt des Betriebes interessiert.

Für die Durchführung der Diagnose der betrieblichen Situation ist es erforderlich, sich über die einzelnen Dimensionen klar zu werden, die von ihr erfaßt werden sollen. Im folgenden stellen wir eine Reihe von Dimensionen sowie die dazu erforderlichen Untersuchungsverfahren vor, die sich bei anderen Projekten als aussagefähig und für die Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung als angemessen erwiesen haben. Diese Liste stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit dar; sie ist vielmehr als ein

Katalog möglicher Diagnose-Dimensionen zu sehen, die zumindest von den Beteiligten in Erwägung zu ziehen sind, wenn sie eine differenzierte Beschreibung der Ausgangslage erhalten wollen.

Die erforderlichen Informationen, die gesammelt und zusammengestellt werden müssen, sind zu einem großen Teil im Betrieb bereits vorhanden. Sie müssen nur an den entsprechenden Stellen abgerufen werden. Andere Informationen müssen gesondert erhoben werden; jedoch stehen hierfür bereits hinreichend getestete Fragebögen zur Verfügung, die in jedem Betrieb eingesetzt werden können.

Neben der Information der betrieblichen Planungs- und Koordinationsgruppe für das Gesundheitsförderungsprojekt ist die Diagnose auch für eventuell einzubeziehende externe Experten wichtig, damit sie sich ein Bild von dem "Feld" machen können, für das ihre Kompetenzen nachgefragt werden. Sie müssen ja in die Lage versetzt werden, betriebsspezifisch ihre Empfehlungen und Beratertätigkeiten zu formulieren.

Schließlich dienen die Daten der Betriebsdiagnose als Ausgangspunkt für die während und nach dem Programm durchzuführende Evaluation. Resultate des Gesundheitsförderungsprogramms werden im Vergleich zu der Ausgangslage bewertet. Insofern stellt die Diagnose des Betriebes ein attraktives Instrument dar, in die Planung des Programms einzusteigen. Umfang und Ergebnisse der Diagnose verdeutlichen auch die Interessenlage der Beteiligten im Hinblick auf das geplante Programm.

2.1 BRANCHE / BETRIEBSGRÖSSE / STANDORT

Die Frage nach der Branche eines Betriebes gilt im wesentlichen der Information darüber, welche Produkte bzw. Dienstleistungen von den Beschäftigten hergestellt werden. Die Branche einer Firma gibt einen ersten Aufschluß darüber, mit welchen Gefahrstoffen möglicherweise gearbeitet wird, auf welche speziellen Gesundheitsgefährdungen zu achten ist, welche Belastungsprofile von den Mitarbeitern zu erwarten sind.

Die Betriebsgröße spielt einmal im absoluten Sinne (Anzahl der Beschäftigten, geschlechtsspezifische Verteilung, Anzahl der Schwerbehinderten, Anzahl der den Schwerbehinderten gleichgestellten Beschäftigten, Verteilung der Beschäftigten nach Nationalitäten) eine Rolle. Darüber hinaus ist aber auch nach deren innerbetrieblicher Verteilung (Produktion, Verwaltung) und nach ihrer Qualifikation zu fragen. Die Betriebsgröße gibt schließlich Anhaltspunkte dafür, in welcher Verfassung das betriebliche Arbeitsschutzsystem sein sollte; welche Ausschüsse vorhanden sein müssen, wie groß die Zahl ihrer Mitglieder ist usw.

Mit der Frage nach dem Standort soll die Information eingeholt werden, welche geographische Lage der Betrieb innerhalb eines Ortes hat, ob es sich um eine städtische oder eher ländliche Region handelt, welche Erholungs- bzw. Sporteinrichtungen vorhanden sind bzw. vorausgesetzt werden können.

2.2 ENTWICKLUNG DES BETRIEBES

Unter diesem Stichwort werden Informationen erhoben, die die gegenwärtige Situation der Arbeitsorganisation in einem Betrieb unter Berücksichtigung der technologischen Entwicklung erfassen. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bedeutet unter anderem auch, sich auf die kontinuierlichen Entwicklungsprozesse im Betrieb einstellen zu können. Denn die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -prozesse wirkt sich auf die Entwicklung gesundheitsfördernder Arbeitsweisen aus, wie umgekehrt von der Gesundheitsförderung Impulse für die Struktur der Arbeitsprozesse ausgehen können. Im einzelnen sollte auf folgende Bereiche geachtet werden:

- Rationalisierung

- In welchem Umfang werden Rationalisierungsmaßnahmen durchgeführt und wie wirken sie sich auf die Gestaltung der Arbeitsplätze unter gesundheitlichen Gesichtspunkten aus? Wer ist von diesen Maßnahmen betroffen?

- Organisationsstruktur

- Welche Organisationsstruktur hat der Betrieb? Welche hierarchischen Ebenen gibt es? Wo liegen die Verantwortlichkeiten für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -prozesse? Wer muß unter den Gesichtspunkten der Gesundheitsförderung an den zu planenden Aktivitäten wie beteiligt werden?

- Betriebsklima

- Wie wird von den Beschäftigten das Betriebsklima insgesamt eingeschätzt? Welche Bedeutung wird einem Gesundheitsförderungsprogramm für die Entwicklung des Betriebsklimas zugesprochen?

- Betriebliche Sozialpolitik

- Gibt es eine betriebliche Sozialfürsorge? Wo liegen ihre Schwerpunkte? Gibt es Aktivitäten des Betriebssportes; wenn ja, welche?

- Ressourcen des Betriebes

- Welche betrieblichen Lösungsstrategien für gesundheitliche Probleme gibt es? Welche sind an welchen Beispielen so erprobt worden? Gibt es betriebsspezifische Formen der sozialen Unterstützung?

2.3 BETRIEBLICHES ARBEITSSCHUTZSYSTEM

Die vorhandene Struktur des betrieblichen Arbeitsschutzsystems entsprechend der im Anhang beschriebenen Einrichtungen wird unter diesem Abschnitt beschrieben, damit deutlich wird, auf welche Stellen bei der Planung, Durchführung und Auswertung eines Gesundheitsförderungsprogrammes zurückgegriffen werden kann bzw. muß. Hier wird auch danach gefragt, welche Art und Zahl der berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (z.B. G 20 Lärm, G 26 Atemschutzgeräte usw.) im Betrieb durchgeführt werden.

2.4 BELASTUNGSPROFIL DES BETRIEBES (KATASTER)

Um einen Eindruck davon zu erhalten, welche Beschäftigten an welchen Arbeitsplätzen unter welchen gesundheitlichen Belastungen arbeiten müssen, ist es sinnvoll, das Belastungsprofil des Betriebes zu erheben. Einen ersten Anhaltspunkt über die Belastungen vermitteln die Arbeitsplatzbeschreibungen, die zur Lohnfindung erstellt wurden (z.B. Festlegung von Erschwerniszulagen). Darüber hinaus sind zu erheben:

- Unfall-Schwerpunkte
- Berufskrankheiten bezogen auf welche Arbeitsplätze
- Krankenstand bezogen auf welche Arbeitsplätze

- Altersstruktur
- Umfang arbeitsbedingter Erkrankungen

2.5 PROBLEMLAGEN DER BESCHÄFTIGTEN

Neben der Erhebung des Belastungsprofils des Betriebes ist es erforderlich, die Beschäftigten selbst danach zu fragen, wie sie ihre Arbeitssituation wahrnehmen und welche Bedürfnisse sie im Hinblick auf ein Gesundheitsförderungsprogramm haben.

- Subjektives Belastungsprofil bezüglich:
 - Arbeitsplatz
 - Arbeitsorganisation
 - Arbeitszeit
 - Umgang mit Gefahrstoffen
 - Beziehung zu Kollegen
 - Beziehung zu Vorgesetzten
 - Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

- Subjektive Bedürfnisanalyse hinsichtlich Gesundheitsförderung
 - Motivation der Beschäftigten, sich an einem Gesundheitsförderungsprogramm zu beteiligen
 - Themen und Prioritäten der Gesundheitsförderung
 - Ressourcen der Beschäftigten, die die vorhandenen Belastungen bewältigen helfen
 - Zeitlicher Umfang (Arbeits- bzw. Freizeit)
 - Beteiligungsformen
 - Verantwortlichkeiten

Mit dieser Analyse und ihren Ergebnissen stehen Informationen zur Verfügung, die die Planung eines Gesundheitsförderungsprogrammes ermöglichen. Die Planungsgruppe kann deshalb den im folgenden Kapitel beschriebenen Arbeitsschritt ziel- und themenorientiert durchführen.

3. SCHAFFUNG DER BETRIEBLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMMEN

Wir gehen in diesen Planungshinweisen davon aus, daß innerhalb eines Betriebes sich an irgendeiner Stelle das Bedürfnis entwickelt, über die bestehenden Arbeitsschutz-Maßnahmen hinaus bzw. zu ihrer Verbesserung auch Aktivitäten zur Gesundheitsförderung der Beschäftigten zu initiieren. "Irgendeine Stelle" heißt hier, daß es für die weitere Darstellung der Planungshinweise unerheblich ist, wer dieses Bedürfnis entwickelt und zur Sprache bringt. In jedem Fall sind zur Planung und Durchführung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung die in den einzelnen Kapiteln dargestellten Arbeitsschritte zumindest zu bedenken, wenn man von vornherein einen Mißerfolg schon auf der Planungsebene vermeiden will. Erfolg und Mißerfolg der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt hängen wesentlich davon ab, daß die Programmplanung und -abstimmung mit allen einschlägigen betrieblichen Gruppen und Gremien durchgeführt werden. Deshalb ist es von außerordentlicher Bedeutung, die entsprechenden betrieblichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die darin eingebundenen Programmaktivitäten möglichst reibungslos verwirklicht werden können.

In diesem Kapitel werden drei Fragen beantwortet:

1. Wer muß beteiligt werden?
2. Wie wird die Beteiligung organisiert?
3. Womit wird die Beteiligung geregelt?

3.1 WER MUSS BETEILIGT WERDEN?

Jede Maßnahme des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung macht die Beteiligung von folgenden institutionellen Einrichtungen eines Betriebes erforderlich:

- die Unternehmens- bzw. Dienststellenleitung
- der Betriebs- bzw. Personalrat
- der Betriebsarzt
- die Fachkraft für Sicherheit
- der Sicherheitsbeauftragte
- Schwerbehinderten-Vertrauensperson.

Deren Zustimmung zu Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Betrieb ist notwendig. Damit wird deutlich, daß die Planung von Gesundheitsförderungsprogrammen immer vom Konsens dieser Gruppen abhängt. Mit anderen Worten: Ob Gesundheitsförderung im Betrieb durchgeführt wird, hängt von der Überzeugungskraft derjenigen ab, die sie gerne verwirklicht sehen wollen.

Über den innerbetrieblichen Rahmen hinaus sollte erwogen werden, wie die Einrichtungen der Krankenversicherung, z.B. Betriebs- und Innungskrankenkassen an den geplanten Aktivitäten beteiligt werden können. Die Krankenkassen haben ja ein ureigenes Interesse daran, daß die Beschäftigten in möglichst gesundheitsfördernden Arbeitsverhältnissen ihre Tätigkeiten ausüben. Ihr Sachverstand, aber auch ihre Bedeutung als (finanzieller) Sponsor der betrieblichen Gesundheitsförderung könnten es erleichtern, solch ein Programm in einem Betrieb durchzuführen. Deshalb sollte geprüft werden, ob sie sich an diesen Maßnahmen beteiligen wollen und wie diese Beteiligung im Interesse des Vorhabens aussehen kann.

3.2 WIE WIRD DIE BETEILIGUNG ORGANISIERT?

Je nach dem, wie sich die Situation in einem konkreten Betrieb darstellt, können Gespräche mit den einzelnen Gruppen geführt werden, um das Terrain zu sichten und einen ersten Eindruck davon zu erhalten, wie die Realisierungschancen für solch ein Vorhaben aussehen.

Man kann aber auch gleich im Arbeitsschutz-Ausschuß das Thema zur Sprache bringen. Denn dieses Gremium hat - wie wir im 2. Kapitel gezeigt haben - die auch rechtlich abgesicherte Kompetenz, sich mit gesundheitlichen Fragen des betrieblichen Alltags zu beschäftigen. Da jeder Betrieb, in dem Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt sind, über einen Arbeitsschutz-Ausschuß verfügen muß, besteht in diesen Betrieben praktische eine organisatorische Infrastruktur zur Planung, Durchführung und Auswertung von Gesundheitsförderungsprogrammen. Diese sollte auch genutzt werden, um nicht zusätzliche Gremien und Kommissionen zu schaffen, die für die Realisierung der Gesundheitsförderung nur unnötigen bürokratischen Ballast darstellen würden.

Besteht ein Arbeitsschutz-Ausschuß nicht oder gibt es andere Gründe, ihn nicht an der Planung und Durchführung der Gesundheitsförderung zu beteiligen, muß eine eigene Gruppe zusammengestellt werden, die die Planung und Koordination des Programmes übernimmt. Die Zusammensetzung dieser Gruppe sollte die betrieblichen Verhältnisse widerspiegeln, damit sich möglichst alle Betroffenen von ihr repräsentiert fühlen.

Unabhängig davon, welche organisatorische Lösung gefunden wird, bleibt die Einbeziehung von Experten außerhalb des Betriebes, so-

fern sie von dem jeweiligen Gremium gewünscht wird; sie muß entsprechend vereinbart werden.

Die Funktion von externen Experten liegt darin, daß sie aus ihrem Sachverstand heraus und aus der Tatsache, daß sie nicht Mitglieder der Betriebsorganisation sind, Vorschläge und Empfehlungen zur Planung und Durchführung des Programms geben können, die aus dem Kreis der Betriebsangehörigen vielleicht nicht zur Sprache gebracht werden können. Die beratende Tätigkeit solcher Experten kann zu einer Bereicherung des Programms beitragen - und gleichzeitig auch vor "vermeidbaren" Fehlern schützen. Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, sie kontinuierlich bei der Planung, Durchführung und Auswertung von Gesundheitsförderungsprogrammen zu beteiligen, weil sie gleichzeitig auch die Mitglieder der Planungs- bzw. Koordinierungsgruppe schulen, wie sie solche Programme anschließend selbständig durchführen können. Mit anderen Worten: Neben der Beratungsfunktion übernehmen externe Experten auch Weiterbildungsaufgaben für alle am Programm beteiligten Gruppen.

In welchem Umfang die Experten eingesetzt werden, hängt von der jeweiligen betrieblichen Situation ab. Es kommt darauf an, daß die Planungsgruppe in aller Offenheit den Bedarf an externer Expertise ermittelt und dementsprechend die Einbeziehung der Experten organisiert.

3.3 WOMIT WIRD DIE BETEILIGUNG GEREGLT?

Die Planung und Organisation eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammes machen es erforderlich, daß alle Beteiligten

sich über den jeweiligen Rahmen des Programms, seine zeitliche Dauer und die damit verbundenen innerbetrieblichen Aktivitäten einig werden. Wir schlagen vor, dies in Form einer Betriebsvereinbarung verbindlich festzulegen. Damit wird für alle beteiligten Gruppen und für jeden Beschäftigten klar, worauf sich die Aktivitäten beziehen, wer welche Pflichten und Rechte übernimmt und wie lange das Programm zunächst einmal durchgeführt wird. Zugleich werden betriebsöffentlich die Ansprechpartner bei eventuell auftretenden Problemen benannt; Einigungsstellen können angerufen werden. Soweit vertragliche Regelungen in Konfliktfällen getroffen werden, sollten die einschlägigen Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes und der Arbeitsschutzvorschriften Anwendung finden.

Im Hinblick auf die konkreten Themen der Gesundheitsförderung sind folgende Sachgebiete zu berücksichtigen:

- Organisation des Vorhabens:

- Festlegung der Zusammensetzung der Planungs- und Koordinationsgruppe,
- Festlegung der vorläufigen Dauer des Projekts,
- Festlegung der Adressatengruppe incl. spezieller Gruppen von Beschäftigten,
- Festlegung, ob und welche Maßnahmen innerhalb der Arbeitszeit durchgeführt werden,
- Festlegung der Freiwilligkeit zur Beteiligung an den Maßnahmen.

- Verantwortlichkeiten regeln:

- Festlegung der Kompetenzen für die Planungs- und Koordinationsgruppe,
- Festlegung der Kompetenzen für die externen Experten,
- Festlegung der Rechte und Pflichten der am Programm teil-

nehmenden Beschäftigten.

- Regeln der Kommunikation zwischen allen Beteiligten festlegen:

- Vereinbarung über die Vertraulichkeit bezüglich erhobener Daten,
- Festlegung der Freiwilligkeit zur Teilnahme an den geplanten Maßnahmen,
- Regelung der Kommunikationen zwischen der Planungsgruppe und den Vorgesetzten.

- Finanzierung der Aktivitäten:

Hierunter sind sowohl

- finanzielle (z.B. Honorare für externe Experten, Weiterbildung der Planungs- und Koordinationsgruppe)
- materielle (Bereitstellung von Räumlichkeiten, Druck von z.B. Postern und Faltblättern, Bereitstellung von Geräten wie z.B. Projektoren, Video-Recordern usw.)
- immaterielle (z.B. Zeitaufwand zur Durchführung der Aktivitäten, kontinuierliche Unterstützung seitens der Unternehmensleitung und des Betriebsrates)

Leistungen zu verstehen, die die Durchführung der Aktivitäten erst ermöglichen:

- Leistungen des Arbeitgebers
- Leistungen des Betriebs- bzw. Personalrates
- Leistungen der Beschäftigten
- Leistungen der Betriebs- bzw. Ortskrankenkasse

Diese Betriebsvereinbarung stellt die rechtliche und betriebsöf-fentliche Grundlage zur Planung, Durchführung und Auswertung des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammes dar. Auf sie können sich alle beteiligten Gruppen und die einzelnen Beschäftigten beziehen, wenn es um die konkrete Gestaltung von Aktivitäten und um Fragen der Beteiligung an den Aktivitäten geht. Die Betriebsvereinbarung regelt auch die Einigungsverfahren bei eventuell auftretenden Konfliktfällen. In diesem Sinne gibt die Betriebsvereinbarung allen Beteiligten ein Gefühl der Sicherheit beim Umgang

mit den ins Auge gefaßten Neuerungen im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Jeder weiß um seine Rechte und Pflichten, d.h. den geplanten Aktivitäten haftet nicht der Beigeschmack einer unverbindlichen Idee an, an die sich keiner zu halten braucht, sondern sie gewinnen durch die Vereinbarung von vorneherein einen seriösen, verbindlichen Charakter. Der Betrieb insgesamt dokumentiert nach innen wie nach außen, daß er gewillt ist, sich intensiv der betrieblichen Gesundheitsförderung zu widmen.

4. PLANUNG DES PROGRAMMS

Auf der Grundlage der betrieblichen Ist-Analyse kann die Planung des Gesundheitsförderungsprogrammes durchgeführt werden. Die Planungsgruppe - bestehend aus Vertretern der Betriebsleitung, des Betriebsrates, dem Betriebsarzt, dem Sicherheitsingenieur bzw. der Fachkraft für Sicherheit, der Schwerbehinderten-Vertrauensperson sowie weiterer Beschäftigter und externer Experten - sollte nach Abschluß der Ist-Analyse möglichst an die Planung des Programms gehen, damit die Motivation und das Interesse der Beschäftigten an der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten bleiben. Falls es einen betrieblichen Arbeitsschutz-Ausschuß gibt, könnte dieses Gremium als Planungsgruppe fungieren, da dort die Kompetenzen für Arbeitsschutz und Gesundheit gebündelt vorhanden sind.

In der Ist-Analyse haben die Beschäftigten ihre Themen und Prioritäten der betrieblichen Gesundheitsförderung angegeben. Sofern dort Angaben über konkrete gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz gemacht worden sind, ist es empfehlenswert, diese als erstes zu bearbeiten. Teilweise wird das nicht ohne weiteres möglich sein, weil die gewünschten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen nicht kurzfristig realisiert werden können. Es ist aber sicherlich für die Akzeptanz eines Programmes förderlich, wenn es gleich zu Beginn die Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigt und zu den gewünschten Verbesserungen beitragen kann. Damit wird auch das Klima für die weiteren Programm-Maßnahmen günstig gestaltet.

Solche Maßnahmen werden aller Voraussicht nach in der Realisierung von Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen liegen, wie

sie in den einschlägigen Gesetzen und Vorschriften festgehalten sind. Der Beginn der Gesundheitsförderung wird vermutlich erst einmal im klassischen Bereich des Arbeitsschutzes liegen, weil dieser Bereich dem einzelnen Beschäftigten am Arbeitsplatz am nächsten ist.

Das kurzfristige Abstellen von einzelnen Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz ersetzt aber noch kein Programm für gesundheitsfördernde Arbeitsweisen. Im folgenden wird ein Verfahren beschrieben, wie solch ein Programm gestaltet werden kann. Dabei werden nicht einzelne Themen definiert, weil dies völlig abhängig von der jeweiligen betrieblichen Situation ist. Diese unterscheidet sich von Betrieb zu Betrieb. Während in dem einen Betrieb vielleicht Probleme der Ernährung und des Genußmittel-Konsums im Vordergrund des Interesses stehen mögen, können in einem anderen Betrieb Themen wie Veränderungen in der Organisationsstruktur, Betriebsklima, Arbeitsdruck (Stress-Bewältigung) u.a.m. zentral sein. Welche Themen also konkret gewählt werden, ist abhängig von der Ist-Analyse, den Bedürfnissen der Beschäftigten und den Prioritäten, die die Planungsgruppe aufgrund ihrer Kenntnisse der betrieblichen Situation setzt.

Im folgenden werden vier Arbeitsbereiche der Programmplanung beschrieben. Sie betreffen die Festlegung von Themen, Zielgruppen, Aktivitäten und die Auswertung (Evaluation) des Programms. Jeder Arbeitsbereich enthält eine Reihe von Punkten, die als Mindestarbeitsschritte durchgeführt werden sollten.

4.1 PROGRAMM-BEREICHE

Die Entscheidung darüber, welche Themen von dem Gesundheitsförderungsprogramm bearbeitet werden sollen, ist abhängig von den Bedürfnissen der Beschäftigten und den gesundheitsbezogenen Problemen innerhalb des Betriebes. Darüber hinaus können aber auch weitergehende inhaltliche Vorstellungen über die Schaffung eines gesundheitsfördernden Betriebsklima berücksichtigt werden. Die inhaltliche Entscheidung muß von der Planungsgruppe diskutiert und gefällt werden. Grundsätzlich sollte daran gedacht werden, verschiedene Optionen hinsichtlich der vom Programm angebotenen Aktivitäten zu formulieren und die Beschäftigten dazu anzuhalten, selbst Entscheidungen darüber zu treffen, in welchen Bereichen sich jeder einzelne engagieren will. Gesundheitsförderung bedeutet nämlich, daß jeder aktiv wird und handelt. Das Programm bietet dafür die Rahmenbedingungen.

Dabei sind folgende drei Punkte zu berücksichtigen:

- Ziele und ihre Begründung

Die Ziele, die mit den jeweiligen Themen verfolgt werden, müssen den Beschäftigten in verständlicher Form vermittelt werden, damit sie erkennen können, ob und in welchem Umfang ein bestimmtes Thema für sie attraktiv und relevant ist, um sich an den geplanten Aktivitäten zu beteiligen.

Über die reine Formulierung der Ziele hinaus ist deren Begründung im Hinblick auf ihre gesundheitsfördernden Aspekte sowie ihrer Bedeutung für die Arbeitsbedingungen und das Betriebsklima darzustellen.

- Mögliche Auswirkungen

Die Planungsgruppe muß darüber befinden, welche Auswirkungen die Beschäftigung mit den gewählten Themenstellungen auf die Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit und das Arbeitsverhalten der Beschäftigten haben kann. Damit wird generell nach den Auswirkungen des Programms auf den gesamten Betriebsablauf und das Betriebsklima gefragt. Die Beschäftigten und die Unternehmensleitung sollten wissen, welche Auswirkungen die geplanten Aktivitäten auf ihr Arbeitsleben haben können.

- Beteiligungsmöglichkeiten

Bei der Formulierung und Entscheidung über die Themenstellungen des Programms sollten über die Planungsgruppe hinaus andere Personen(-gruppen) beteiligt werden. Es ist zu prüfen und ggf. anzugeben, wer an diesem Arbeitsschritt mitwirken kann bzw. mitgewirkt hat. Darüber hinaus muß gewährleistet sein, daß die Beschäftigten Entscheidungs- und Einflußmöglichkeiten haben, aus den angebotenen Themenstellungen Auswahlen zu treffen bzw. Vorschläge für weitere Themen einzubringen.

4.2 PROGRAMME FÜR SPEZIELLE GRUPPEN

Es kann sich als sinnvoll erweisen, bestimmte Themen für ausgewählte Gruppen anzubieten (z.B. Diabetiker, Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen, Raucher, Übergewichtige, Herz-Kreislauf-Patienten usw.). Diese speziellen Angebote sollten allerdings in den allgemeinen Rahmen des Gesundheitsförderungsprogrammes eingebunden sein, um von vorneherein eine Diskriminie-

zung von bestimmten Personengruppen zu vermeiden. Dies könnte nämlich zu einer sehr geringen Akzeptanz des Programmes führen. Die Beschäftigten könnten dadurch den Eindruck erhalten, Gesundheitsförderung sei nur etwas für Kranke, während für alle anderen dies kein Thema sei. Grundsätzlich sollte sich die Gesundheitsförderung in ihrem Angebot an alle Beschäftigten wenden. Falls dennoch spezielle Gruppen angesprochen werden, ist folgendes der innerbetrieblichen Öffentlichkeit bekannt zu machen:

- Begründung

Die Auswahl der Gruppe(n) muß begründet werden im Hinblick auf ihre gesundheitliche Bedeutung (Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenes Verhalten), ihre Bedeutung unter Arbeitsschutz-Gesichtspunkten bzw. ihre Bedeutung aufgrund von Alter, Geschlecht, Arbeitstätigkeit, Nationalität oder andere Merkmale.

- Mögliche Auswirkungen

Die Planungsgruppe muß darüber befinden, welche Auswirkungen die Festlegung bestimmter Gruppen für den Verlauf des Programmes, die Arbeitsorganisation, die Beziehungen zwischen den Beschäftigten und das Betriebsklima haben kann. Die Auswirkungen sind im Hinblick auf die Ziele und den Erfolg des Programmes abzuschätzen.

- Beteiligungsmöglichkeiten

Es muß gewährleistet sein, daß die ausgewählten Gruppen an

der Formulierung ihres spezifischen Programms beteiligt sind, damit ihre speziellen Interessen Berücksichtigung finden. Ggf. sind Repräsentanten der Gruppen in die Planungsgruppe aufzunehmen.

4.3 AKTIVITÄTEN

Entsprechend der festgelegten Themen und der ggf. ausgewählten Gruppe(n) werden einzelne Aktivitäten beschrieben, die im Rahmen des Programms durchgeführt werden sollen. Dabei sind die erforderlichen Durchführungszeiten abzuschätzen, damit die Beteiligten wissen, wieviel Zeitaufwand von ihnen erwartet wird. Außerdem sind die jeweiligen Voraussetzungen zur Durchführung der Aktivitäten (z.B. Räumlichkeiten, Bekleidung, Informationsstand usw.) zu bestimmen.

Zu unterscheiden sind 3 verschiedene Formen von Aktivitäten, die für die betriebliche Gesundheitsförderung von Bedeutung sind:

- Vermittlung von Informationen (z.B. schriftliches Material, Video/Filme, Schautafeln/Poster, Seminare, Einzel- bzw. Gruppen-Beratung, Selbsthilfegruppen)
- Veränderung von Verhaltensweisen (z.B. Verhaltenstraining für Übergewichtige, Raucher, Alkoholiker, Management-Training, Seminare zur Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation, soziales Training, Entspannungsübungen, Stress-Management)
- Schaffung von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitsschutz-Maßnahmen, Arbeitsplatz-Gestaltung, Verbesserung der Arbeitsorganisation, Reduzierung von Arbeitsbelastungen, Veränderungen der Produktionstechnik, Reduzierung der Gefahrstoffe, Verbesserung der Arbeitsgeräte)

In der Praxis wird immer eine Mischung dieser Aktivitätsformen realisiert werden. Unabhängig davon, was konkret in einem Pro-

gramm durchgeführt werden soll, ist auch für die einzelnen Aktivitäten wieder zu formulieren:

- Ziele und ihre Begründung

Es muß bestimmt werden, welche Ziele mit einer bestimmten Maßnahme erreicht werden sollen und warum die vorgesehene Aktivität besonders geeignet ist, das gesetzte Ziel zu realisieren. Mit dieser Beschreibung wird den Beschäftigten transparent gemacht, warum bestimmte Maßnahmen im Gesundheitsförderungsprogramm vorgesehen sind und für welche Zwecke diese Maßnahmen die angemessenen Mittel sind. Die Gestaltung und Realisierung des Programms werden damit für alle Beteiligten nachvollziehbar, d.h. die Akzeptanz des Programms wird erhöht.

- Mögliche Auswirkungen

Die möglichen Auswirkungen der Aktivitäten sind im Hinblick auf folgende Bereiche zu beschreiben:

- Arbeitsorganisation/Arbeitsbedingungen
- innerbetriebliche Kommunikation
- Arbeitsweisen der Zielgruppe(n)
- Gesundheitszustand der Zielgruppe(n)

- Beteiligungsmöglichkeiten

Die Gruppe(n) müssen bei der Entscheidung über geplante Aktivitäten und bei ihrer Gestaltung schon im Planungsstadium beteiligt werden. Es ist zu prüfen, welche Beteiligungsmöglichkeiten verwirklicht werden können und woraus die Beiträge der Gruppe(n) bestehen können.

4.4 AUSWERTUNG/EVALUATION

Gesundheitsförderungsprogramme stellen keine "Rezept-Sammlung" dar, bei deren Anwendung der Erfolg quasi automatisch garantiert ist. Da sich die betriebliche Situation in einem ständigen Entwicklungs- bzw. Veränderungsprozeß befindet, werden die Ausgangsbedingungen für die Gesundheitsförderung auch immer ein wenig mitverändert. Dies wiederum erfordert ein flexibles Programm, das sich den Bedingungen des Betriebes anpaßt. Entsprechend flexibel müssen auch die Erfolgskriterien für ein Programm gesetzt werden. Dies gilt umso mehr als gesundheitsfördernde Arbeitsweisen und Arbeitsbedingungen ja kein Produkt sind, das, einmal erworben, für alle Zeit besteht. Sie müssen immer wieder neu aktualisiert werden.

Der Prüfstand für ein erfolgreiches Programm ist die betriebliche Wirklichkeit - und nicht etwa ein künstlicher Raum, in dem man alle möglichen Faktoren kontrollieren und rein technisch untersuchen kann. Deshalb kann bei der Definition von Erfolgskriterien auch nicht nur mit labormedizinischen Faktoren gearbeitet werden.

- Definition von Erfolgskriterien und ihre Begründung

Folgende Erfolgskriterien können z.B. für ein betriebliches Gesundheitsförderungsprogramm eine Rolle spielen:

- Grad der Beteiligung der Zielgruppe(n)
- Ausmaß der angestrebten Verhaltensänderungen bei den Beschäftigten
- Reduzierung des Krankenstandes
- Reduzierung der Arbeitsunfälle
- Reduzierung der Berufskrankheiten
- Ausmaß der veränderten Arbeitsbedingungen
- Verbesserung des Betriebsklimas

Die Messung dieser Erfolgskriterien erfolgt auf zweierlei Wei-

se:

- mengenmäßige Auswertung der während des Programms erstellten statistischen Unterlagen (z.B. Teilnehmerzahl von Aktivitäten, Krankenstand, Zahl der Arbeitsunfälle usw.)
- schriftliche und mündliche Interviews mit den Beschäftigten über ihre Einschätzung des Programms (z.B. durch kurze Fragebögen, Einzel- bzw. Gruppen-Interviews); in diesen Interviews können Themen wie Betriebsklima, Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung, Streß-Management, Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten usw. angesprochen werden; die Interviews werden von der Planungsgruppe ausgewertet.

- Beteiligungsmöglichkeiten

Die Beschäftigten müssen an der Auswertung des Programms beteiligt werden, denn der Erfolg des Programms ist zu einem guten Teil auch ihr persönlicher Erfolg. Wenn es gelingt, die Entwicklung gesundheitsfördernder Arbeitsweisen in den betrieblichen Alltag zu integrieren, haben die Beschäftigten persönlich etwas von diesem Erfolg des Programmes. Insofern ist eine innerbetrieblich öffentliche Auswertung des Programms und eine Diskussion über die Ergebnisse der Aktivitäten wünschenswert. Sie kann gleichzeitig dazu beitragen, die Motivation der Beschäftigten stärken, sich an den Aktivitäten der Gesundheitsförderung zu beteiligen.

5. UMSETZUNG/IMPLEMENTATION

Wenn alle Beteiligten sich darüber verständigt haben, das geplante Gesundheitsförderungsprogramm im Betrieb zu verwirklichen, beginnt die Phase der Umsetzung oder, wie der Fachausdruck lautet: der Implementation. Bisher liegen Papiere vor, in denen festgehalten ist, was getan werden soll bzw. könnte; es sind Verantwortlichkeiten und Regeln der Zusammenarbeit vereinbart worden. Nun geht es darum, das geschriebene Wort in die Tat umzusetzen.

Bei der Implementation können wir vier verschiedene Phasen unterscheiden:

- Schaffung von Problembewußtsein bei den Beschäftigten im Rahmen der Bekanntmachung des Programms,
- Schaffung der Infrastruktur für die geplanten Aktivitäten,
- Umsetzung und Koordination der geplanten Aktivitäten,
- Kontinuierliche Evaluation der Aktivitäten.

Im folgenden werden diese vier Phasen und die mit ihnen verbundenen Aktivitäten im einzelnen erläutert. Zuvor jedoch noch einige prinzipielle Bemerkungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsprogrammen.

Das Thema "Gesundheit" läßt sich nur schwer eindeutig und für alle Menschen gleichermaßen verbindlich beschreiben. Jeder versteht darunter etwas anderes, weil jeder Mensch Gesundheit auch individuell anders erlebt. Infolgedessen ist auch das, was man unter Gesundheitsförderung verstehen kann, nicht eindeutig zu definieren. Diese Tatsache kann bei der Implementation von Programmen

zur Gesundheitsförderung Probleme bei zwei Gruppen schaffen:

- der Planungsgruppe, weil sie meint, genau zu wissen, was für die Zielgruppe(n) gesundheitsförderlich ist und was nicht. In diesem Fall der strikten Definition dessen, was die Menschen im Rahmen des Programms tun dürfen und was nicht, kommt es zu Reibereien mit der Zielgruppe - und damit entsteht die Gefahr, daß das Programm abgelehnt wird, d.h. die Implementation mißlingt völlig bzw. teilweise.

Bei der Umsetzung von Programmen ist deshalb von Anfang an darauf zu achten, daß

- (1) die Teilnahme freiwillig ist und keine Daten ohne Zustimmung der Teilnehmer erhoben und/oder weitergegeben werden dürfen,
 - (2) Gesundheit im Sinne von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden zwar von gesellschaftlichen Bedingungen geformt wird, sich aber auch individuell sehr unterschiedlich ausdrückt,
 - (3) die Aktivitäten so flexibel gestaltet sind, daß die Teilnehmer sich mit ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten in ihnen wiederfinden können,
 - (4) die Planungsgruppe auf die Reaktionen, Bedürfnisse und Interessen der Teilnehmer flexibel reagieren kann, und
 - (5) die geplanten Aktivitäten immer nur einen Entwurf darstellen, der sich in der Praxis erst bewähren muß, bevor er eine gewisse Gültigkeit beanspruchen kann.
- der potentiellen Teilnehmer, weil sie z.T. der Auffassung sein können, daß ihre Gesundheit nur sie und niemandem sonst etwas angehe. Das heißt: sie können das Angebot des Programms als Aufforderung zur Anpassung mißverstehen. Gleichzeitig können sie meinen, daß mit dem Programm nur eine "Beschönigung" der tatsächlichen Arbeitsbedingungen, nicht aber eine tatsächliche Verbesserung angestrebt wird. Dieser Verdacht kann nur dadurch

ausgeräumt werden, daß die Konzeption und die geplanten Aktivitäten des Programms in allen Details den Teilnehmern gegenüber offengelegt werden, um deutlich zu machen, mit welchen Mitteln welche Ziele angestrebt werden und wo die Mitwirkungsmöglichkeiten der Beschäftigten liegen.

5.1 SCHAFFUNG VON PROBLEMBEWUSSTSEIN BEI DEN BESCHÄFTIGTEN

Der erste Schritt der Implementation besteht darin, den potentiellen Teilnehmern Ziele, Inhalte und Aktivitäten des Programms vorzustellen. Im Verlauf der Ist-Analyse haben die Beschäftigten zum ersten Mal davon erfahren, daß eine betriebliche Arbeitsgruppe sich mit dem Thema "Gesundheit" beschäftigt und daran arbeitet, ein Gesundheitsförderungsprogramm zu entwickeln. Von daher gibt es also ein gewisses Problembewußtsein bei den Beschäftigten, auf das sich die Planungsgruppe beziehen kann.

Dennoch ist davon auszugehen, daß im Hinblick auf die geplanten Maßnahmen weitere Informationen notwendig sind, mit denen die Mitarbeiter motiviert werden, sich am Programm zu beteiligen. Die Informierung der Beschäftigten sollte auf zwei Wegen erfolgen:

- schriftliche Informationen über Ziele, Inhalte, Aktivitäten, Teilnahmebedingungen, Zielgruppen und Zeitpläne der geplanten Maßnahmen für jeden Beschäftigten. Die Verbreitung der Information sollte auf postalischem Weg erfolgen, damit auch die Familien der Beschäftigten von dem Programm erfahren und ggf. in ihrem Lebensbereich einzelne Aktivitäten (z.B. im Bereich Ernährung, Fitness usw.) unterstützen.

- Betriebsversammlungen und/oder Abteilungsversammlungen, in denen das Programm von Vertretern der Planungsgruppe den Mitarbeitern vorgestellt wird und wo sie die Gelegenheit erhalten, das Programm und seine Bedeutung für ihre Arbeitsplätze zu diskutieren.

Auf diesen Versammlungen sollte auch als erstes Angebot des Programms auf die als vordringlich erachteten Verbesserungen der in der Ist-Analyse genannten Arbeitsbedingungen eingegangen werden. Die Planungsgruppe sollte Vorschläge vorlegen, wie diese Verbesserungen möglichst rasch realisiert werden können, damit die Beschäftigten sehen, daß ihre Interessen im Rahmen des Programms berücksichtigt werden.

Nachdem die schriftliche und mündliche Information der Beschäftigten erfolgt ist, sind an markanten Stellen des Betriebes (z.B. Eingang zur Kantine, Pausenräume, Werkstor u.a.m.) Informationstafeln aufzustellen, auf denen das Programm-Angebot mit seinen wechselnden aktuellen Aktivitäten präsentiert wird. Das Programm braucht einen festen Platz im Betriebsalltag, damit die Beschäftigten immer wieder auf dieses Angebot aufmerksam gemacht werden.

5.2 SCHAFFUNG DER INFRASTRUKTUR ZUR DURCHFÜHRUNG DES VORHABENS

Neben der Präsentation des Programms im Betrieb müssen weitergehende Maßnahmen zur Programm-Implementation getroffen werden, die man als Infrastruktur des Vorhabens bezeichnen kann. Diese Maßnahmen betreffen räumliche, materielle und personelle Aspekte des Programms.

- Räumliche Faktoren

Als räumlicher Kristallisationspunkt des Programms sollte die Planungsgruppe über ein Büro verfügen, in dem u.a. zu festgelegten Zeiten Sprechstunden für die Belegschaft abgehalten werden können.

Zur Durchführung von Seminaren, Kursen, Übungen und Gruppensitzungen müssen Räumlichkeiten bereitstehen und ggf. entsprechend der Programm-Erfordernisse ausgestattet werden. Raum- und Zeitplanung der Aktivitäten müssen aufeinander abgestimmt werden.

- Materielle Faktoren

Damit die Planungsgruppe und evtl. weitere Arbeitsgruppen des Programms effektiv arbeiten können, sind entsprechende Büroeinrichtungen und -maschinen nötig. Diese Einrichtungen müssen dem Vorhaben ständig zur Verfügung stehen.

Für die Durchführung einzelner Aktivitäten (z.B. Gymnastik, Entspannungsübungen, Seminare) ist eine entsprechende Ausstattung der Räumlichkeiten vorzusehen (z.B. Gymnastikgeräte, Matten, Dia-Projektoren usw.). Diese Gegenstände müssen entsprechend der Zeitplanung für die Aktivitäten bereitgestellt werden.

Falls einige Aktivitäten außerhalb betrieblicher Einrichtungen durchgeführt werden (z.B. Petriebsport, Kochkurse, Wochenendkurse usw.) müssen die Räumlichkeiten rechtzeitig angemietet werden. Dabei ist zu prüfen, in welchem Umfang kommunale Einrichtungen für diese Aktivitäten genutzt werden können. Die Zusammenarbeit mit Trägern solcher Einrichtungen sollte überall dort gesucht werden, wo die betrieblichen Einrichtungen

nicht zur Verfügung stehen bzw. nicht rechtzeitig bereitgestellt werden können.

- Personelle Faktoren

Zur Durchführung von Aktivitäten sind geschulte Kursleiter nötig. Diese Aufgabe kann zwar auch von externen Experten übernommen werden, doch bietet es sich unter langfristigen Gesichtspunkten an, interessierte Mitglieder der Belegschaft für Kursleiter-Tätigkeiten auszubilden. Entsprechende Trainingsprogramme sind auf ihre Tauglichkeit zu prüfen. Die Ausbildung muß ebenfalls räumlich und zeitlich geplant werden.

5.3 DURCHFÜHRUNG DER AKTIVITÄTEN

Für die Durchführung der Aktivitäten ist zunächst einmal eine Zeitplanung notwendig. Die Zeitplanung bezieht sich einerseits auf die Abfolge der einzelnen Maßnahmen bzw. deren zeitlich befristete Kombination miteinander (z.B. Ernährungsinformation kombiniert mit einem Kochkurs; oder: Fitness-Training kombiniert mit Entspannungsübungen und Stress-Management; oder: neue Pausen-Regelungen; u.a.m.). Zum anderen bezieht sie sich auf die Abfolge von Maßnahmen innerhalb eines bestimmten Themenbereiches (z.B. Raucherentwöhnung: Einrichtung von Raucherzonen in einem Betrieb, der sich zur Nichtraucher-Zone erklärt, Selbsthilfe-Gruppe, Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen, Einzel-Beratung, usw.).

Entsprechend der thematischen und zeitlichen Abfolge von Maßnahmen sind die erforderlichen Informationsunterlagen zusammenzustellen und ggf. auf die spezifischen betrieblichen Situationen

hin anzupassen. Diese Arbeiten müssen von der Planungsgruppe koordiniert werden. Dabei sind die Kontakte zu lokalen Einrichtungen (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, VHS, Fach(hoch)schulen) zu nutzen; deren Kompetenzen im Hinblick auf die Gestaltung und Durchführung von Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen sollten im Interesse des Gesundheitsförderungsprogrammes ausgeschöpft werden.

Im weiteren ist zu entscheiden, für welche Veranstaltungen ggf. externe Fachkräfte herangezogen werden müssen bzw. sollten. Hier sind Themen- und Terminabsprachen nötig.

5.4 KONTINUIERLICHE EVALUATION DER AKTIVITÄTEN

Bereits während der Implementation des Programmes ist es sinnvoll, wenn die Planungsgruppe sich regelmäßig über den Verlauf der einzelnen Maßnahmen informiert. Hierzu sind kurze Fragebögen zu entwerfen, in denen die Teilnehmer von Aktivitäten der Planungsgruppe rückmelden, wie ihnen die Maßnahmen gefallen, was ihrer Meinung verbessert und verändert werden sollte, wie die zeitliche Platzierung der Aktivitäten an die Interessen der Teilnehmer angeglichen werden kann. Die kontinuierliche Auswertung dieser Rückmeldungen dient der Evaluation des Programmes und ermöglicht seine flexible Gestaltung.

Es ist deshalb erforderlich, daß sich die Planungsgruppe regelmäßig trifft (z.B. im wöchentlichen Turnus), um den Verlauf des Programmes und seine möglicherweise notwendigen Änderungen zu besprechen, die entsprechenden planerischen Schritte einzuleiten und die Raum-, Zeit- und Personalplanung zu korrigieren.

Darüber hinaus ist in Erwägung zu ziehen, Betriebs- und Abteilungsversammlungen durchzuführen, um im Dialog mit den Beschäftigten den Verlauf des Programms zu besprechen; regelmäßige Sprechstunden der Planungsgruppe führen zu einer weiteren Intensivierung des Kontaktes mit den Beschäftigten.

6. A N H A N G

6.1 STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Zur Begrenzung von Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt hat der Staat schon vor über 100 Jahren mit sozialpolitischen Maßnahmen reagiert. Im Vordergrund standen dabei über lange Jahre nur Arbeitsunfälle und einige spezielle Berufskrankheiten. Aus diesen Bemühungen entstanden die staatliche Gewerbeaufsicht und die Unfallversicherungen.

Erst in den 70er Jahren wurden Gesetze mit stärker präventiver Orientierung verabschiedet, die die Arbeitgeber auf eine menschen- und gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen verpflichten. Von besonderer Bedeutung für den betrieblichen Gesundheitsschutz sind folgende Gesetze, Vorschriften und Regeln; sie beziehen sich auf:

1. Arbeitsstätten einschließlich Betriebshygiene
(z.B. Gewerbeordnung, Arbeitsstättenverordnung)
2. Maschinen, Geräte und technische Anlagen
(z.B. Gerätesicherheitsgesetz, Dampfkesselverordnung)
3. Gefährliche Arbeitsstoffe
(Chemikaliengesetz, Gefahrstoffverordnung, Störfallverordnung)
4. Arbeitszeitregelungen
(z.B. Arbeitszeitordnung, Ladenschlußgesetz, Fahrpersonalgesetz)
5. Schutz bestimmter Personengruppen
(z.B. Mutterschutz-, Jugendschutz-, Heimarbeitgesetz)
6. Arbeitsschutzorganisation im Betrieb
(z.B. Reichsversicherungsordnung, Arbeitssicherheitsgesetz)

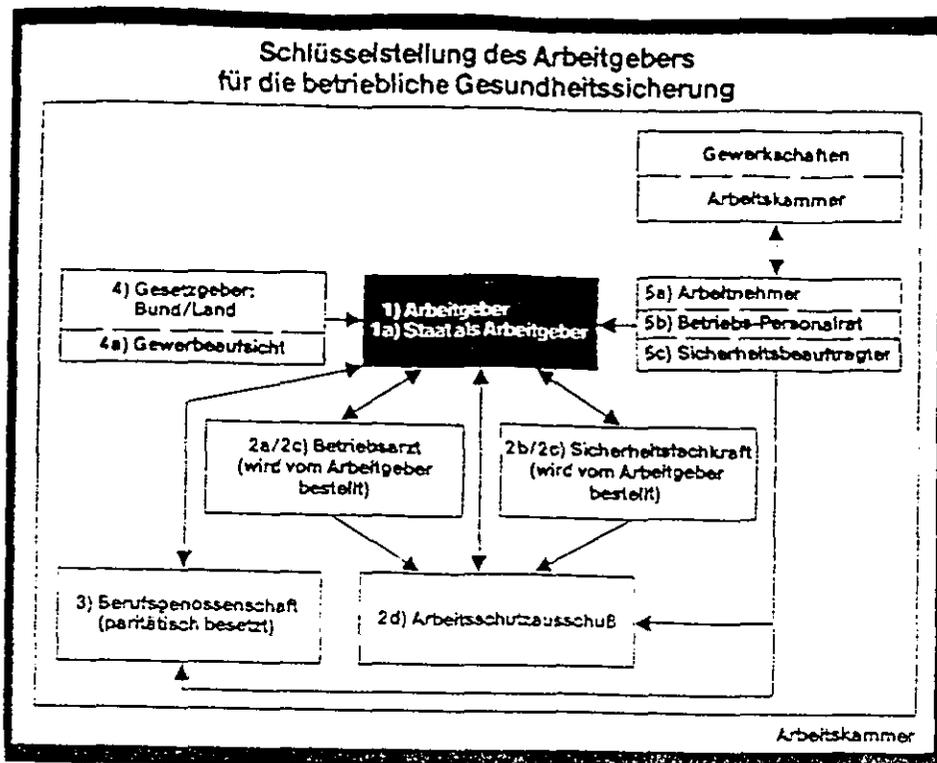
Mit Bezug auf die Reichsversicherungsordnung haben Berufsgenossenschaften Unfallverhütungsvorschriften (UVV) erlassen für:

- technische Sicherheit
(z.B. UVV Gabelstapler)
- Belastungen
(z.B. UVV Gefährliche Arbeitsstoffe, UVV Lärm)
- betriebliche Arbeitsschutzorganisation
(z.B. UVV Erste Hilfe, UVV Betriebsärzte, UVV Sicherheitsfachkräfte, UVV Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung, UVV Allgemeine Vorschriften).

Neben den staatlichen Gesetzen und berufsgenossenschaftlichen Regelungen spielen Verträge zwischen den Tarifpartnern und Vereinbarungen innerhalb des Mitbestimmungsrahmens eine wichtige Rolle:

- Tarifverträge
(z.B. Arbeitszeit, Erholzeiten)
- Betriebsvereinbarungen
(z.B. über bessere Bewältigung von Nachtarbeit).

Für den betrieblichen Arbeitsschutz ist grundsätzlich der Unternehmer verantwortlich. Innerbetriebliche Organe wie Betriebsarzt, Sicherheitskraft und Arbeitsschutzausschuß beraten den Unternehmer und unterstützen ihn bei der Durchführung des Arbeitsschutzes. In der folgenden Übersicht wird die Schlüsselstellung des Arbeitgebers im System des Arbeitsschutzes deutlich.



Quelle: Arbeitskammer des Saarlandes

Die Funktionen und Aufgaben des betrieblichen Arbeitsschutzes gehen aus folgender Übersicht hervor:

FUNKTIONEN UND AUFGABEN BEIM BETRIEBLICHEN ARBEITSSCHUTZ

| ORGANE | AUFGABEN / FUNKTIONEN | RECHTLICHE GRUNDLAGEN |
|--|--|--|
| Arbeitgeber Betriebsleiter, Meister | Verantwortung für den Arbeitsschutz gegebenenfalls im Rahmen der Pflichtübertragung | § 120a GewO §§ 2, 12 usw. VEG 1 |
| Betriebsrat | Einsetzen für die Durchführung der Vorschriften, Anregung, Beratung, Auskunft, Mitbestimmung | § 80 Abs. 1 Nr.1 § 87 Abs. 1 Nr.7 § 87 Abs. 2 und § 89 BetrVG |

Sicherheits-
fachkraft,
Betriebsarzt

Weisungsfreiheit, fachliche Un-
terstützung und Beratung des Ar-
beitgebers und des Betriebsrates

§§ 3, 6, 8, u
9 ASiG

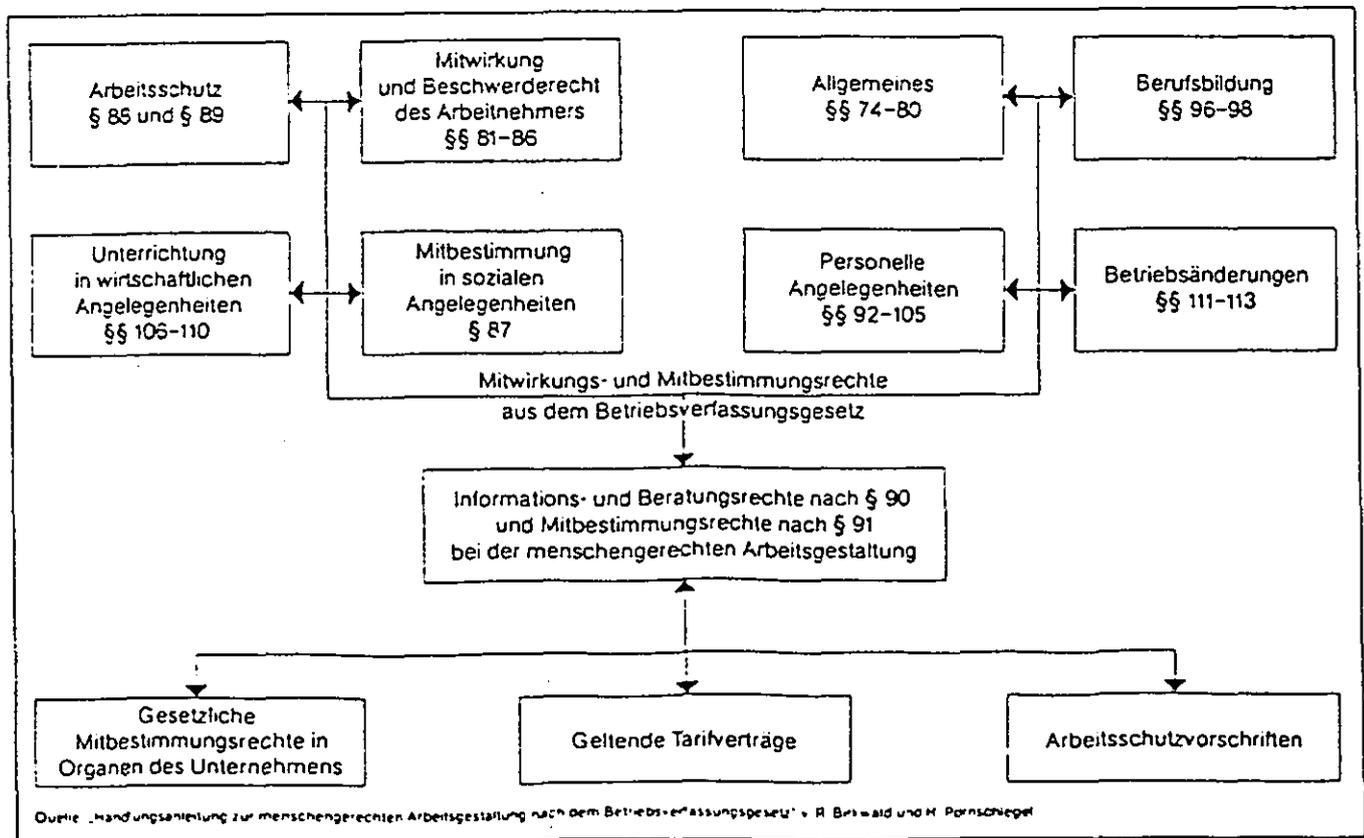
Sicherheits-
beauftragte

Unterstützung und Beratung des Ar-
beitgebers und der Vorgesetzten
ohne Verantwortung, Unterstützung
der Arbeitnehmer, des Betriebsra-
tes und der Fachkräfte

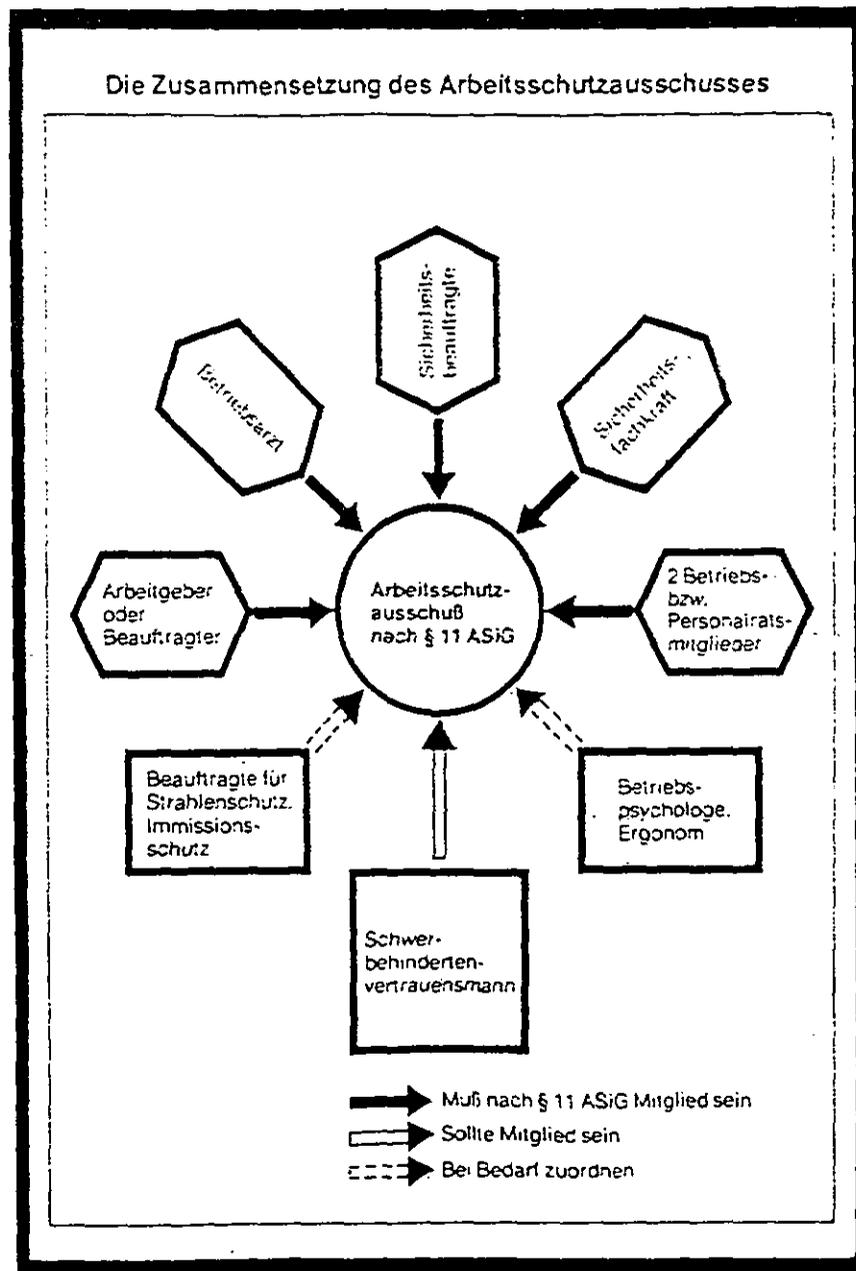
§ 719 RVO
§ 9 VBG 1

Quelle: KAISER, S. (1985), Arbeits- und Gesundheitsschutz im
Privaten Dienstleistungsbereich. Düsseldorf (HBV), S.42

Arbeitsschutz und gesundheitliche Belange der Beschäftigten un-
terliegen den Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechten gemäß dem
Betriebsverfassungs- bzw. Personalvertretungsgesetz. Dies wird im
folgenden dokumentiert:



Für den praktischen Vollzug des betrieblichen Arbeitsschutzes und der Gesundheitssicherung kommt dem Arbeitsschutzausschuß nach § 11 des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) als zentrales Organ eine besondere Aufgabe zu. Er fungiert im Prinzip als innerbetriebliches Beratungsorgan für alle Fragen zur gesundheitlichen Sicherung. Seine Zusammensetzung wird im folgenden veranschaulicht:



Quelle: Arbeitskammer des Saarlandes (1982), S.70

Gemäß § 11 ASIG hat der Arbeitsschutzausschuß die Aufgabe, "Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beraten". Der Ausschuß tritt mindestens einmal vierteljährlich zusammen. Die "Anliegen" ergeben sich aus den Aufgabenkatalogen der Betriebsärzte nach § 3 und der Fachkraft für Arbeitssicherheit nach § 6 ASIG. Folgende Themenschwerpunkte für die Tätigkeit des Arbeitsschutzausschusses sind denkbar:

1. Bestandsaufnahme von Unfällen, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Erkrankungen und anderer einschlägiger Informationen.
2. Ermitteln und festlegen der Arbeitsschwerpunkte.
3. Erstellen eines Arbeitsschutzprogramms.
4. Vorbereitung von Betriebsvereinbarungen über den Arbeitsschutz.
5. Beteiligung an regelmäßigen Betriebsinspektionen.
6. Beteiligung bei der Besichtigung durch das Gewerbeaufsichtsamt und dem technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaft.
7. Koordinierung der Arbeit des Sicherheitsbeauftragten.
8. Maßgebliche Beteiligung bei der Auswahl der Sicherheitsbeauftragten.
9. Anlage einer Statistik zur Ermittlung von Aktionsschwerpunkten.
10. Erstellung von Berichten für den Betriebsrat, die Unternehmensleitung, Abteilungs- sowie Betriebsversammlungen.
11. Systematische Schulung der Ausschußmitglieder bei Berufsgenossenschaft, Arbeits- bzw. Angestelltenkammern, Gewerkschaften und anderen Ausbildungsstätten.
12. Organisation der Unterrichtung der Belegschaft nach den verschiedenen gesetzlichen Regelungen (Gefahrstoffverordnung, Arbeitsanweisung § 81 Betriebsverfassungsgesetz).
13. Arbeitsplätze in Koordinierung mit anderen zuständigen Ausschüssen wie z.B. Akkordausschuß auf ihre menschengerechte Gestaltung prüfen.
14. Verbindung zu anderen einschlägigen Institutionen wie z.B. regionalen Arbeitskreisen halten.
15. Zusammenarbeit mit der Abteilung Arbeitssicherheitsergonomie (gilt für Großbetriebe).

16. Regelmäßige Kontrolle der Kantinen, Küchen und der Sozialräume.
17. Betreuung der Schwerbehinderten und gleichgestellten Mitarbeitern in Koordination mit der Vertrauensperson der Schwerbehinderten.
18. Regelmäßige Konsultation des Betriebsarztes hinsichtlich arbeitsmedizinischer Fragen, Fragen der Umwelt und der Umgebungseinflüsse.
19. Regelmäßige Konsultation des Sicherheitsingenieurs bzw. der Kraft für Arbeitssicherheit hinsichtlich sicherheitstechnischer Fragen.
20. Sonderaufgaben, falls mit ionisierenden Strahlen, radioaktiven Stoffen, infektiösen Materialien und ähnlichem umgegangen wird.
21. Kontrolle der durchgeführten Maßnahmen.

In der folgenden Übersicht werden die Aufgaben der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit gegenübergestellt:

Aufgaben der Betriebsärzte

Aufgaben der Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallvermeidung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen.

Die Betriebsärzte haben \pm bei

- arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung.

der Organisation der „Ersten Hilfe“ im Betrieb, Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiederergliederung Behindeter in den Arbeitsprozess, den Arbeitgeber zu beraten.

- Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen.

- der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen
- der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitssicherheits-
- der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln

die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallvermeidung zu beobachten und im Zusammenhang damit

- die Arbeitsstätten in regelmäßigen Abständen zu begreifen und festgestellte Mängel dem Arbeitgeber oder der sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallvermeidung verantwortlichen Person mitzuteilen, Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel vorzuschlagen und auf deren Durchführung hinzuwirken.
- auf die Benutzung der Körperschutzmittel zu achten

Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben darauf hinzuwirken,

- daß sich alle im Betrieb Beschäftigten den Anforderungen des Arbeitsschutzes und der Unfallvermeidung entsprechend verhalten, insbesondere sie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind, sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu belehren.

- bei der Einsatzplanung und Schulung der Helfer in „Erster Hilfe“ und des medizinischen Hilfspersonals mitzuwirken
- die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten

Die Fachkräfte für \pm Arbeitssicherheit haben bei

- der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs, der Arbeitsumgebung und in sonstigen Fragen der Ergonomie den Arbeitgeber zu beraten
- die Betriebsanlagen und die technischen Arbeitsmittel, insbesondere vor der Inbetriebnahme und Arbeitsverfahren, insbesondere vor ihrer Einführung sicherheitstechnisch zu überprüfen

- Ursachen von Arbeitsunfällen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Vermeidung dieser Arbeitsunfälle vorzuschlagen

- bei der Schulung der Sicherheitsbeauftragten mitzuwirken

Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft haben den Arbeitgeber und die sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallvermeidung verantwortlichen Personen zu beraten, insbesondere bei:

Quelle: Arbeitskammer des Saarlandes (1982), S.68

Sicherheitsbeauftragte hat der Arbeitgeber nach § 719 der Reichsversicherungsordnung in Betrieben mit über 20 Beschäftigten zu bestellen. Sie werden als ehrenamtliche Helfer aus dem Kreis der Betriebsangehörigen ausgewählt. Sie unterstützen den Arbeitgeber, die Vorgesetzten sowie die Arbeitskollegen bei den Bemühungen um die Beseitigung von Unfall- und Gesundheitsgefahren. Die Absicht des Gesetzes ist darin zu sehen, die Erfahrungen und Kompetenzen von Beschäftigten bei der Wahrnehmung und Thematisierung sowie der Bewältigung von Gesundheitsrisiken zu nutzen. Sie sollen Gesundheitsprobleme ihres unmittelbaren Arbeitsumfeldes (z.B. Abteilung, Arbeitsgruppe, Etage, Lagerhalle) beobachten und als Mittler zwischen Arbeitskollegen und Vorgesetzten wirken. Dabei sollen sie Vorgesetzte sofort über aufgetretene Schäden, Risikohaftungen und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen informieren und Beschwerden bzw. Veränderungsvorschläge von Kolleginnen und Kollegen aufgreifen, besprechen und bei den Vorgesetzten auf Abhilfe drängen. Sie haben auch die Funktion, ihre Arbeitskollegen über sicherheitsgerechtes Verhalten zu informieren.

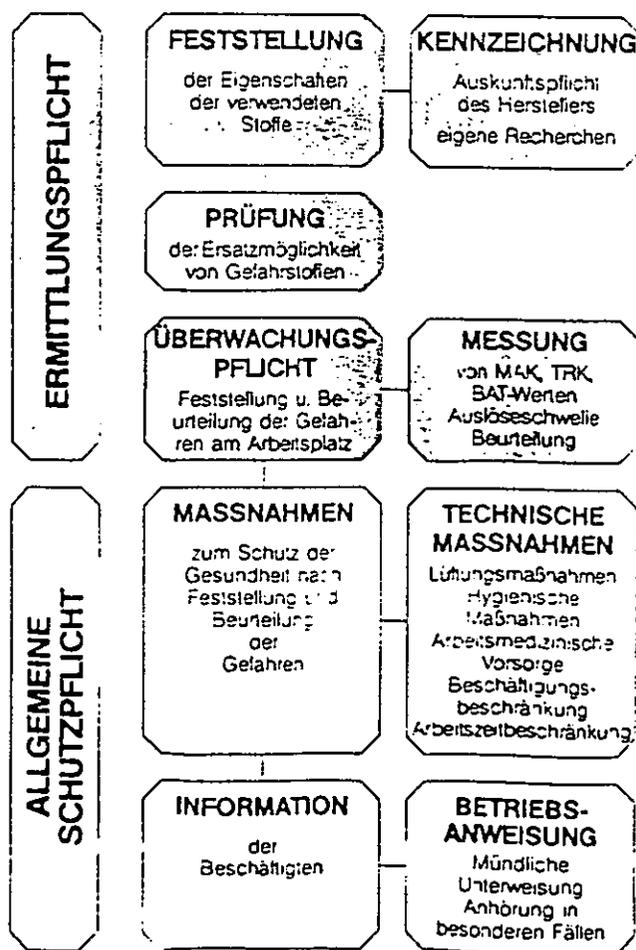
In der folgenden Zusammenfassung werden noch einmal all die Belastungsfaktoren aufgelistet, die Gegenstand von Rechtsnormen im Bereich Arbeitsschutz und Unfallverhütung sind - und die von daher Ansatzpunkte für konkrete Programme zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bieten. Anschließend soll näher auf ein Regelwerk eingegangen werden - die Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe (Gefahrstoffverordnung) -, das eine gute Basis für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen darstellt.

FÜR DIE GESUNDHEITSPFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT

Die Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe (Gefahrstoffverordnung) vom 26.08.1986 soll hier etwas eingehender dargestellt werden, da sie als Regelwerk für die daraus folgende organisatorische betriebliche Praxis eine gute Basis für ein betriebliches Gesundheitsförderungsprogramm darstellt. Zwar beschränkt sich die Verordnung auf eine Reihe von Stoffen, jedoch läßt sich eine erfolgreiche betriebliche Umsetzung nur erreichen, wenn die systematische Integration der Bekämpfung von toxischen Risiken in ein umfassendes Gesundheitsschutz- bzw. -förderungsprogramm gelingt. Die Gefahrstoffverordnung bietet dazu gute Anknüpfungspunkte.

Das folgende Schema stellt das Konzept der Gefahrstoffverordnung

vor:



Der Anwendungsbereich der Verordnung bezieht sich sowohl auf den Umgang mit Gefahrstoffen als auch auf Tätigkeiten in deren Gefahrenbereich. Als Gefahrstoffe werden definiert:

- Stoffe und Zubereitungen, die gefährliche Eigenschaften entsprechend der festgelegten Definition haben;
- Stoffe, Zubereitungen und Erzeugnisse, die Gefahrstoffe freisetzen;
- Stoffe, Zubereitungen und Erzeugnisse, aus denen die Gefahrstoffe beim Umgang entstehen; und
- Stoffe, Zubereitungen und Erzeugnisse, die Krankheitserreger übertragen können.

Die Vorschriften gelten für alle Arbeitnehmer einschließlich

- Auszubildende
- Heimarbeiter
- Beamte
- Schüler
- Studenten.

Es ist die Pflicht des Arbeitgebers, eine Betriebsanweisung zu erstellen, die in verständlicher Form und Sprache informiert:

- über die beim Umgang auftretenden Gefahren,
- über die entsprechenden Schutzmaßnahmen,
- über die Verhaltensregeln auch für den Gefahrfall und
- über Erste-Hilfe-Maßnahmen.

Anhand dieser Betriebsanweisung müssen die Arbeitnehmer unterwiesen werden. Die Unterweisungen sind schriftlich festzuhalten und

durch die Unterschrift des Arbeitnehmers zu bestätigen. Eine besondere Informationspflicht des Arbeitgebers besteht gegenüber Arbeitnehmerinnen (werdende Mütter müssen über mögliche Gefahren für das Kind und über Beschäftigungsbeschränkungen unterrichtet werden).

In besonderen Fällen sind Unterweisungen und Anhörungen erforderlich, wie aus der folgenden Zusammenstellung hervorgeht:

ALLGEMEINE SCHUTZPFLICHT

Information der Beschäftigten

Der Arbeitgeber hat eine Betriebsanweisung zu erstellen

- In verständlicher Form u. Sprache
- Über die beim Umgang auftretenden Gefahren
- Über die entsprechenden Schutzmaßnahmen
- Über die Verhaltensregeln auch für den Gefahrfall
- Über Erste-Hilfe-Maßnahmen

Der Arbeitgeber hat anhand der Betriebsanweisung die Beschäftigten zu unterweisen

Besondere Informationspflicht besteht gegenüber Arbeitnehmerinnen

- Für werdende Mütter über mögliche Gefahren für das Kind
- Über Beschäftigungsbeschränkungen

Die Unterweisungen sind schriftlich festzuhalten und durch Unterschrift des Beschäftigten zu bestätigen.

6.3 ANSATZPUNKTE ZUR VERKNÜPFUNG VON BETRIEBLICHEN GESUNDHEITS- FÖRDERUNGSPROGRAMMEN MIT DEM ARBEITSSCHUTZ

Die im vorangehenden Abschnitt vorgestellten Rechtsgrundlagen und die daraus abgeleiteten betrieblichen Instanzen des Arbeitsschutzes bieten hinreichende Voraussetzungen, um eine Integration von Gesundheitsförderung im betrieblichen Arbeitsschutz vorzunehmen. Die Normen des Arbeitsschutzes reichen von allgemeinen Zielen wie z.B. "menschengerechte Gestaltung der Arbeit" über die "Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen" bis hin zu konkreten Handlungsanleitungen (z.B. Lüftungsmaßnahmen); sie sind jedoch nicht im Rahmen eines Gesamtkonzeptes aufeinander bezogen. Das für den Arbeitsschutz zentrale Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 hat "keinen eigenen bürokratischen Unterbau für die Durchführung des Gesetzes" (WINDHOFF-HERITIER 1990, S. 175) und zur Verwirklichung der Ziele sowie der Evaluation der Arbeitsschutzpraxis vorgesehen. Ein betriebliches Gesamtkonzept der Gesundheitsförderung wird aber auch nicht ausdrücklich ausgeschlossen.

Wenn man Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung verzähnen will, muß man sich allerdings vor Augen halten, daß beide Konzepte auf zum Teil unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind. In der folgenden Übersicht sind diese Ebenen sowie die entsprechenden Differenzen aufgeschlüsselt. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, daß die entsprechenden Unterschiede im konkreten Fall ausgeräumt werden können, wenn zwischen Belegschaft und Unternehmensführung Konsens darüber erzielt werden kann, die Arbeitsorganisation und den Ablauf der Arbeitsprozesse unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu gestalten.

DIMENSIONEN VON ARBEITSSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

| DIMENSIONEN | ARBEITSSCHUTZ | GESUNDHEITSFÖRDERUNG |
|------------------------|---|---|
| Ziele allgemein | Verhütung von Unfällen, Berufskrankheiten und z.T. arbeitsbedingten Erkrankungen; Minimierung von Schädigungsmöglichkeiten durch biologische, physikalische und chemische Einwirkungen. | Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, Persönlichkeitsentwicklung; Optimierung von Fähigkeiten und Fertigkeiten in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. |
| Vissenssystem | <p>Professionelles Wissen</p> <p>Wissenschaftliche Theorie Abstraktion, Reduktion Selektion Autonomie gegenüber Klienten, Laien, Institutionen</p> | <p>Alltagswissen unterstützt durch professionelles Wissen</p> <p>Alltags-Deutungsmuster Konkrete Problemlagen des Alltags, ganzheitlich Kommunikation mit Beteiligten, praktisches, gemeinsames Handeln</p> |
| Konzept | Reiz-Reaktions-Modell Naturwissenschaft Kausalitätsverständnis | Individuum-Umwelt-Konzept interdisziplinär stochastische Zusammenhänge Wahrscheinlichkeiten relatives Risiko |
| Ansatzpunkte | Einzelbelastungen, biologische Parameter bei Arbeitnehmern | Kontextorientiert; subjektive, auf die Arbeits- und Lebenswelt bezogene Erfahrungen, Handlungs- und Bewältigungsmuster; Interessen der Beteiligten berücksichtigen. |
| Adressaten | Arbeitgeber, Management Arbeitnehmer als Objekte | alle Beschäftigten; die Arbeitnehmer als handlungsfähige Subjekte. |
| Akteure | Betriebsarzt Sicherheitsfachkraft Experten | alle Mitglieder des Betriebes; die Experten geben ihnen Unterstützung (Information, Beratung). |
| Methoden - Erkennen | naturwissenschaftliches Messen; systemtheoretische Arbeitsanalyse (z.B. TRgA) | individuelle und kollektive Wahrnehmungen und Erfahrungen sowie Erkenntnisse; "subjektive Tätigkeitsanalyse"; Partizipation. |
| - Thematisierung | Einzelergebnisse an den Arbeitgeber; | Ganzheitliche Sicht; Zusammenhänge darstellen; prozess- |

| | | |
|--------------|---|--|
| | formalisiert, nicht be- triebs-öffentlich | orientiert; (teil-) öffentlich |
| - Bewertung | Experten-orientiert Grenzwert-orientiert arbeitsmedizinisch technisch ergonomisch | Im Dialog mit den Betroffenen dialogisch, interpretierend, defizit-orientiert, auf Kon- sens zwischen den Beteiligten gerichtet. |
| Intervention | sektoral/spezifisch technisch arbeitsteilig Verhaltensvorschriften Früherkennung von Erkrankungen Selektion der Arbeitneh- mer | strukturell/unspezifisch verhältnisorientiert sich ergänzende Maßnahmen ei- nes abgestimmten Gesamtkon- zeptes |
| Strategien | hierarchisch technisch management-zentriert Anweisungen | partizipativ sozial-kulturell beteiligungs-orientiert freiwillig |

Als organisatorischer Ansatzpunkt für eine Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bietet sich der Arbeitsschutzausschuß des Betriebes an; hier werden Gesundheitsfragen thematisiert und besprochen. Die weiter oben angeführten möglichen Themenschwerpunkte seiner Arbeit veranschaulichen bereits die Verknüpfung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Im Ausschuß sind alle für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz im Betrieb Verantwortliche sowie die Interessenvertreter von Beschäftigten und Arbeitgeber vertreten; darüber hinaus können jederzeit kompetente Berater hinzugezogen werden. Der Ausschuß bietet also alle Voraussetzungen, um als Initiator und Organisator eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms zu wirken.

Exemplarische Anknüpfungspunkte für solch ein Programm mit z.T. spezifischer Stoßrichtung können in folgenden Aufgaben des Arbeitsschutzes gesehen werden: Erste Hilfe, Schwerbehinderte, Gefahrstoffverordnung, arbeitsbedingte Erkrankungen, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung "schwerer Atemschutz".

a. Erste Hilfe

Gemäß UVV Erste Hilfe hat jeder Betrieb entsprechend qualifizierte Mitarbeiter bereitzuhalten. Der Betriebsarzt hat nach § 3 ASiG bei der Organisation der Ersten Hilfe eine beratende Funktion. Die Ausbildung in Erster Hilfe und das jeweilige betriebliche Organisationsmuster können als Medien zur Implementation von Gesundheitsförderungsprogrammen genutzt werden.

b. Schwerbehinderte

Das Schwerbehindertenrecht räumt Schwerbehinderten (Grad der Behinderung über 50%) und ihnen Gleichgestellten bestimmte Rechte und einen gewissen Schutz ein. Die Schwerbehindertenvertretung

hat nach § 25 Abs. 1 des Schwerbehindertengesetzes die Eingliederung Schwerbehinderter in den Betrieb oder die Dienststelle zu fördern. Die Aufgaben der Schwerbehindertenvertretung gliedern sich in Beratung, Unterrichtung und Unterstützung:

- Beratung in:
 - sozialen Angelegenheiten
 - Krankheitsfällen
 - Kuren
 - arbeitsplatzbezogene Anlässe
 - Angelegenheiten des beruflichen Fortkommens
 - Fragen der betrieblichen/dienstlichen Fortbildung
 - arbeitserleichternden Hilfen.

- Unterrichtung hinsichtlich:
 - Folgen beabsichtigter betrieblicher/dienstlicher Belange
 - Schwerbehinderte betreffende Sachverhalte

- Unterstützung hinsichtlich:
 - tarifvertragliche und gesetzliche Rechte
 - Information über betriebliche/dienstliche Fortbildung
 - persönlicher Eingaben
 - der Durchsetzung seiner Interessen gegenüber dem Betrieb/Verwaltung und dem Betriebs-/Personalrat

Die Institution der Schwerbehindertenvertretung ermöglicht es, in die Beratungs- und Unterstützungsleistungen die Gesundheitsförderung chronisch Kranker zu integrieren. Ein entsprechendes Programm - auch mit dem Ziel des behindertengerechten Arbeitseinsatzes - ließe sich gegebenenfalls auch auf rechtlich im Betrieb nicht abgesicherte Beschäftigtengruppen wie Diabetiker, Hoch-

druckkranke oder Alkoholiker ausdehnen.

c. Gefahrstoffverordnung

Die Gefahrstoffverordnung stellt eine gute Grundlage für die Verknüpfung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung dar. Die erfolgreiche Umsetzung des Gesetzes verlangt eine optimale Abstimmung zwischen professionellem Expertenwissen und Laienkompetenz. Die von der Gefahrstoffverordnung vorgegebenen planmäßigen Arbeitsschritte der Ermittlungs- und Schutzpflicht und den dazu eigens vorgesehenen Instrumenten der Arbeitsbereichsanalyse (TRGS 402) und Betriebsanweisung (§ 20 Gefahrstoffverordnung) können als erweiterungsfähiges Grundmuster für den Umgang mit allen anderen Arbeitsbelastungen gelten. Mit dieser Ausweitung würde der faktisch an den Arbeitsplätzen vorliegenden Mehrfachbelastung Rechnung getragen.

Die Umsetzung der Gefahrstoffverordnung verpflichtet zwar den Arbeitgeber zur umfassenden Information und Unterweisung der Beschäftigten; diese Betriebsanweisungen - wie didaktisch auch immer sie aufbereitet sein mögen - werden allen nicht ausreichen, wenn nicht gleichzeitig auch Handlungsmöglichkeiten für den einzelnen Beschäftigten eröffnet werden; es wird notwendig sein, die Beteiligung der Arbeitnehmer an der Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung mit dem Instrument der Arbeitsanweisung bzw. Arbeitsbereichsanalyse (TRGS 402) zu verknüpfen.

d. Arbeitsbedingte Erkrankungen

Eine andere Schaltstelle zwischen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ist bei der Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen gegeben. Nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes hat der Betriebsarzt Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersu-

chen und Maßnahmen zu ihrer Verhütung vorzuschlagen. Die hierfür von den arbeitswissenschaftlichen Disziplinen vorgeschlagenen Wahrnehmungs-, Thematisierungs- und Bewältigungsverfahren beruhen in ihren zentralen Aussagen auf der Kompetenz der Beschäftigten, ihrer Beteiligung an den entsprechenden Verfahren und der Nähe zur jeweiligen Arbeitssituation (Kontextnähe). Die Einbindung der Gesundheitsförderung in diesen Themenkomplex und seine Verfahren liegt auf der Hand.

e. Atemschutzträger

Eine unmittelbare Verknüpfung von Arbeitsschutzvorschrift und körperlichem Fitness-Programm ist bei Beschäftigten gegeben, die unter bestimmten Bedingungen bei ihrer Arbeit schweren Atemschutz zu tragen haben (z.B. Feuerwehrmänner, Spritzlackierer, Reparaturarbeiter von Kühlaggregaten). Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung G 26 "Schwerer Atemschutz" schreibt eine turnusmäßige arbeitsphysiologische Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels eines standardisierten Verfahrens vor (Ergometrie; Zusammenhang von Herzschlagfrequenz und körperlicher Leistung). Um den strengen Anforderungen zu genügen, müssen die betroffenen Arbeitnehmer ein regelmäßiges körperliches Trainingsprogramm absolvieren und möglichst gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen) vermeiden. Leider sind diese Arbeitnehmer mit der an sie gestellten Aufforderung zu gesundheitsfördernden Lebens- und Arbeitsweisen häufig alleingelassen. Ein betriebliches Gesundheitsförderungsprogramm würde hier wesentliche Verbesserungen erzielen können.

FORSCHUNGSGRUPPE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT
POSTFACH 41 03 65

D-5000 KÖLN 41

TEL: 0221-40 14 68

LITERATUR-DATENBANK

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT

(PROJEKT IM AUFTRAG UND MIT MITTELN DER BUNDESZENTRALE
FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN)

30. NOVEMBER 1987

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | ALKOHOL / DROGEN / MEDIKAMENTE..... | 1 |
| 2. | ARBEITSANALYSE / ARBEITSPSYCHOLOGIE..... | 5 |
| 3. | ARBEITSMEDIZIN..... | 7 |
| 4. | ARBEITSSCHUTZ / ARBEITSSICHERHEIT..... | 15 |
| 5. | ARBEITSWELT / INDUSTRIESOZIOLOGIE..... | 25 |
| 6. | BEWEGUNG / FITNESS..... | 38 |
| 7. | EPIDEMIOLOGIE..... | 42 |
| 8. | ERNÄHRUNG..... | 45 |
| 9. | FRAUEN..... | 46 |
| 10. | GESUNDHEITSERZIEHUNG..... | 51 |
| 11. | GESUNDHEITSFÖRDERUNG..... | 53 |
| 12. | HERZ-KREISLAUF..... | 62 |
| 13. | KREBS..... | 66 |
| 14. | NEUE TECHNOLOGIEN..... | 67 |
| 15. | PARTIZIPATION / MITBESTIMMUNG..... | 74 |
| 16. | PRÄVENTION..... | 76 |
| 17. | RAUCHEN..... | 78 |
| 18. | STRESS..... | 80 |
| 19. | ZEIT / ARBEITSZEIT / SCHICHTARBEIT..... | 90 |

1. ALKOHOL / DROGEN / MEDIKAMENTE

- ALEKSEEV, S.S. & KOSHKINA, E.A. (1987): Fighting Alcoholism Among Industrial Workers. In: World Health Forum, 1, 8, 18-20
- ALENDER, R. & CAMPBELL, T. (1975): An Evaluation Study of an Alcohol and Drug Recovery Program. A Case Study of the Oldsmobile Experience. In: Human Resource Management, 14, 14-18
- ASMA, F.E. et al. (1971): Long Term Experience with Rehabilitation of Alcoholic Employees. In: Journal of Occupational Medicine, 13, 581-585
- Be. (1987): Mitbestimmung bei absolutem Alkoholverbot. In: betrieb + personal, 5, 18, 134-135
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1984): Alkohol und Arbeitswelt. Ergebnisse einer Expertentagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur "Vorbeugung von Alkoholkonsum in der Arbeitswelt", 24.-25. Februar 1983 in Bergisch Gladbach. Köln (BZgA)
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1985): Alkohol und Arbeitswelt. 2. Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 14.-16.11.1984. Köln (BZgA)
- BURTON, W.N. et al. (1981): High Cost Employees in an Occupational Alcohol Program. In: Journal of Occupational Medicine, 23, 259-262
- CONWAY, T.L., VICKERS, R.R., WARD, H.W. & RAHE, R.H. (1981): Occupational Stress and Variation in Cigarette, Coffee, and Alcohol Consumption. In: Journal of Health and Social Behavior, 1, 22, 155-165
- DUPONT, R.L. & BASEN, M.M. (1980): Control of Alcohol and Drug Abuse in Industry. A Literature Review. In: Public Health Reports, 1, 95, 137-148
- EMERY, M. (1986): Alcohol and Safety in Industry. In: Journal of the Society of Occupational Medicine, 1, 36, 18-23
- GAY, J.E. (1984): Alcohol and Australian Industry. In: Journal of the Royal Society of Health, 3, 104, 91-98
- HEINRICH, H., FIEDLER, R., RÖBBELING, I. & TOMALA, E. (1987): Prävention im Betrieb. Pensionierung, Streß und Alkohol am Arbeitsplatz als Schwerpunkte präventiver Maßnahmen. In: Prävention, 2, 10, 53-56
- HEXEL, J. & LOEFFERT, K. (1983): Alkoholmißbrauch am Arbeitsplatz. Helfen statt disziplinieren. Köln (Bund)
- HILKER, R.R.J. (1972): A Company-Sponsored Alcoholic Rehabilitation Program. In: Journal of Occupational Medicine, 14, 769-772

- HILKER, R.J. & ASMA, F.E. (1975): A Drug Abuse Rehabilitation Program. In: Journal of Occupational Medicine, 17, 351-354
- JACKSON, G.W. (1983): Prevention and Alcoholism: The Employee Assistance Program in Health Care Institutions. In: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 2, 59, 245-249
- JÄGGI, M. (1987): Von der betrieblichen Alkoholismusbekämpfung zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Verknüpfung von therapeutischen und präventiven Maßnahmen. In: Prävention, 2, 10, 44-47
- KAMMERER, W. (Red.) (1984): Alkohol und Betrieb. Informationen der Betriebskrankenkassen zur Suchtproblematik. Essen (Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen)
- KLEINSORGE, H. (1983): Aktionsprogramm gegen Alkoholismus BASF AG Ludwigshafen. In: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 23, 247-249
- KNISCHEWSKI, E. (Hrsg.) (1987): Alkohol im Betrieb. Kassel (Nicol)
- KÜHLHORN, E. (1971): Spritzen och jobbet. In: Alkoholfragen, 65, 222-230
- KURTZ, N.R., GOOGINS, B. & HOWARD, W.C. (1984): Measuring the Success of Occupational Alcoholism Programs. In: Journal of Studies on Alcohol, 1, 45, 33-45
- KURTZ, N.R., GOOGINGS, B. & HOWARD, W. (1984): Occupational Alcoholism. An Annotated Bibliography. Toronto (Addiction Research Foundation)
- LAUSSER, A., BESS, R., THIELE, W. et al. (1986): Alkoholkonsum und Prävention in der Arbeitswelt. Berlin (Technische Universität, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, Bd. 17)
- LAUSSER, A. & HAUSS, F. (1987): Betriebliche Alkoholprävention als Element einer integrierten Gesundheitsförderung. In: Prävention, 2, 10, 39-43
- LEMASTERS, E.E. (1975): Blue-Collar Aristocrats. Life-Styles at a Working-Class Tavern. Madison (University of Wisconsin Press)
- LIPPMANN, C. (1986): Alkohol löst vieles. Nur keine Probleme. München (Messerschmidt-Bölkow-Blohm)
- MAUL, D. (Hrsg.) (1979): Alkohol am Arbeitsplatz. Alcohol at the Working Place. A Reader. Hamburg (Neuland Verlagsgesellschaft)
- McLATCHIE, B.H. et al. (1981): A Component Analysis of an Alcohol and Drug Program: Employee Education. In: Journal of Occupational Medicine, 23, 477-479

- MILLER, R.E., SHAIN, M. & GOLASZEWSKI, T.J. (1985): The Synergism of Health Promotion and Restoration in the Prevention of Substance Abuse in the Workplace. In: Health Values, 5, 9, 50-58
- NELSON, J.E. (1981): Drug Abusers on the Job. In: Journal of Occupational Medicine, 23, 403-408
- OLKINUORA, M. (1984): Alcoholism and Occupation. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 6, 10, 511-515
- PLANT, M.A. (1979): Occupations, Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems: Conclusions from a Follow-Up Study. In: British Journal of Addiction, 74, 267-273
- PLANT, M.A. (1979): Drinking Careers. Occupations, Drinking Habits and Drinking Problems. London (Tavistock)
- PUTNAM, S.L. & STOUT, R.L. (1982): Union-Related Correlates of Employee Referrals to an Occupational Alcoholism Project in a Health Maintenance Organization. In: Journal of Occupational Medicine, 3, 24, 225-233
- REDFIELD, J.T. (1973): Drugs in the Workplace. Substitutioning Sense for Sensationalism. In: American Journal of Public Health, 63, 1064-1070
- ROGERS, R.E. & COLBERT, J.T.C. (1975): Drug Abuse and Organizational Response. A Review and Evaluation. In: Personnel Journal, 54, 266
- ROHSENOW, D.J., SMITH, R.E. & JOHNSON, S. (1985): Stress Management Training as a Prevention Program for Heavy Social Drinkers: Cognitions Affect, Drinking, and Individual Differences. In: Addictive Behaviors, 1, 10, 45-54
- RUSH, H.M.F. (1971): Combating Employee Drug Abuse. In: Conference Board Record, 8, 58-64
- RUSSLAND, R. & PLOGSTEDT, S. (1986): Sucht - Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt. Frankfurt/M. (Fischer)
- SADLER, M. & HORST, J.F. (1972): Company/Union Program for Alcoholics. In: Harvard Business Review, 50, 22
- SCHAEFER, V. (1984): Alkoholmißbrauch im Betrieb. Personalpolitische und personalrechtliche Problemlösungen. Berlin (Springer)
- SCHRAMM, C.J. (1977): Measuring the Return on Program Costs. Evaluation of a Multi-Employer Alcoholism Treatment Program. In: American Journal of Public Health, 67, 50-51
- SHAHANDEH, B. (1985): Drug and Alcohol Abuse in the Workplace: Consequences and Countermeasures. In: International Labour Review, 2, 124, 207-223

- SINKIN KOLBEN, N. (1982): Employer- und Union-Sponsored Employee Counseling Programs: Trends for the 1980s. In: Contemporary Drug Problems, 2, 6, 181-201
- STRAYER, R. (1957): A Study of Employment and Adjustment of 870 Male Alcoholics. In: Quarterly Journal for the Study of Alcohol, 18, 278-287
- THREATT, R.M. (1976): The Influence of Alcohol on Work Performance. Raleigh, N.C. (Human Ecology Institute)
- TICE, H.M. (1977): Alcoholism Programs in Unionized Work Settings. Problems and Prospects in Union Management Cooperation. In: Journal of Drug Issues, 7, 103-115
- TÖPPICH, J. (1987): Alkohol und Arbeitswelt. Erfahrungen aus einem Projektschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In: Prävention, 2, 10, 48-52
- VICARY, J.R. & RESNIK, H. (1982): Preventing Drug Abuse in the Workplace. Rockville, MD (National Institut on Drug Abuse)
- VORSTAND DER INDUSTRIEGEWERKSCHAFT METALL (Hrsg.) (1983): Alkoholismus, die Krankheit unserer Zeit. Nicht jeder, der trinkt, muß Alkoholiker werden, aber jeder, der trinkt, kann Alkoholiker werden. Frankfurt/M. (IG Metall (= Schriftenreihe der IG Metall 95))
- WALKER, K. & SHAIN, M. (1983): Employee Assistance Programming: In Search of Effective Interventions for the Problem-Drinking Employee. In: British Journal of Addiction, 78, 291-303
- WEISS, W. (1980): Beruf, Arbeitssituation und exzessiver Konsum von Alkohol. Lausanne (Schweizer Fachstelle für Alkoholprobleme (Arbeitsbericht No 6))
- WERGAND, R.A.von (1976): Use of Job Performance Evaluation to Spot the Alcoholic Worker. In: Journal of Health & Safety, 45, 41-48
- WIENEMANN, E. (1982): Aufklärungsaktion zum Problem Alkohol. Projekt in einem Mittelbetrieb. Hannover (Offizin-Druck- und Verlag)
- WILKE, K.H. & ZIEGLER, H. (1984): Probleme mit dem Alkohol - eine Fibel für den Betrieb. Köln (div-Verlag)
- ZIEGLER, H. (1981): Alkohol am Arbeitsplatz - ein Führungsproblem. Kassel (Nicol)
- ZIEGLER, H. (Hrsg.) (1984): Alkohol und Arbeit. Hamburg (Neuland-Verlag)
- ZIEGLER, H. (1987): Entwicklung und Stand von Alkoholproblemen im Betrieb. Darstellung von Modellen, Maßnahmen und Programmen zur Vorbeugung und Hilfe. In: Prävention, 2, 10, 35-38

2. ARBEITSANALYSE / ARBEITSPSYCHOLOGIE

- ALEMANN, U.v. & SCHATZ, H. (1986): Mensch und Technik. Grundlagen und Perspektiven einer sozialverträglichen Technikgestaltung. Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- BAITSCH, C. & FREI, F. (1980): Qualifizierung in der Arbeitstätigkeit. Bern (Huber, Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 30)
- BIERTER, W. (1983): Angepaßte Technologie. Wege zu einer bedürfnisgerechten Technik. In: psychosozial, 18, 6, 146-165
- BRUGGEMANN, A. (1980): Zur Entwicklung von Einstellungen und sozialem Verhalten in den untersuchten teilautonomen Gruppen. Arbeits- und sozialpsychologische Untersuchungen von Arbeitsstrukturen im Bereich der Aggregatefertigung der Volkswagen AG, Band 2. Bonn (BMFT, HA 80-018)
- DÜRHOBT, E., FACAOARU, C., FRIELING, E., KANNHEISER, W. & WÖCHERL, H. (1983): Qualitative Arbeitsanalyse. Neue Verfahren zur Beurteilung von Tätigkeiten. Frankfurt/New York (Campus)
- ELIAS, H.-J., GOTTSCHALK, B. & STÄHLE, W.H. (1984): Leitfaden zur Gestaltung und Bewertung von Arbeitssystemen. Eggenstein-Leopoldshafen (Fachinformationszentrum Energie, Physik, Mathematik (HA 84-038))
- FARVER, M.T. & MELTON, J.F. (Eds.) (1973): The Careless Technology. London (T. Stacey)
- FREI, F. & ULLICH, E. (Hrsg.) (1981): Beiträge zur psychologischen Arbeitsanalyse. Bern (Huber, Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 31)
- FRIELING, E. & SONNTAG, K. (1987): Arbeitspsychologie. Lehrbuch. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- HACKER, W. (1986): Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeit. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- HENDRICK, H.W. & BROWN, O.Jr. (Eds.) (1984): Human Factors in Organizational Design and Management. Amsterdam (North-Holland)
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (1986): Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Geneva (ILO Publications, Occupational Health and Safety Series No 56)
- KALIMO, R., EL-BATAWI, M.A. & COOPER, C.L. (Eds.) (1987): Psychosocial Factors at Work and their Relation to Health. Geneva (World Health Organization)
- KLEINBECK, U. & RUTENFRANZ, J. (Hrsg.) (1987): Arbeitspsychologie. Göttingen (Hogrefe)
- LANDY, F. & TRUMBO, D. (1976): Psychology of Work Behavior. Homewood, Il. (Dorsey Press)

- MARSTEDT, G. & MERGNER, U. (1986): Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Theoretische Ansätze, Methoden und empirische Forschungsergebnisse. Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- MARTIN, E., UDRIS, I., ACKERMANN, U. & OEGERLI, K. (1980): Monotonie in der Industrie. Bern (Huber, Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 29)
- OESTERREICH, R. (1981): Handlungsregulation und Kontrolle. München (Urban & Schwarzenberg)
- POT, J.H.J. v.d. (1985): Die Bewertung des Technischen Fortschritts: eine systematische Übersicht der Theorien. 2 Bände. Assen (van Gorcum)
- SIMON, D. (1980): Lernen im Arbeitsprozeß. Frankfurt/New York (Campus)
- SPITZLEY, H. (1980): Wissenschaftliche Betriebsführung, REFA-Methodenlehre und Neuorientierung der Arbeitswissenschaft. Köln (Bund)
- TOMASZEWSKI, T. (1978): Tätigkeit und Bewußtsein. Weinheim/Basel (Beltz)
- URBAN, D. (1986): Technikentwicklung. Zur Soziologie technischen Wissens. Stuttgart (Enke)
- WHITE, R. (1959): Motivation Reconsidered: The Concept of Competence. In: Psychological Review, 66, 267-333

3. ARBEITSMEDIZIN

- ALLEN, R.W., ELLIS, M.D. & HART, A.W. (1976): Industrial Hygiene. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall)
- AMES, R.G. & TRENT, R.B. (1984): Respiratory Impairment and Symptoms as Predictors of Early Retirement with Disability in U.S. Underground Coal Miners. In: American Journal of Public Health, 8, 74, 837-838
- ASHFORD, N.A. (1986): Policy Considerations for Human Monitoring in the Workplace. In: Journal of Occupational Medicine, 8, 28, 563-568
- ASTRAND, P.O. & BODAHN, K. (1977): Textbook of Work Physiology. New York (McGraw-Hill)
- BANGS, M. (1986): Selling Your OH Service. In: Occupational Health, 8, 38, 252-254
- BARTH, P.S. & HUNT, H.A. (1980): Workers' Compensation and Work-Related Illnesses and Diseases. Cambridge, Mass. (MIT Press)
- BAUMGARTNER, E. (Hrsg.) (1986): Angewandte Arbeitsmedizin. 3 Bände. Wien (Maudrich)
- BAUMGARTNER, E. (Hrsg.) (1987): Arbeitsmedizinische Probleme in der Feinmechanik. Gesundheitsberatung im Betrieb. Wien (Maudrich)
- BEHREND, H. & POCOC, S. (1976): Absence and the Individual: A Six-Year Study in One Organization. In: International Labour Review, 114, 311-327
- BERGMANN, E., BOE, W., SEITZ, B. & BARTHOLOMEZCYK, S. (1982): Schichtarbeit als Gesundheitsrisiko. Mehrfachbelastungen und Beanspruchungen bei Schichtarbeitern. Frankfurt/New York (Campus)
- BERLINGUER, G. & BIOCCHA, M. (1987): Recent Developments in Occupational Health Policy in Italy. In: International Journal of Health Services, 3, 17, 455-474
- BISPINCK, R. (1985): Arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß. Fakten und Argumente. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 173-183
- BITTERSÖHL, G., EBERT, R., RUPPKE, K., SCHULZ, G. & STEHLE, P. (1985): Arbeitsmedizinische Dispensairebetreuung zur Förderung der Gesundheit und der rationellen Nutzung des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens. In: Sozialistische Arbeitswissenschaft, 1, 29, 8-11
- BOND, M.B. (1986): Role of Corporate Policy in the Control of Reproductive Hazards of the Workplace. In: Journal of Occupational Medicine, 3, 28, 193-195

- CRALLEY, L.J. & CRALLEY, L.V. (Eds.) (1985): Patty's Industrial Hygiene and Toxicology. Vol. 3: Theory and Rationale of Industrial Hygiene Practice. Part A: The Work Environment. Chichester (Wiley, 2nd edition)
- CULLEN, M.R. (1985): Occupational Medicine. A New Focus for General Internal Medicine. In: Archives of Internal Medicine, 145, 511-515
- DEPPE, H.U. (1973): Industriearbeit und Medizin. Ein Beitrag zur Soziologie medizinischer Institutionen am Beispiel des werksärztlichen Dienstes in der BRD. Frankfurt/M.
- DIXON, W.M. & PRICE, S.M.G. (Eds.) (1984): Aspects of Occupational Health. London (Faber & Faber)
- EITNER, A. & EITNER, S. (1983): Arbeitsmedizinische Schwerpunkte der Vorbereitung auf das dritte Alter. In: Zeitschrift für Altersforschung, 1, 38, 71-74
- ELLINGER, S., KARMAUS, W., KAUPEN-HAAS, H., SCHÄFER, K.-H., SCHIENSTOCK, G. & SONN, E. (1984): Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen. (BMFT-Forschungsbericht HA 84-037). Hamburg (Universität Hamburg, Institut für Medizinische Soziologie)
- ELO, A.L. (1979): Seafarer's Work and Health. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 155. (In Finnish with an English Summary). Helsinki (Institute of Occupational Health)
- ELSNER, G. (Hrsg.) (1984): Was uns kaputt macht. Arbeitsmarkt und Arbeitsmedizin. Hamburg (VSA)
- ELSNER, G. (1985): Medizinische Aspekte industrieller Arbeit. In: GEORG, W., KISSLER, L. & SATTEL, U. (Hrsg.), Arbeit und Wissenschaft? Eine Einführung. Bonn (Verlag Neue Gesellschaft), 86-112
- ELSNER, G. (Hrsg.) (1986): Vorbeugen statt Krankschreiben. Betriebsärzte in der Praxis. Hamburg (VSA)
- EVANS, G.W. & JACOBS, S.V. (1981): Air pollution and Human Behavior. In: Journal of Social Issues, 37, 95-125
- FERBER, C.v., FERBER, L.v. & SLESINA, W. (1982): Medizinsoziologie und Prävention - Am Beispiel der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. In: BECK, U. (Hrsg.), Soziologie und Praxis. Sonderband 1 der Sozialen Welt. Göttingen, 277-306
- FERBER, L.v. & SLESINA, W. (1981): Integriertes Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Krankheiten. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 2, 35, 112-123
- FLICK, H. (1987): Steuerung betriebsärztlicher Aktivitäten in Mittel- und Kleinbetrieben. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 2, 22, 53-55

- FRAZIER, T.M. (1985): Occupational Health Reporting Systems - USA. In: American Journal of Industrial Medicine, 4/5, 8, 441-446
- FREGERT, S. (1985): Occupational Health Reporting Systems in Sweden. In: American Journal of Industrial Medicine, 4/5, 8, 447-449
- FRICZEWSKI, F., MASCHEWSKY, W., NASCHOLD, F., WOTSCHACK, P. & WOTSCHACK, W. (Hrsg.) (1982): Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern. Frankfurt/New York (Campus)
- FROOM, P., BARZILAY, J., CAINE, Y., MARGALLOIT, S., FORECAST, D. & GROSS, M. (1986): Low Back Pain in Pilots. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 7, 57, 694-695
- FUNKE, U. & TILLER, R.E. (1985): "Arbeitsbedingte Erkrankungen" in betriebsärztlicher Sicht. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 6, 20, 144-148
- GARDNER, A.W. (Ed.) (1987): Current Approaches to Occupational Health. Vol. 3. Bristol (Wright)
- GEORG, A., STUPPARD, R. & ZOIKE, E. (1984): Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. Berichte über das Forschungsvorhaben Krankheitsartenanalyse des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen 1979-1981. Essen (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
- GOUGH, M. (1984): Sources and Interpretation of Asbestos Exposure Data. In: Journal of Toxicology-Clinical Toxicology, 1/2, 21, 211-235
- GRANDJEAN, E. (Ed.) (1984): Ergonomics and Health in Modern Offices. London (Taylor & Francis)
- GUIDOTTI, T.L. & KUETZING, B.H. (1985): Competition and Despecialization: An Analytical Study of Occupational Health Services in San Diego, 1974-1984. In: Am.J.Ind.Med., 2, 8, 155-165
- HADLER, N.M. (1984): Occupational Illness. The Issue of Causality. In: Journal of Occupational Medicine, 8, 26, 587-593
- HARDY, M.A. & PAVALKO, E.K. (1986): The Internal Structure of Self-Reported Health Measures Among Older Male Workers and Retirees. In: Journal of Health and Social Behavior, 4, 27, 346-357
- HARRINGTON, J.M. (Ed.) (1984): Recent Advances in Occupational Health. Edinburgh (Churchill Livingstone)
- HARRIS, C.J. (1984): Occupational Health Nursing Practice. Bristol (Wright and Sons)
- HAUB, F. (1986): Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb. Frankfurt/New York (Campus)

- HAUB, F. (Hrsg.) (1982): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik. Arbeitsberichte des Wissenschaftszentrums Berlin. Frankfurt/New York (Campus)
- HERNBERG, S. (1984): Arbeitsbedingte Erkrankungen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 12, 19, 285-289
- HETTINGER, T. (1985): Leistungsfähigkeit und Arbeitsbelastung. In: Die Betriebskrankenkasse, Sonderheft "Rheuma und Arbeitsplatz", 18-25
- HILASKI, H.J. (1985): Where Occupational Health Reporting Systems Go Wrong. In: American Journal of Industrial Medicine, 4/5, 8, 435-439
- HOFMANN, F. & STÖSSEL, U. (Hrsg.) (1987): Arbeitsmedizin im Gesundheitswesen. Stuttgart (Gentner)
- ISON, T.G. (1983): Workers' Compensation in Canada. Toronto (Butterworths)
- JACOBS, P. & CHOUIL, A. (1983): Economic Evaluation of Corporate Medical Programs. In: Journal of Occupational Medicine, 4, 25, 273-278
- KEIR HOWARD, J. & TYRER, F.H. (1987): Textbook of Occupational Medicine. Edinburgh (Churchill Livingstone)
- KENTNER, M., HOP, W., WELTLE, D. & VALENTIN, H. (1983): Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin von 1950 bis 1980. Ursachen, Entwicklung, Bedeutung. Köln-Lövenich (Deutscher Ärzte-Verlag)
- KENTNER, M. (1985): Arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidisierung. In: VALENTIN, H. (Hrsg.), Aktuelle Aspekte in der Arbeits- und Sozial-Medizin. Erlangen (Junge & Sohn, Erlanger Forschungen Band 15),
- KENTNER, M. et al. (1985): Arbeitsbelastungen und Frühinvalidisierung. In: Arbeitswelt und Frühinvalidität, Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie. Nürnberg (Institut für empirische Soziologie, Band 6),
- KENTNER, M. & VALENTIN, H. (1986): Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden und Frühinvalidität. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 2, 21, 25-32
- KEY, M.M. (1985): State and Local Health Departments: Forgotten Resources in Occupational Safety and Health. In: Journal of Occupational Medicine, 5, 27, 379-385
- KILBURN, K.H. (1984): Summary of Workshop on Chronic Disease in the Workplace and the Environment. In: Archives of Environmental Health, 3, 39, 134-136
- KINNERSLEY, P. (1973): The Hazards of Work and How to Fight Them. London (Pluto Press)
- KLATT, R., SCHINDLER, W. & KONETZKE, G. (Hrsg.) (1985): Der Betriebsarzt. Berlin (VEB Verlag Volk und Gesundheit)

- KNISHKOWY, B. & BAKER, E.L. (1986): Transmission of Occupational Disease to Family Contacts. In: American Journal of Industrial Medicine, 6, 9, 543-550
- KONSTANTY, R. (1985): Berufsgenossenschaften und präventive Gesundheitspolitik. Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 193-200
- KORNHAUSER, A. (1965): Mental Health of the Industrial Worker: A Detroit Study. New York (John Wiley & Sons)
- LEVY, B.S. & WEGMAN, D.H. (1983): Occupational Health. Boston (Little, Brown & Co)
- MEHRTENS, M. (1983): Arbeitsbelastungen und gesundheitliches Befinden der Arbeiter und Angestellten in der bremischen Metallindustrie. Universität Bremen (unveröff. Forschungsbericht)
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1984): Frühinvalidisierung. Ergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg. Mögliche Ursachen der vorzeitigen Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten. Stuttgart (MAGS)
- MÜCK, H. (1978): Betriebsarzt und betriebliches Gesundheitswesen in der DDR. In: Deutsches Ärzteblatt, 20, 75, 1212-1217
- MÜLLER, B.H. (1985): Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz. In: Die Betriebskrankenkasse, Sonderheft "Rheuma und Arbeitsplatz", 26-40
- MÜLLER, R. (1981): Die Möglichkeit des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse. In: BÖHLE, F. & STANDFEST, E. (Hrsg.), Sozialpolitik und Produktionsprozeß. Köln (Bund), 15-35
- MÜLLER, R. (1982): Zur Kritik der herkömmlichen Arbeitsmedizin. In: SCHMIDT, M., MÜLLER, R., VOLZ, F., FUNKE, U. & WEISER, R. (Hrsg.), Arbeit und Gesundheitsgefährdung. Frankfurt/New York (Campus), 229-251
- MÜLLER, R., MILLES, D. et al. (1984): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland. Dortmund (Bundesanstalt für Arbeitsschutz)
- MÜLLER, R. (1985): Der "amputierte" Mensch. Kritik des Belastungs-Anspruchs-Konzepts der traditionellen Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 239-246
- MÜLLER, R. u.a. (1985): Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung. Studien zur Epidemiologie und Bewältigung der Industriellen Pathologie. Bremen (Universität Bremen (Grundrisse sozialpolitischer Forschung Nr. 3))

- MUTSCHLER-KEHL, D. & STÖSSEL, U. (1986): Die Organisation betriebsmedizinischer Dienste im Krankenhaus - Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. In: HOFMANN, F. & STÖSSEL, U. (Hrsg.), Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Stuttgart (Gentner), 22-29
- MUTSCHLER-KEHL, D., HOFMANN, F. & STÖSSEL, U. (1987): Zur Organisation arbeitsmedizinischer Dienststellen in Krankenhäusern. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin, 4, 22, 110-112
- PARKINSON, D.K. & COMISKEY, S.A. (1984): Medical Consultation Provided by the University of Pittsburgh Faculty to the United Steelworkers of America. A Five-Year-Review. In: Journal of Occupational Medicine, 4, 26, 276-280
- PEARSON, C. (1980): The Emerging Role of the Occupational Physician in Preventive Medicine, Health Promotion and Health Education. In: Journal of Occupational Medicine, 22, 104-106
- PFEIFFER, G. & EDINGTON, D.W. (1986): Health Risk and Occupational Category. In: Employee Assistance Quarterly, 3, 1, 25-48
- PHANEUF, R., HETU, R. & HANLEY, J.A. (1985): A Bayesian Approach for Predicting Judged Hearing Disability. In: American Journal of Industrial Medicine, 4, 7, 343-352
- ROM, W.N. (1983): Environmental and Occupational Medicine. Boston (Little, Brown & Co)
- ROSENBROCK, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt/New York (Campus)
- RUTENFRANZ, J. (1983): Arbeitsbedingte Erkrankungen - Überlegungen aus arbeitsmedizinischer Sicht. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 11, 18, 257-267
- SCHILLING, R.S.F. (Ed.) (1973): Occupational Health Practice. London (Buttersworth)
- SCHMIDT, M., MÜLLER, R., VOLZ, F., FUNKE, U. & WEISER, R. (Hrsg.) (1982): Arbeit und Gesundheitsgefährdung. Materialien zur Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen. Frankfurt/M. (Haag & Herchen)
- SCHRÖER, A. & FERBER, L.v. (1987): Arbeitsunfähigkeit und Verlaufsmuster chronischer Krankheiten. Zur Relevanz der Nutzung von GKV-Prozessdaten für die Praxis sozialmedizinischer Dienste. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 2, 22, 37-40
- SCHULTE, P.A. (1986): Problems in Notification and Screening of Workers at High Risk of Disease. In: Journal of Occupational Medicine, 10, 28, 951-957

- SCHWARZ, F. & VOLKHOLZ, V. (1986): Krankenkassendaten und arbeitsbedingte Erkrankungen. 2 Bände. Dortmund (Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Schriftenreihe Nr. 478))
- SEIBEL, H.D., LÜHRING, H. unter Mitarbeit von J. Bauch (1984): Arbeit und psychische Gesundheit. Belastungen und Beanspruchungen durch die Arbeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Eine Untersuchung bei männlichen und weiblichen Arbeitern und Angestellten. Göttingen (Hogrefe)
- SLESINA, W. (1987): Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse. Arbeitsanalyse unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsvorsorge. Stuttgart (Enke)
- STAHN-WILLIG, B. (1985): Rheuma und Büroarbeit. Ein Bericht über neuere Forschungsergebnisse. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 233-239
- STEIN, E.C. & FRANKS, P. (1985): Patient and Physician Perspectives of Work-Related Illness in Family Practice. In: Journal of Family Practice, 6, 20, 561-565
- STELLMAN, J. & DAUM, S. (1973): Work is Dangerous to Your Health. New York (Vintage)
- STONE, D.A. (1986): The Resistible Rise of Preventive Medicine. In: Journal of Health Policy and Policy Law, 4, 11, 671-696
- STUPPARDT, R. (1985): Gesundheit am Arbeitsplatz - Erweiterung und Fundierung von Erkenntnissen über den Zusammenhang von Arbeit und Krankheit zum Zwecke gezielter Präventionsstrategien. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.), Gemeindefähige Gesundheitserziehung durch Krankenkassen. Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), 55-61
- THIELE, H. (1986): Berufskrankheiten. Verhüten - Erkennen - Betreuen. München (Urban & Schwarzenberg)
- TILLER, R.E. (1986): "Arbeitsbedingte Beanspruchungen beziehungsweise Erkrankungen" aus betriebsärztlicher Sicht. In: Moderne Unfallverhütung, 30, 47-51
- TSUCHIYA, K. (1982): Characteristic Features of Occupational Health Service in Japan. Towards a Future Cooperative Program with Other, especially Asian, Countries. In: Journal of the University of Occupational and Environmental Health, 1, 4, 51-63
- TVER, D.F. & ANDERSON, K.A. (1986): Industrial Medicine Desk Reference. London (Chapman & Hall)
- VALENTIN, H., LEHNERT, G., PETRY, H. et al. (1985): Arbeitsmedizin. 2 Bände. Stuttgart/New York (Thieme (3. Neubearb. und erw. Aufl.))
- VALENTIN, H. (1986): Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozial- und Präventivmedizin, 2, 31, 99-108

- WARD GARDNER, A. (Ed.) (1982): Current Approaches to Occupational Health. Bristol (Wright PSG)
- WATTERSON, A.E. (1982): American Trade Unions and Occupational Health and Safety. In: The Industrial Tutor, 7, 3, 74-85
- WATTERSON, A.E. (1984): Occupational Medicine and Medical Ethics. In: Journal of the Society of Occupational Medicine, 2, 34, 41-45
- WEINDLING, P. (Ed.) (1985): The Social History of Occupational Health. London (Croom Helm)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1986): Occupational Health as a Component of Primary Health Care. Report on a WHO Meeting, Turku, Finland, 9-13 September 1985. Copenhagen (WHO-EURO)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986): Early Detection of Occupational Diseases. Geneva (WHO)
- ZENZ, C. (1975): Occupational Medicine. Principles and Practical Applications. Chicago (Yearbook Medical Publishers)

4. ARBEITSSCHUTZ / ARBEITSSICHERHEIT

- ADAMS, G.E. (1984): Lethality from Acute and Protracted Radiation Exposure in Man. In: International Journal of Radiation Biology, 3, 46, 209-217
- ALBERTI, P.W. (Ed.) (1982): Personal Hearing Protection in Industry. New York (Raven Press)
- ANDERSON, J.A.D. (1984): Shoulder Pain and Tension Neck and Their Relation to Work. In: Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health, 6, 10, 435-442
- ARMSTRONG, P. & NICHOLS, T. (1973): Safety or Profit. Bristol (Falling Wall Press)
- ARNOLD, A. & SATZER, R. (1986): Kaputt und auch noch selber schuld. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- ARNOLD, A. & SATZER, R. (1986): Belegschaftsbefragungen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit. Dokumentation. Düsseldorf (WSI, Arbeitspapier Nr. 5)
- ASHFORD, N.A. (1976): Crisis in the Workplace. Occupational Disease and Injury. Cambridge, Mass. (MIT Press)
- BAGNARA, S., MISITI, R. & WINTERSBERGER, H. (Eds.) (1985): Work and Health in the 1980s. Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health. Berlin (Wissenschaftszentrum)
- BALLANTYNE, B. (1985): Evaluation of Hazards from Mixtures of Chemicals in the Occupational Environment. In: Journal of Occupational Medicine, 2, 27, 85-94
- BARRON, C.I. & PIERCE, J.O. (1984): Occupational Carcinogens. Instructors Resource Guide. Cincinnati, Ohio (National Institut of Occupational Safety and Health)
- BERGEMANN, H., JANSEN, A., KUNZE, G., NUSCH, F., RAINER, J. & SEEGER, O. (1978): Arbeitssicherheit für Jedermann. Rechte und Pflichten der Mitarbeiter. (Herausgegeben vom Arbeitgeberverband der Metallindustrie). Köln (AGV-Metall)
- BERMAN, D. M. (1979): Death on the Job. Occupational Health and Safety Struggles in the U.S.. New York (Monthly Review Press)
- BÖHLE, F. (1980): Interessenvertretung am Arbeitsplatz und Reformen im Gesundheitsschutz. Das Beispiel Großbritannien. Ein Beitrag zur sozialpolitischen Diskussion in der BRD. Frankfurt/New York (Campus)
- BURKHARDT, F. (1981): Information und Motivation zur Arbeitssicherheit. Wiesbaden (Universum Verlagsanstalt)
- CAWLEY, C.N., CANNON, L.A. & MOSCHELLA, J.J. (1984): Models of Tritium Excretion Following Prolonged Occupational Exposure. In: Health Physics, 1, 47, 102-106

- CHAN-YEUNG, M. & LAM, S. (1986): State of the Art: Occupational Asthma. In: American Review of Respiratory Disease, 4, 133, 686-703
- CHASSE, J.D. & LeSOURD, D.A. (1984): Rational Decisions and Occupational Health: A Critical View. In: International Journal of Health Services, 3, 14, 433-445
- CHHOKAR, J.S. & WALLIN, J.A. (1984): Improving Safety Through Applied Behavior Analysis. In: Journal of Safety Research, 4, 15, 141-151
- COHEN, A. (1977): Factors in Successful Occupational Safety Programs. In: Journal of Safety Research, 9, 168-178
- COHEN, A., COLLIGAN, M.J. & BERGER, P. (1985): Psychology in Health Risk Messages for Workers. In: Journal of Occupational Medicine, 8, 27, 543-551
- COHEN, S. & WEINSTEIN, M.S. (1981): Nonauditory Effects of Noise on Behavior and Health. In: Journal of Social Issues, 1, 37, 36-70
- COLLINGS, A. et al. (Eds.) (1982): Safe Use of Solvents. London (Academic Press)
- CURRIER, M.F., CARLO, G.L., POSTON, P.L. & LEDFORD, W.E. (1984): A Cross Sectional Study of Employees with Potential Occupational Exposure to Ethylene Oxide. In: British Journal of Industrial Medicine, 4, 41, 492-498
- DEMMER, H. & KÜPPERS, B. (1982): Auswirkungen von Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt werden. Dortmund (Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH.)
- DIAMOND, P.A.M. (1984): Health Problems of Bus Crews. In: Travel Medicine International, 3, 2, 164-166
- DINMAN, B.D. & HORVATH, S.M. (1984): Health Disorders in Industry. A Reevaluation of Diagnostic Criteria. In: Journal of Occupational Medicine, 7, 26, 489-495
- DONHAM, K.J., SCALLON, L.J., POPENDORF, W., TREUHAFT, M.W. & ROBERTS, R.C. (1986): Characterization of Dusts Collected from Swine Confinement Buildings. In: American Industrial Hygiene Association Journal, 7, 47, 404-410
- EDLINGER, F., FRIESENBICHLER, H., GROSSMANN, R. & ZOBERNIG, U. (1984): Arbeitsbelastung und Gesundheitsverschleiß. Arbeitnehmerschutz als Lernprozeß. Linz (ISW)
- EILERS, K., NACHREINER, F. & HÄNECKE, K. (1986): Entwicklung und Überprüfung einer Skala zur Erfassung subjektiv erlebter Anstrengung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 4, 40, 215-224
- ERICSON, A. & KALLEN, B. (1986): An Epidemiological Study of Work with Video Screens and Pregnancy Outcome: II. A Case-Control Study. In: American Journal of Industrial Medicine, 5, 9, 459-475

- FERBER, L.v., SLESINA, W., RENNER, A. & SCHRÖER, A. (1983):
Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung.
Sozialepidemiologische Untersuchung in einem Stahlwerk. In:
FERBER, C.v. & BADURA, B. (Hrsg.), Laienpotential,
Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe.
München/Wien (Oldenbourg), 237-254
- FITCH, H.G., HERMANN, J. & HOPKINS, B.L. (1976): Safe and
Unsafe Behavior and its Modification. In: Journal of
Occupational Medicine, 18, 618-622
- FOSTER, A. (1983): Hearing Protection and the Role of Health
Education. In: Occupational Health, 4, 35, 155-158
- GALLOWAY, S.M., BERRY, P.K., NICHOLS, W.W., WOLMAN, S.R.,
SOPER, K.A., STOLLEY, P.D. & ARCHER, P. (1986): Chromosome
Aberrations in Individuals Occupationally Exposed to
Ethylene Oxide, and in a Large Control Population. In:
Mutation Research, 1/2, 170, 55-74
- GENSCH, R.W. (1985): Erwartungen an die
Unfallverhütungsvorschrift "Arbeitsmedizinische Vorsorge".
In: Sicher ist Sicher, 12, 702-705
- GEVERS, J.K.M. (1985): Health and Safety Protection in
Industry: Participation and Information of Employers and
Workers. (Report Submitted to the Commission of the
European Communities). Amsterdam (University of Amsterdam,
Institute of Social Medicine)
- GNIZA, E., KÖNIG, D., PAECH, H., REHTANZ, H., REINICKE, M.
SZEWCYK, D. & WIENHOLD, L. (1985): Ansätze für eine
bessere Wirksamkeit des arbeitsschutzgerechten Verhaltens
zur Unfallverhütung. In: Sozialistische
Arbeitswissenschaft, 1, 29, 12-21
- GREENBERG, L. (1984): Enhancing the Usability of Safety
Software for Microcomputers. In: American Industrial
Hygiene Association Journal, 7, 45, 451-458
- GREENE, J. (1983): Detecting the Hypersusceptible Worker.
Genetics and Politics in Industrial Medicine. In:
International Journal of Health Services, 2, 13, 247-264
- GREGERSEN, P., ANGELSO, B., NIELSEN, T.E., NORGAARD, B. &
ULDAL, C. (1984): Neurotoxic Effects of Organic Solvents
in Exposed Workers: An Occupational Neuropsychological,
and Neurological Investigation. In: American Journal of
Industrial Medicine, 3, 5, 201-225
- GRIEFAHN, B. (1986): A Critical Load for Nocturnal High-
Density Road Traffic Noise. In: American Journal of
Industrial Medicine, 3, 9, 261-269
- GUIDOTTI, T.L. (1985): Occupational Health Monitoring and
Surveillance. In: American Family Physician, 2, 31, 161-169
- HÄKKINEN, K.K. (1986): The Management of Change: A Safety
Viewpoint. In: LUPTON, T. (Ed.), Human Factors in
Manufacturing. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer),
277-286

- HANNINEN, H. (1985): Twenty-Five Years of Behavioral Toxicology within Occupational Medicine: A Personal Account. In: American Journal of Industrial Medicine, 1, 7, 19-30
- HEDBERG, G.E. & NIEMI, K. (1986): Physical and Muscular Strain in Swedish Tanker Truck Drivers. In: Ergonomics, 6, 29, 817-826
- HELMKAMP, J.C. & BONE, C.M. (1986): Hospitalizations for Accidents and Injuries in the U.S. Navy: Environmental and Occupational Factors. In: Journal of Occupational Medicine, 4, 28, 269-275
- HERZOG, H.H., HORST, A., OEHLKE, P. & SKARPELIS, C. (1986): Verstärkter Praxisbezug des Programms "Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens" unter besonderer Berücksichtigung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. In: Zentralblatt Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, 1, 36, 7-16
- HOOPER, R.L. (1986): Human Factors and Safety in the Manufacturing Environment. In: LUPTON, T. (Ed.), Human Factors in Manufacturing. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer), 249-262
- HOWLETT, M. & ARCHER, V.E. (1984): Worker Involvement in Occupational Health and Safety. In: Family and Community Health, 3, 7, 57-63
- INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH (Ed.) (1984): Combined Effects of Occupational Exposures. Proceedings of the Fourth Finnish-Soviet Joint Symposium. Helsinki (Institute of Occupational Health)
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (1982): Occupational Safety, Health and Working Conditions and the Transfer of Technology. Inter-Regional Tripartite Symposium on Occupational Safety, Health and Working Conditions. Geneva (ILO)
- JAGER, M., LUTTMAN, A. & LAURIG, W. (1984): The Load on the Spine during the Transport of Dustbins. In: Applied Ergonomics, 2, 15, 91-98
- JONGENELEN, F.J., BOS, R.P., ANZION, R.B.M., THEUWS, J.L.G. & HENDERSON, P.T. (1986): Biological Monitoring of Polycyclic Aromatic Hydrocarbons. Metabolites in Urine. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2, 12, 137-143
- KALBERLAH, F. (1983): Acht Stunden täglich. Schadstoffe und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Freiburg i.Br. (Dreisam)
- KARMAUS, W. & PATJENS, S. (1985): Wie gesundheitsgefährdend ist die Bauarbeit? Arbeitsbedingtheit von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Maurern und Bauarbeitern. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 200-207
- KASPAREK, B. (1986): Der Einfluß von Arbeitsstrukturen auf die Arbeitssicherheit. Dortmund (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitssicherheit Nr. 471)

- KATALYSE, BUND, ÖKO-INSTITUT & ULF (1987): Chemie am Arbeitsplatz. Gefährliche Arbeitsstoffe, Berufskrankheiten und Auswege. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- KAUPPINEN, T. (1986): Occupational Exposure to Chemical Agents in the Plywood Industry. In: Annals of Occupational Hygiene, 1, 30, 19-29
- KJELLEN, U. (Ed.) (1984): Occupational Accident Research. Amsterdam (Elsevier)
- KLEE, E. (1977): Gefahrenzone Betrieb. Verschleiß und Erkrankung am Arbeitsplatz. Frankfurt/M. (Fischer)
- KLOST, W. (1985): Innerbetriebliche Motivation und außerbetriebliche Einflüsse auf die Arbeitssicherheit. In: Sicher ist sicher, 2, 36, 86-91
- KÖCHLING, A. (1985): Bildschirmarbeit. Gesundheitsregeln und Gesundheitsschutz. Köln (Bund)
- KÖHLER, B.M. (1985): Die Information über Schadstoffe als Voraussetzung für den Arbeitsschutz. In: Argument-Sonderband, 125, 106-125
- KOMAKI, J., BARWICK, K.D. & SCOTT, L.W. (1978): A Behavioral Approach to Occupational Safety. Pinpointing and Reinforcing Safe Performance in a Food Manufacturing Plant. In: Journal of Applied Psychology, 63, 434-445
- KÜHN, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Frankfurt/New York (Campus)
- LÄUCHLI, A. (1986): Was kann ich dazu beitragen, daß der Gehörschutz getragen wird?. In: Illustrierte Zeitschrift für Arbeitssicherheit, 1, 33, 2-7
- LEGG, T. (1934): Industrial Maladies. London (Oxford University Press)
- LISSNER, L. (1985): Die meisten gefährlichen Stoffe verlassen die Fabrik durch das Werktor. Umweltmedizin und Gewerkschaften. In: Argument-Sonderband, 125, 126-142
- LÖFFLER, M. (1987): Einstellung von Arbeitnehmern zu Arbeitsschutzmitteln. Eine Fragebogenerhebung bei männlichen Beschäftigten eines Industriebetriebes. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 8, 22, 205-208
- LUCZAK, H. & VOLPERT, W. (1987): Arbeitswissenschaft. Kerndefinition, Gegenstandskatalog, Forschungsgebiete. Bericht an den Vorstand für Arbeitswissenschaft und die Stiftung Volkswagenwerk. Frankfurt/M. (Rationalisierungskuratorium der Deutschen Wirtschaft (RKW) e.V.)
- LÜTGE, G. (1987): Gift im Reinraum. Gefährliche Stoffe bei der Chip-Produktion bergen unbekanntes Risiken. In: DIE ZEIT, 10, 27.02., 25

- MACDONALD, E.B., PORTER, R., HIBBERT, C. & HART, J. (1984):
The Relationship Between Spinal Canal Diameter and Back
Pain in Coal Miners. Ultrasonic Measurement as a Screening
Test. In: Journal of Occupational Medicine, 1, 26, 23-28
- MAIRIAUX, P. & MALCHAIRE, J. (1985): Workers Self-Pacing in
Hot Conditions: A Case Study. In: Applied Ergonomics, 2,
16, 85-90
- MANFREDA, J., HOLFORD-STREVEVS, V., CHEANG, M. & WARREN,
C.P.W. (1986): Acute Symptoms Following Exposure to Grain
Dust in Farming. In: Environmental Health Perspectives, 66,
73-80
- MANGUM, M., HAYMES, E.M. & LIPNER, H. (1984): Coagulation and
Fibrinolytic Responses to Exercise and Cold Exposure. In:
Aviation, Space, and Environmental Medicine, 4, 55, 291-295
- MARK, D. & VINCENT, J.H. (1986): A New Personal Sampler for
Airborne Total Dust in Workplaces. In: Annals of
Occupational Hygiene, 1, 30, 89-102
- MARRAS, W.S. & ROCKWELL, T.H. (1986): An Experimental
Evaluation of Method and Tool Effects in Spike Maul Use.
In: Human Factors, 3, 28; 267-281
- MCCUNNEY, R.J. (1986): Health Effects of Work at Waste Water
Treatment Plants: A Review of the Literature with
Guidelines for Medical Surveillance. In: American Journal
of Industrial Medicine, 3, 9, 271-279
- METROPOLITAN TORONTO DISTRICT HEALTH COUNCIL (Ed.) (1984):
Workplace Health and Safety in Metropolitan Toronto.
Toronto (Metropolitan Toronto District Health Council)
- MILLES, D. & MÜLLER, R. (Hrsg.) (1985): Berufsarbeit und
Krankheit. Gewerbehygienische, historische, juristische
und sozialepidemiologische Studien zu einem verdrängten
sozialen Problem zwischen Arbeitnehmerschutz und
Sozialversicherung. Frankfurt/New York (Campus)
- MINTER, S.G. (1984): Close-Up on DuPont's Occupational Health
Program. In: Occupational Hazards, 4, 46, 47-52
- MINTZ, B.W. (1984): OSHA - History, Law and Policy.
Washington, D.C. (Bureau of National Affairs)
- MISITI, R. & BAGNARA, S. (1985): Die Beteiligung von
Arbeitnehmern auf den Gebieten Arbeitsschutz und
Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. In: FRICKE, W. &
SCHUCHARDT, W. (Hrsg.), Innovatorische Qualifikationen..
Bonn (Verlag Neue Gesellschaft), 163-178
- MITAL, A. & SANGHAVI, N. (1986): Comparison of Maximum
Volitional Torque Exertion Capabilities of Males and
Females Using Common Hand Tools. In: Human Factors, 3, 28,
283-294

- MOOREN, T. (1986): Information und Motivation zur Arbeitssicherheit. Ein verhaltenspsychologisches Modell zur Entwicklung betrieblicher Maßnahmen. In: Kompaß, 4, 96, 160-165
- MÜLLER, R. (1981): Arbeit in Kälte, insbesondere beim Löschen von Frost- und Frischfisch. Dortmund (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung)
- MÜLLER, R. (1984): Arbeitsbedingte Erkrankungen, ihre Wahrnehmung, Thematisierung und Bewältigung als Aufgabe der betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitssicherheit. In: KRAUSE, PILLAT & ZANDER (Hrsg.), Arbeitssicherheit. Handbuch für Unternehmensleitung, Betriebsrat. Heft 4, 161-194
- MUTTI, A., VESCOVI, P.P., FALZOI, M., ARFINI, G., VALENTI, G. & FRANCHINI, I. (1984): Neuroendocrine Effects of Styrene on Occupationally Exposed Workers. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 4, 10, 225-228
- NEMITZ, B., RUNGE, G. & WASIELEWSKI, S. (1984): Die arbeitsschutzbedürftige Frau. Recht, Medizin und Politik des Frauenarbeitsschutzes. In: Argument, 147, 26, 699-718
- NITSCHKI, J. (1986): Gefährliche Arbeitsstoffe und Schwangerschaft. In: Arbeitnehmer, 3, 34, 105-108
- NORO, K. (Ed.) (1987): Occupational Health and Safety in Automation and Robotics. London (Taylor & Francis)
- OCCHIPINTI, E., COLOMBINI, D., FRIGO, C., PEDOTTI, A. & GRIECO, A. (1985): Sitting Posture: Analysis of Lumbar Stresses with Upper Limbs Supported. In: Ergonomics, 9, 28, 1333-1346
- OTWAY, J.J. & MISENTA, R. (1980): The Determinants of Operator Preparedness for Emergency Situations in Nuclear Power Plants. Paper presented at Workshop on Procedural and Organisational Measures for Accident Management. Laxenburg, Austria, 28-31 January, 1980
- PEARCE, B.G. (Ed.) (1984): Health Hazards of VDTs. New York (John Wiley & Sons)
- PINEAULT, R. & BERTHELETTE, D. (1984): Health Hazards of VDTs. In: GRANDJEAN, E. (Ed.), Ergonomics and Health in Modern Offices. London (Taylor & Francis), 146-151
- PÖHLER, W. (1983): Bedingungen und Grenzen der Umsetzung mikro-epidemiologischer Forschungsergebnisse in die Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. In: FERBER, C.v. & BADURA, B. (Hrsg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München/Wien (Oldenbourg), 255-264
- PORNSCHLEGEL, H. (1986): Perspektiven arbeitswissenschaftlicher Forschung im Förderprogramm "Humanisierung des Arbeitslebens" der Bundesregierung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 1, 40, 1-6

- REASONS, C.E., ROSS, L.L. & PATERSON, C. (1981): Assault on the Worker: Occupational Health and Safety in Canada. Toronto (Butterworths)
- RITSON, J. (1983): The Health and Safety at Work Act. Beckenham (Ravenswood)
- ROSENBROCK, R. & ABHOLZ, H.-H. (1984): Streß-Prävention durch Arbeitsschutz?. In: Argument-Sonderband, 119, 85-108
- RUTSTEIN, D.D., MULLAN, R.J., FRAZIER, T.M., HALPERIN, W.E., MELIUS, J.M. & SESTITO, J.P. (1984): Sentinel Health Events (Occupational): A Basis for Physician Recognition and Public Health Surveillance. In: Archives of Environmental Health, 3, 39, 159-168
- SASS, R. (1986): Workplace Health and Safety: Report from Canada. In: International Journal of Health Services, 4, 16, 565-582
- SCANSETTI, G. (1984): Toxic Agents Emitted From Office Machines and Materials. In: GRANDJEAN, E. (Ed.), Ergonomics and Health in Modern Offices. London (Taylor & Francis), 1-18
- SMITH, M.H., COHEN, B.G.F., LAMBERT W. & STAMMERJOHN, J. (1981): An Investigation of Health Complaints and Job Stress in Video Display Operations. In: Human Factors, 4, 23, 387-400
- SMITH, M.J., ANGER, W.K. & USBAN, S.S. (1978): Behavior Modification Applied to Occupational Safety. In: Journal of Safety Research, 10, 87-88
- SOHNIUS, F. & SOHNIUS, F. (1986): Handbuch betriebsärztlicher Dienst. Loseblattwerk. Landsberg (ecomed)
- STARCK, J. (1984): High Impulse Acceleration Levels in Hand-Held Vibratory Tools: An Additional Factor in the Hazards Associated with the Hand-Arm Vibration Syndrome. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 3, 10, 171-178
- STAVISKY, L.P. (1982): State Responsibility for the Control of Asbestos in the Schools. In: Journal of School Health, 6, 52, 358-364
- TAVRIS, D.R., FIELD, L. & BRUMBACK, C.L. (1984): Outbreak of Illness due to Volatilized Asphalt Coming from a Malfunctioning Fluorescent Lighting Fixture. In: American Journal of Public Health, 6, 74, 614-615
- TOLKSDORF, G. (1986): "Arbeitswissenschaft" in der Bundesrepublik Deutschland: Gegenstände, Methoden, Theorien, Praxis- und Interessenbezüge sowie Zielsetzungen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 3, 40, 142-149
- TRUM HUNTER, B. (1975): The Mirage of Safety. New York (Charles Scribner's Sons)

- TURNBULL, G.J., SANDERSON, D.M. & BONSALE, J.L. (Eds.) (1985): Occupational Hazards of Pesticide Use. London (Taylor & Francis)
- UNDEUTSCH, U. (1982): Neuere Ergebnisse der Unfallforschung und der Unfallprophylaxe für die Erhöhung der Arbeitssicherheit im Betrieb. In: Moderne Unfallverhütung, 24, 13-15
- UNDEUTSCH, U. (1986): Ausbildung sicherheitsfördernder Arbeitsgewohnheiten. In: Moderne Unfallverhütung, 30, 44-47
- VANHOORNE, M., HARRINGTON, J.M., PARMEGGIANI, L., HUNTER, W., BAERT, A. & VUYLSTEEK, K. (1985): Constraints in the Development of Occupational Health Research and its Application. Report on a Workshop. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 4, 55, 337-349
- VINES, S.W. (1984): Vibration White Finger. Implications for Occupational Health Nurses. In: Occupational Health Nursing, 10, 32, 526-529
- VOJTECKY, M.A. & BERKANOVIC, E. (1984): The Evaluation of Health and Safety Training. In: International Quarterly of Community Health Education, 4, 5, 277-286
- VOLKHOLZ, V. (1977): Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Bonn (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung)
- VOLKHOLZ, V., FUCHS, K.-D. & MÜLLER, R. (1980): Grundsätze zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit. In: Bundesarbeitsblatt, 10, 5-14
- WATTERSON, A.E. (1986): Occupational Health and Illness: The Politics of Hazard Education. In: RODMELL, S. & WATT, A. (Eds.), The Politics of Health Education. Raising the Issues. London (Routledge & Kegan Paul), 76-99
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION, REGIONALBÜRO FÜR EUROPA (1984): Frauen und berufsbedingte Gesundheitsrisiken. Bericht über eine WGO-Tagung. Kopenhagen (WGO-EURO (=EURO-Berichte und Studien 76))
- WIEDERSCHWINGER, M. (1985): Zur beschäftigungsdiskriminierenden Wirkung des Frauenarbeitsschutzes. Wien (Fachverlag für Wirtschaft und Technik)
- WILLIAMS, J.L. (1960): Accidents and Ill-Health at Work. London (Staples Press)
- WINTER, G. (Hrsg.) (1986): Grenzwerte. Interdisziplinäre Untersuchungen zu einer Rechtsfigur des Umwelt-, Arbeits- und Lebensmittelschutzes. Düsseldorf (Werner)
- WRIEDT, H. (1986): Gesundheitsgefährdungen gemeinsam lösen. Ein Bericht aus Großbritannien. In: Wechselwirkung, 2, 8, 32-35

- YU, T.-S., ROHT, L.H., WISE, R.A., KILIAN, D.J. & WEIR, F.W.
(1984): Low-Back Pain in Industry. An Old Problem
Revisited. In: Journal of Occupational Medicine, 7, 26,
517-524
- ZEY, J.N., PIACITELLI, G.M. & JONES, W.G. (1984):
Characterization of Airborne Cotton Dust Concentrations in
the Non-Textile Cotton Industry. In: American Industrial
Hygiene Association Journal, 8, 45, 539-546
- ZIMMERMANN, L. (Hrsg.) (1982): Gesundheitsgefahren bei der
Arbeit. Lärm, Klima, Schadstoffe. Reinbek b. Hamburg
(Rowohlt)
- ZINK, K.J. (1980): Arbeitssicherheit als Akzeptanzproblem aus
motivationstheoretischer Sicht. In: Zentralblatt
Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, 2, 30, 39-49
- ZOHAR, D. (1980): Safety Climate in Industrial Organizations:
Theoretical and Applied Implications. In: Journal of
Applied Psychology, 1, 65, 96-102

5. ARBEITSWELT / INDUSTRIESOZIOLOGIE

- ABBOTT, W.F. & MONSEN, R.J. (1979): On The Measurement of Corporate Social Responsibility. Self-Reported Disclosures as a Method of Measuring Corporate Social Involvement. In: Academy of Management Journal, 3, 22, 501-515
- ABROMEIT, H. & BLANKE, B. (Hrsg.) (1987): Arbeitsmarkt, Arbeitsbeziehungen und Politik in den 80er Jahren. Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- AGUREN, S., HANSSON, R. & KARLSSON, K.G. (1976): The Volvo Kalmar Plant. Stockholm (The Rationalization Council SAF-LO)
- AGUREN, S. & EDGREN, J. (1980): New Factories. Stockholm (Swedish Employers Confederation)
- ALLARDT, E. (1976): Work and Political Behavior. In: DUBIN, R. (Ed.), Handbook of Work, Organization, and Society. Chicago (Rand McNally), 807-836
- ALTMANN, N., BECHTLE, G. & LUTZ, B. (1978): Betrieb, Technik, Arbeit. Elemente einer soziologischen Analytik technisch-organisatorischer Veränderungen. Frankfurt/New York (Campus)
- ALVESSON, M. (1987): Organization Theory and Technocratic Consciousness. Rationality, Ideology and Quality of Work. Berlin/New York (de Gruyter)
- ATCHLEY, R.C. (1976): The Sociology of Retirement. New York (Halsted)
- ATKINSON, J. (1984): Flexibility, Uncertainty and Manpower Management. Sussex (Institute of Manpower Studies, Report No 89)
- BAETHGE, M., SCHOMBURG, H. & VOSKAMP, U. (1983): Jugend und Krise - Krise aktueller Jugendforschung. Frankfurt/New York (Campus)
- BAIN, G.S. (Ed.) (1983): Industrial Relations in Britain. Oxford (Blackwell)
- BAITSCH, C. & FREI, F. (1979): Qualifizierung in der Arbeitstätigkeit. Eine annotierte Bibliographie einschlägiger Literatur aus dem Zeitraum von 1967-1978. Bonn-Bad Godesberg (DFVLR/Projektträger Humanisierung des Arbeitslebens (PT-Materialien Bd. 14))
- BAUER, W.M. (1985): Die hilflosen Manager. Thesen zur Führungskrise in den Unternehmen. Frankfurt/M. (Fischer)
- BECHTLE, G. (1980): Betrieb als Strategie. Theoretische Vorarbeiten zu einem industriesoziologischen Konzept. Frankfurt/New York (Campus)
- BECK, U., BRATER, M. & DAHEIM, H.J. (1980): Soziologie der Arbeit und der Berufe. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)

- BECK, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- BECKER, F.D. (1981): Workspace. Creating Environments in Organizations. New York (Praeger)
- BENNIS, W. & NANUS, B. (1985): Führungskräfte. Die vier Schlüsselstrategien erfolgreichen Führens. Frankfurt/New York (Campus)
- BERG, I. (1979): Industrial Sociology. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall)
- BERG, I., FREEDMAN, M. & FREEMAN, M. (1978): Managers and Work Reform. A Limited Engagement. New York (Free Press)
- BERGMANN, J., HIRSCH-KREINSEN, H., SPRINGER, R. & WOLF, H. (1986): Rationalisierung, Technisierung und Kontrolle des Arbeitsprozesses. Die Einführung der CNC-Technologie in Betrieben des Maschinenbaus. Frankfurt/New York (Campus)
- BIENER, K. & SCHÄR, M. (1986): Gesundheit und Krankheit in der Industriegesellschaft. Repräsentativstudie über das Gesundheitsprofil und über die Lebensgewohnheiten berufstätiger Männer und Frauen. Bern (Huber)
- BINSWANGER, H.C., GEISSBERGER, W. & GINSBURG, T. (1981): Wege aus der Wohlstandsfalle. Der NAWU-Report: Strategien gegen Arbeitslosigkeit und Umweltkrise. Frankfurt/M. (Fischer)
- BISCHOFF, H. & DAMM, D. (1985): Arbeitsplätze selber schaffen, finanzieren und behalten. München (Biederstein)
- BLOHMKE, M. & REIMER, F. (1980): Krankheit und Beruf. Heidelberg (Hüthig)
- BLOßFELD, P. (1985): Bildungsexpansion und Berufschancen. Empirische Analysen zur Lage der Berufsanfänger in der Bundesrepublik. Frankfurt/New York (Campus)
- BORRIES, V. v. (1980): Technik als Sozialbeziehung. Zur Theorie industrieller Produktion. München (Kösel)
- BOWLES, S. (1985): Post-Marxian Economics: Labour, Learning and History. In: Social Science Information, 3, 24, 507-528
- BRAGER, G. & HOLLOWAY, S. (1978): Changing Human Service Organizations. Politics and Practice. New York (Free Press)
- BRANDES, W. & BUTTLER, F. (1987): Alte und neue Heimarbeit. Eine Arbeitsökonomische Interpretation. In: Soziale Welt, 1, 38, 74-91
- BRIEFS, U. (1984): Informationstechnologie und Zukunft der Arbeit. Mikroelektronik und Computertechnik. Köln (Pahl-Rugenstein)
- BROAD, G. (1986): Employee Participation in the Management of Change: The Case of Japan. In: LUPTON, T. (Ed.), Human Factors in Manufacturing. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer), 401-410

- BROADBENT, D.E. (1985): Multiple Goals and Flexible Procedures in the Design of Work. In: FRESE, M. & SABINI, J. (Eds.), Goal Directed Behavior: The Concept of Action in Psychology. Hillsdale, N.J. (Erlbaum), 285-295
- BROCK, D. & VETTER, H.-R. (1982): Alltägliche Arbeiterexistenz. Soziologische Rekonstruktionen des Zusammenhangs von Lohnarbeit und Biographie. Frankfurt/New York (Campus)
- BRÖDNER, P. (1985): Fabrik 2000. Alternative Entwicklungspfade in die Zukunft der Fabrik. Berlin (Sigma)
- BROSE, H.-G. (1983): Die Erfahrung der Arbeit. Zum berufsbiographischen Erwerb von Handlungsmustern bei Industriearbeitern. Opladen (Westdeutscher Verlag)
- BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ (Hrsg.) (1984): Humanisierung des Arbeitslebens in der Holzbe- und -verarbeitung. Vorträge der Informationstagung am 8. und 9. Mai 1984 in Dortmund. Bremerhaven (Verlag für Neue Wissenschaft)
- BUROWOY, M. (1979): Manufacturing Consent. Changes in the Labor Process Under Monopoly Capitalism. Chicago (University of Chicago Press)
- CONROY, R.T.W.L. & MILLS, J.N. (1970): Human Circadian Rhythms. London (Churchill)
- COOK, D. (1985): Unemployment and Health during a Recession. In: Practitioner, 1404, 229, 559-562
- DEACON, S.P. & CONGDON, G.J. (1984): Rehabilitation after Illness and Injury - A Study of Temporary Alternative Work Arrangements. In: Journal of the Society of Occupational Medicine, 2, 34, 46-49
- DEAL, T.E. & KENNEDY, A.A. (1982): Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life. Reading, Mass. (Addison-Wesley)
- DEUTSCHMANN, C. (1987): Der "Betriebsclan". Der japanische Organisationstypus als Herausforderung an die soziologische Modernisierungstheorie. In: Soziale Welt, 2, 38, 133-147
- DIECKMANN, H. & HAFENEGER, b. (1985): Politischer und gesellschaftlicher Umgang mit Jugendarbeitslosigkeit. In: psychosozial, 27, 9-25
- DIEKMANN, J. (1984): Kündigungsschutzklagen und Konjunktur. Einige Aspekte des Verhältnisses wirtschaftlicher Entwicklung und subjektiver Reaktion. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie, 1, 5, 79-100
- DIERKES, M., PETERMANN, T. & v. THIENEN, V. (Hrsg.) (1986): Technik und Parlament. Technikfolgen-Abschätzung: Konzepte, Erfahrungen, Chancen. Berlin (Rainer Bohn)

- DODIER, N. (1985): Social Uses of Illness at the Workplace: Sick Leave and Moral Evaluation. In: Social Science and Medicine, 2, 20, 123-128
- DONWAY, W. (1980): Work in America is Hazardous to Your Health. In: Private Practice, April 1980, 31-62
- DOUGLAS, M. (1986): Risk Acceptability According to the Social Sciences. London (Routledge & Kegan Paul)
- DREXEL, I. (1982): Belegschaftsstrukturen zwischen Veränderungsdruck und Beharrung. Frankfurt/New York (Campus)
- DUBIN, R. (Ed.) (1976): Handbook of Work, Organization and Society. Chicago (Rand McNally)
- DUNNETTE, M.D. (Ed.) (1976): Handbook of Industrial and Organizational Research. New York (Wiley)
- EDWARDS, N. (1981): Herrschaft im modernen Produktionsprozeß. Frankfurt/New York (Campus)
- EGDAHL, R. & WALSH, D.C. (Eds.) (1978): Health: A Corporate Dilemma. Health Care Management: A Corporate Solution. Background Papers on Industry's Changing Role in Health Care Delivery. New York (Springer)
- ENGEL, D.L. (1979): An Approach to Corporate Social Responsibility. In: Stanford Law Review, 1, 32, 1-98
- ENGEL, P. (1981): Japanische Organisationsprinzipien. Zürich (Verlag Moderne Industrie)
- FEIN, M. (1976): Motivation for Work. In: DUBIN, R. (Ed.), Handbook of Work, Organization, and Society. Chicago (Rand McNally), 465-530
- FISCHER, J. & MINNSEN, H. (1986): Neue Leistungspolitik in der Bekleidungsindustrie. Arbeitsstrukturierung und Produktionsflexibilisierung. Frankfurt/New York (Campus)
- FISCHER, J. & MINNSEN, H. (1987): Weder Reprofessionalisierung noch vollendeter Taylorismus. Neue Leistungspolitik in der Bekleidungsindustrie. In: Soziale Welt, 2, 38, 197-210
- FRANKLIN, R. (1985): "Du mußt dein Zeug machen!" Über ein Leben an den Rändern der Wirklichkeit. In: psychosozial, 27, 146-158
- FRESE, M. (1978): Partialisierte Handlung und Kontrolle. Zwei Themen der industriellen Psychopathologie. In: FRESE, M., GREIF, S. & SEMMER, N. (Hrsg.), Industrielle Psychopathologie. Bern (Huber), 159-183
- FRESE, M. (1982): Occupational Socialization and Psychological Development. An Underemphasized Research Perspective in Industrial Psychology. In: Journal of Occupational Psychology, 1, 55, 209-224

- FRESE, M. (1984): Do Workers Want Control at Work or Don't They? Some Results on Denial and Adjustment. Berlin (Technische Universität, IfHA-Bericht)
- FRICKE, W. (1975): Arbeitsorganisation und Qualifikation. Ein industriesoziologischer Beitrag zur Humanisierung der Arbeit. Bonn (Verlag Neue Gesellschaft)
- FRICKE, W. & SCHUCHARDT, W. (Hrsg.) (1985): Innovatorische Qualifikationen - eine Chance gewerkschaftlicher Arbeitspolitik. Bonn (Verlag Neue Gesellschaft)
- FRIEDMANN, P. & WEIMER, S. (1982): Arbeitnehmer zwischen Erwerbstätigkeit und Ruhestand. Zu den Auswirkungen der flexiblen Altersgrenze auf die Arbeits- und Lebensbedingungen älterer Arbeitnehmer. Frankfurt/New York (Campus)
- FROST, C.G., WAKELY, J.H. & RHU, A. (1974): The Scanlon Plan for Organizational Development: Identity, Participation, and Equity. Lansing (Michigan State University Press)
- GARDELL, B. (1976): Job Content and Quality of Life. Stockholm (Prisma)
- GARDELL, B. (1978): Arbeitsgestaltung, intrinsische Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. In: FRESE, M., GREIF, S. & SEMMER, N. (Hrsg.), Industrielle Psychopathologie. Bern (Huber),
- GARDELL, B. (1979): Tjänstemännens arbetsmiljöer. Psyko-social arbetsmiljö och hälsa. Stockholm (Forskargruppen för Arbetslivets Socialpsykologi)
- GARTNER, A. & RIESSMAN, F. (1978): Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft. Zur politischen Ökonomie des tertiären Sektors. Mit einem Nachwort von Bernhard Badura. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- GEERKEN, M. & GROVE, W.R. (1983): At Home and at Work. Beverly Hills
- GEORG, W., KISSLER, L. & SATTEL, U. (Hrsg.) (1985): Arbeit und Wissenschaft: Arbeitswissenschaft?. Bonn-Bad Godesberg (Neue Gesellschaft)
- GIEDION, S. (1982): Die Herrschaft der Mechanisierung. Ein Beitrag zur anonymen Geschichte. Frankfurt/M. (EVA)
- GOLDBECK, W.B. (1978): A Business Perspective on Industry and Health Care. New York (Springer)
- GÖRRES, H.-J., MARSTEDT, G. & MERGNER, U. (1982): Probleme restriktiver Arbeit. Zusammenfassender Ergebnisbericht. Göttingen (SOFI)
- GOTTLIEB, B.H. (1982): Social Support in the Workplace. In: BIEGEL, D.E. & NAPARTSEK, A.J. (Eds.), Community Support Systems and Mental Health. Practice, Policy and Research. New York (Springer), 37-53

- GROßKURTH, P. (1979): Arbeit und Persönlichkeit. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- GRUBAUER, F., MANNHEIM-RUNKEL, M., MÜLLER, W. & SCHICK, M. (1987): Wertewandel von Arbeit, Moral und Recht bei Jugendlichen aus der Großindustrie. In: deutsche jugend, 10, 35, 429-436
- GRUENBERG, B. (1980): The Happy Worker. An Analysis of Education and Occupational Differences in Determinants of Job Satisfaction. In: American Journal of Sociology, 2, 86, 247-271
- GRUMBACH, J. & TOLKSDORF, G. (1987): Sozialverträgliche Technikgestaltung und "arbeitnehmerorientierte Wissenschaft". In: WSI-Mitteilungen, 1, 40, 19-27
- GRÜNEISEN, V. & HOFF, E.-H. (1977): Familienerziehung und Lebenssituation. Der Einfluß von Lebensbedingungen und Arbeitserfahrungen auf Erziehungseinstellungen und Erziehungsverhalten von Eltern. Weinheim/Basel (Beltz)
- GUTHKE, B. & GÖBEL, E. (1985): Gesundheitsbedürfnis am Arbeitsplatz - Gibt's nicht was Wichtigeres? Warum die Kollegen an ihre Gesundheit immer erst zuletzt denken. In: Widersprüche, 17, 5, 63-67
- HACKMAN, J.R. & LAWLER, E.E. (1971): Employee Reactions to Job Characteristics. In: Journal of Applied Psychology, 55, 259-286
- HACKMAN, J.R. & OLDHAM, G.R. (1981): Work Redesign. Reading, Mass. (Addison-Wesley)
- HAIDER, M., KOLLER, M. & CERVINKA, R. (Eds.) (1986): Night and Shiftwork. Longterm Effects and Their Prevention. Frankfurt/M. (Lang)
- HANDY, C. (1984): The Future of Work. A Guide to Changing Society. Oxford (Basil Blackwell)
- HELFERT, M. (1986): Wertewandel, Arbeit, technischer Fortschritt, Wachstum. Köln (Bund (=WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung 50))
- HERZBERG, F. (1966): Work and the Nature of Man. Cleveland (World Publishing)
- HESSE, H.A. (1972): Berufe im Wandel. Stuttgart (Enke)
- HINZ, H. (1983): Das Arbeitnehmerpotential - die große Innovationsreserve. In: psychosozial, 18, 6, 125-145
- HIRSCH, P.M. (1985): The Study of Industries. In: Research in the Sociology of Organizations, 4, 271-309
- HIRSCH-KREINSEN, H. & WOLF, H. (1987): Neue Produktionstechniken und Arbeitsorganisation. Interessen und Strategien betrieblicher Akteure. In: Soziale Welt, 2, 38, 181-196

- HOFF, E.-H., LAPPE, L. & LEMPERT, W. (Hrsg.) (1985):
Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung.
Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- HOLLINGSHEAD, A.B. & REDLICH, F. (1975): Der Sozialcharakter
psychischer Störungen. Eine sozialpsychiatrische
Untersuchung. Frankfurt/M. (Fischer)
- HORTLEDER, G. (1973): Ingenieure in der
Industriegesellschaft. Zur Soziologie der Technik und der
naturwissenschaftlich-technischen Intelligenz im
öffentlichen Dienst und in der Industrie. Frankfurt/M.
(Suhrkamp)
- HOWARD, R. (1985): Toward a Brave New Workplace. New York
(Viking)
- HUBER, J. (1979): Anders arbeiten - anders wirtschaften.
Frankfurt/M. (Fischer)
- HUBER, J. (1984): Die zwei Gesichter der Arbeit. Ungenutzte
Möglichkeiten der Dualwirtschaft. Frankfurt/M. (Fischer)
- HUBER, J. (1985): Die Regenbogengesellschaft. Frankfurt/M.
(Fischer)
- HULIN, C.L. & BLOOD, M.R. (1968): Job Enlargement, Individual
Differences, and Worker Responses. In: Psychological
Bulletin, 69, 41-55
- ILLICH, I. (1975): Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik
der Technik. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (Hrsg.) (1985): Flexible
Arbeitszeiten. Erfahrungen aus der Praxis. Frankfurt/New
York (Campus)
- INTERNATIONAL COUNCIL FOR THE QUALITY OF WORKING LIFE (Ed.)
(1979): Working on the Quality of Working Life. Leiden
(Nijhoff)
- JANSSEN, D. (1981): Rationalisierung im Alltag der
Industriegesellschaft. Vernunft und Unvernunft neuer
Kommunikationstechnologien am Beispiel Japans.
Frankfurt/New York (Campus)
- JÜRGENS, U. & NASCHOLD, F. (Hrsg.) (1984): Materialien zum
Zusammenhang von politischer Macht, Kontrolle und
betrieblicher Organisation der Arbeit. Opladen
(Westdeutscher Verlag)
- KAHN, R.L. (1981): Work and Health. New York (Wiley)
- KASL, S.V. (1973): Mental Health and Work Environment. An
Examination of the Evidence. In: Journal of Occupational
Medicine, 15, 506-515
- KERN, H. & SCHUMANN, M. (1984): Das Ende der Arbeitsteilung?
Rationalisierung in der industriellen Produktion. München
(Beck)

- KERR, C. & ROSOW, J.M. (Eds.) (1979): Work in America. The Decade Ahead. New York (Van Nostrand)
- KIESAU, G. & TERIET, B. (1975): Flexible Lebensplanung durch individuelle Wahlmöglichkeiten in den Lebensbereichen. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, 11, 26, 686-697
- KIESELBACH, T. (1985): Jugend - ein Risikofaktor? Gesundheits- und sozialpolitische Konsequenzen aus der Forschung zur Jugendarbeitslosigkeit. In: psychosozial, 27, 47-69
- KILMANN, R.H., SAXTON, M.J., SERPA, R. et al. (1985): Gaining Control of the Corporate Culture. San Francisco (Jossey-Bass)
- KLEBERT, M. (1985): Gewerkschaftliche Interessenvertretung und Entwicklung progressiver Arbeitsinhalte. In: Sozialistische Arbeitswissenschaft, 2, 29, 96-101
- KLEIN, T. (1987): Abstieg und Verarmung von Familien durch Arbeitslosigkeit. Frankfurt/New York (Campus)
- KNEPEL, H. & HUJER, R. (Hrsg.) (1985): Mobilitätsprozesse auf dem Arbeitsmarkt. Frankfurt/New York (Campus)
- KOCH, R. (1978): Elektronische Datenverarbeitung und kaufmännische Angestellte. Auswirkungen der Rationalisierung in der Verwaltung von Industrieunternehmen. Frankfurt/New York (Campus)
- KOHLI, M. & WOLF, J. (1987): Altersgrenzen im Schnittpunkt von betrieblichen Interessen und individueller Lebensplanung. Das Beispiel des Vorruhestands. In: Soziale Welt, 1, 38, 92-109
- KOHN, M.L. (1981): Persönlichkeit, Beruf und soziale Schichtung. Stuttgart
- KOHN, M.L. & SCHOOLER, C. (1978): The Reciprocal Effects of the Substantive Complexity of Work and Intellectual Flexibility: A Longitudinal Assessment. In: American Sociological Review, 1, 48, 24-52
- KOHN, M.L. & SCHOOLER, C. (1983): Work and Personality. An Inquiry into the Impact of Social Stratification. Norwood, N.J. (Ablex)
- KROHN, W. & RAMMERT, W. (1984): Technologieentwicklung: Autonomer Prozeß und industrielle Strategie. In: LUTZ, B. (Hrsg.), Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentags in Dortmund. Frankfurt/New York (Campus), 411-433
- LAMPERT, H. (1986): Möglichkeiten und Grenzen einer Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse. In: Wirtschaftsdienst, 4, 66, 179-186
- LAUTERBURG, C. (1986): Vor dem Ende der Hierarchie. Modelle für eine bessere Arbeitswelt. Düsseldorf (Econ)
- LEITHÄUSER, T. & HEINZ, W.K. (Hrsg.) (1976): Produktion, Arbeit, Sozialisation. Frankfurt/M. (Suhrkamp)

- LITTEK, W., RAMMERT, W. & WACHTLER, W. (Hrsg.) (1982):
Einführung in die Arbeits- und Industriesoziologie.
Frankfurt/New York (Campus)
- LITTLER, C. (1982): The Development of the Labour Process in
Capitalist Societies. A Comparative Analysis of Work
Organization in Britain, the USA and Japan. London
(Heinemann)
- LUCKMANN, T. & SPRONDEL, W.-M. (Hrsg.) (1972):
Berufssoziologie. Köln (Kiepenheuer & Witsch)
- MANSKE, F. (1987): Ende oder Wandel des Taylorismus? Von der
punktuellen zur systemischen Kontrolle des
Produktionsprozesses. In: Soziale Welt, 3, 38, 166-180
- MARCSON, S. (1970): Automation, Alienation and Anomie. New
York (Harper & Row)
- MEHLER, F. (1985): Zwischen Resignation, Verweigerung und
Selbstausgrenzung. Subjektive Verarbeitungsstrategien von
Jugendarbeitslosigkeit. In: psychosozial, 27, 130-145
- MENDNER, J. (1975): Technologische Entwicklung und
Arbeitsprozeß. Frankfurt/M. (Fischer)
- MEYER, W.-H. (1982): Arbeitszufriedenheit. Ein interessiertes
Mißverständnis. Opladen (Westdeutscher Verlag)
- MICKLER, O., DITTRICH, E. & NEUMANN, U. (1976): Technik,
Arbeitsorganisation und Arbeit. Eine empirische
Untersuchung in der automatisierten Produktion. Frankfurt
(Aspekte Verlag)
- MILLER, L.M. (1978): Behavior Management. The New Science of
Managing People at Work. New York (Wiley)
- MIRVIS, P.H. & BERG, D.N. (1977): Failures in Organizational
Development and Change. New York (Wiley-Interscience)
- MOREITZ, M. & LANDWEHR, R. (Hrsg.) (1985): Der Sprung in die
Zukunft. Zur Bedeutung der Informations- und
Kommunikationstechnologien für die soziale Entwicklung.
Weinheim/Basel (Beltz)
- MUCHINSKY, P.M. (1977): Employee Absenteeism: A Review of the
Literature. In: Journal of Vocational Behavior, 10, 316-340
- MÜCKENBERGER, U. (1985): Rechtliche Aspekte industrieller
Arbeit. In: GEORG, W., KISSLER, L. & SATTEL, U. (Hrsg.),
Arbeit und Wissenschaft: Arbeitswissenschaft? Eine
Einführung. Bonn (Verlag Neue Gesellschaft), 248-289
- MÜLLER, K.R. (1981): "... da könnt Ihr gar nichts machen!"
EDV und Rationalisierung in einem Betrieb - eine
Fallstudie. Stuttgart (Alektor-Verlag)
- MÜLLER-JENTSCH, W. (1986): Soziologie der industriellen
Beziehungen. Eine Einführung. Frankfurt/New York (Campus)

- MUCKLER, F.A. (Ed.) (1984): Human Factors Review. Santa Monica, Calif. (The Human Factors Society)
- NASCHOLD, F. (Hrsg.) (1985): Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und soziale Sicherheit. Frankfurt/New York (Campus)
- NEUBERGER, O. & KOMPA, A. (1987): Wir, die Firma. Der Kult um die Unternehmenskultur. Weinheim/Basel (Beltz)
- NELKIN, D. (Ed.) (1985): The Language of Risk. Beverly Hills (Sage)
- NOELLE-NEUMANN, E. & STRÜMPPEL, B. (Hrsg.) (1984): Macht Arbeit krank? Macht Arbeit glücklich? Eine aktuelle Kontroverse. München (Piper)
- NYMAN, K. & RAITASALO, R. (1978): Absences from Work and Their Determinants in Finland. (In Finnish). Helsinki (Research Institute for Social Security)
- OFFE, C. (1970): Leistungsprinzip und industrielle Arbeit. Mechanismen der Statusverteilung in Arbeitsorganisationen der industriellen "Leistungsgesellschaft". Frankfurt/M. (EVA)
- ÖKO-INSTITUT, PROJEKTGRUPPE ÖKOLOGISCHE WIRTSCHAFT (Hrsg.) (1985): Arbeiten im Einklang mit der Natur. Bausteine für ein ökologisches Wirtschaften. Freiburg i.Br. (Dreisam)
- OPPENHEIMER, M. (1985): White-Collar Politics. New York
- OSTERLAND, M. (Hrsg.) (1975): Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotential. Frankfurt/M.
- O'TOOLE, J. (Ed.) (1974): Work and the Quality of Life. Cambridge, Mass. (MIT Press)
- OTT, E. & BOLDT, A. (Hrsg.) (1985): Handbuch zur Humanisierung der Arbeit. 2 Bände. Brehmen (Verlag für neue Wissenschaft)
- OTTAWAY, R.N. (Ed.) (1979): Change Agents at Work. Westport (Greenwood)
- OTTAWAY, R.N. (1983): The Change Agent: A Taxonomy in Relation to the Change Process. In: Human Relations, 36, 361-392
- OTTEN, D. (1986): Die Welt der Industrie. Entstehung und Entwicklung der modernen Industriegesellschaften. 2 Bände. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- PASCALE, R.T. & ATHOS, A.G. (1981): The Art of Japanese Management. New York (Simon & Schuster)
- PETERFREUND, S. (1980): Managing Change. The Quality of Work Life. Englewood Cliffs, N.J. (Stanley Peterfreund Associates)

- PORTER, L.W. & STEERS, R.M. (1973): Organizational, Work and Personal Factors in Employee Turnover and Absenteeism. In: Psychological Bulletin, 2, 80, 151-176
- POULTON, E.C. (1980): The Environment at Work. Springfield, Il. (Charles C. Thomas)
- PREISENDÖRFER, P. (1987): Organisationale Determinanten beruflicher Karrieremuster. Theorieansätze, methodische Zugangswege und empirische Befunde. In: Soziale Welt, 2, 38, 211-226
- PRICE, R.H. (1985): Work and Community. In: American Journal of Community Psychology, 1, 13, 1-12
- QUINN, R.P. (Ed.) (1977): Effectiveness in Work Roles. (Vols. 1 and 2). Ann Arbor (University of Michigan, Survey Research Center)
- ROETHLISBERGER, F.J. & DICKSON, W.J. (1941): Management and the Worker. An Account of a Research Program Conducted by the Western Electric Company, Hawthorne Works, Chicago. Cambridge (Harvard University Press)
- ROMAN, P.M. (1980): Medicalization and Social Control in the Workplace. Prospects for the 1980s. In: Journal of Applied Behavioral Sciences, 16, 407-422
- RUPP, R. (1984): Bewertung von Arbeitssystemen aus arbeitsorientierter Sicht. Frankfurt/M. (Lang)
- SCHEIN, E.H. (1985): Organisational Culture and Leadership. San Francisco (Jossey-Bass)
- SCHICHA, R. (1982): Angst vor Freiheit und Risiko. Über den Zusammenhang von Persönlichkeit, Kognition und Autorität. Frankfurt/New York (Campus)
- SCHIMANK, U. (1981): Identitätsbehauptung in Arbeitsorganisationen. Individualität in der Formalstruktur. Frankfurt/New York (Campus)
- SCHMALE, H. (1983): Psychologie der Arbeit. Stuttgart (Klett-Cotta)
- SCHMID, A. (1984): Beschäftigung und Arbeitsmarkt. Eine sozioökonomische Einführung. Frankfurt/New York (Campus)
- SCHÖNBÄCK, W. (1980): Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention. Frankfurt/New York (Campus)
- SELIGMAN, M.E.P. (1975): Helplessness. On Depression, Development, and Death. San Francisco (Freeman)
- SHEPARD, J. (1971): Automation and Alienation. A Study of Office and Factory Workers. Cambridge, Mass. (MIT-Press)
- SHIRAI, T. (Ed.) (1983): Contemporary Industrial Relations in Japan. Wisconsin (University of Wisconsin Press)

- STARR, S.L. (1985): Scientific Work and Uncertainty. In: Social Studies of Science, 3, 15, 391-427
- STEELE, F.I. & JENKS, S. (1977): The Feel of the Work Place: Understanding and Improving Organizational Climate. Reading, Mass. (Addison-Wesley)
- STOTT, M. (1983): Fit As A Fiddle? Case Studies on International Industrial Health Hazards. Oxford (Trade Union International Research and Education Group)
- STRAUSS, A., FAGERHAUGH, S., SUCZEK, B. & WIENER, C. (1985): Social Organization of Medical Work. Chicago (University of Chicago Press)
- STROMBACH, M.E. & JOHNSON, G. (1983): Qualitätszirkel im Unternehmen. Ein Leitfaden für Praktiker. Köln (Deutscher Instituts-Verlag)
- SUSMAN, G.I. (1976): Autonomy at Work. A Sociotechnical Analysis of Participative Management. New York (Praeger)
- TAUSKY, C. (1978): Work Organizations: Major Theoretical Perspectives. Itasca, Ill. (Peacock)
- TAYLOR, G.S. (1987): A Reanalysis of the Relation Between Unionization and Workplace Safety. In: International Journal of Health Services, 3, 17, 443-453
- TRAUTWEIN-KALMS, G. & GERLACH, G. (1980): Gewerkschaften und Humanisierung der Arbeit. Frankfurt/New York (Campus (Schriftenreihe Humanisierung des Arbeitslebens 5))
- TREU, E. (1985): Sachzwang - die eindimensionale Logik der Industriegesellschaft. Opladen (Leske Verlag)
- TRIST, E. (1981): The Evolution of Socio-Technical Systems. Toronto (Ontario Quality of Working Life Centre, Occasional Paper No 2)
- TÜRK, K. (1987): Beschäftigungsumschichtungen in der Bundesrepublik Deutschland 1978 - 1983. In: Soziale Welt, 1, 38, 110-129
- ULICH, E., GROSSKURTH, P. & BRUGGEMANN, A. (1973): Neue Formen der Arbeitsgestaltung. Möglichkeiten und Probleme einer Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens. Frankfurt/M. (EVA)
- VANHOORNE, M., PARMEGGIANI, L., HARRINGTON, M. & VUYLSTEEK, K. (1987): Survey on Resources for Occupational Health Research in EC Countries. Luxemburg (Commission of the European Communities, 3.87)
- VEREIN DEUTSCHER INGENIEURE (Hrsg.) (1980): Handbuch der Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation. Düsseldorf (VDI-Verlag)
- VINNAI, G. (1973): Sozialpsychologie der Arbeiterklasse. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)

- VOGT, D. (1987): Schichtarbeit und Sozialsystem. Zur Darstellung, Entwicklung und Bewertung der Arbeitszeitorganisation in beiden Teilen Deutschlands. Bochum (Brockmeyer)
- WALLIN, L. & WRIGHT, I. (1986): Psychosocial Aspects of the Work Environment. In: Journal of Occupational Medicine, 5, 384-393
- WALTER, J. & WOLF, E. (1985): Gentechnologie und Arbeitsplätze - die gewerkschaftliche Sicht. In: STEGER, U. (Hrsg.), Die Herstellung der Natur: Chancen und Risiken der Gentechnologie. Bonn (Verlag Neue Gesellschaft), 165-185
- WESTLANDER, G. (1979): Arbeit ist das halbe Leben. Gespräche mit Industriearbeitern über Beruf und Familienleben. Weinheim/Basel (Beltz)
- WHIPP, R. & CLARK, P. (1986): Innovation and the Auto Industry. Product, Process and Work Organisation. Oxford (Pinter)
- WILLIS, P. (1977): Learning to Labour. Farnborough (Saxon House)
- WOLFF, G. & GOESCHEL, G. (1985): Führung Zweitausend. Der Weg in die Zukunft. Frankfurt/M. (FAZ)
- ZAGER, R. & ROSOW, M.I. (Eds.) (1982): The Innovative Organization: Productivity Programs in Action. New York (Pergamon)

6. BEWEGUNG / FITNESS

- BARNEY, S.M. (1978): Cardiovascular Fitness Program - A Fringe Benefit. In: Hospital Progress, 59, 38-41
- BECKY, J. & FLANIGAN, R. (1980): Exercising the Executive. In: Credit and Financial Management, 82, 32-35
- BERNACKSI, E.J. & BAUM, W.B. (1984): The Relationship of Job Performance to Exercise Adherence in a Corporate Fitness Program. In: Journal of Occupational Health, 7, 26, 529-531
- BJURSTROM, L.A. & ALEXIOUS, N.G. (1978): A Program of Heart Disease Intervention for Public Employees. In: Journal of Occupational Medicine, 8, 20, 521-531
- BLAIR, S.N., PISERCHIA, P.V., WILBUR, C.S. & CROWDER, J.H. (1986): A Public Health Intervention Model for Work-Site Health Promotion. Impact on Exercise and Physical Fitness in a Health Promotion Plan after 24 Months. In: Journal of the American Medical Association, 7, 255, 921-926
- BLOMQUIST, K.B. (1981): Physical Fitness Programs in Industry. Applications of Social Learning Theory. In: Journal of Occupational Health and Nursing, 29, 30-33
- BROWN, J. (1981): An Incentive-Based Employee Fitness Program. In: Health Education, 12, 23-24
- CADY Jr., L.D., THOMAS, P.C. & KARWASKY, R.J. (1985): Program for Increasing Health and Physical Fitness of Fire Fighters. In: Journal of Occupational Medicine, 2, 27, 110-114
- CLEMONS, N. (1980): Physical Fitness or Corporate Fitness. In: Journal of Applied Management, 5, 11-15
- COOK, R.J. et al. (1979): Employee Health and Fitness Program at the Centry Corporation. In: Health Education, 10, 4-6
- CORROLL, V.A. (1980): Employee Fitness Programmes: An Expanding Concept. In: International Journal of Health Education, 1, 23, 35-41
- COX, M., SHEPARD, R.J. & COREY, P. (1981): Influence of an Employee Fitness Program Upon Fitness, Productivity and Absenteeism. In: Ergonomics, 24, 795-806
- COX, M. & SHEPARD, R.J. (1979): Employee Fitness, Absenteeism and Job Satisfaction. In: Medicine and Science in Sports, 11, 105
- CUNNINGHAM, R.M. (1982): Wellness at Work. A Report on Health and Fitness Programs for Employees of Business and Industry. Chicago (Blue Cross Association)
- DAINES, J., GRAHAM, B., BROWN, G., GIBBS, M. & EDMONDSON, R. (1986): "Look After Yourself" 1978-86: Innovation and Outcomes. Nottingham (Department of Adult Education, University of Nottingham)

- DANIELSON R. & DANIELSON, K. (1980): Fitness in the Workplace. Toronto (Ministry of Culture and Recreation)
- DEAN, P.J., REID, L. & GZOWSKI, A. (1984): A Planner's Guide to Fitness in the Workplace. Toronto (Ontario Ministry of Tourism and Recreation)
- DeTOIA, M. (Hrsg.) (1986): Gesundheitsförderung im Betrieb. Dokumentation der gleichnamigen Veranstaltung im Rahmen der "präventa 86" in Düsseldorf. Köln (Deutscher Sporttherapeutenbund e.V.)
- DONOGHUE, S. (1977): The Correlation Between Physical Fitness, Absenteeism and Work Performance. In: Canadian Journal of Public Health, 68, 201-203
- DUGGAR, B.C. & SWENGROS, G.V. (1969): The Design of Physical Activity Programs for Industry. In: Journal of Occupational Medicine, 11, 322-329
- DURBECK, D.C. et al. (): The National Aeronautics and Space Administration - U.S. Public Health Service, Health Evaluation, and Enhancement Program. In: American Journal of Cardiology, 30, 784-790
- EDWARDS, S.E. & GETTMAN, L.R. (1980): The Effect of Employee Physical Fitness on Job Performance. Determining the Value of Employee Fitness Programs. In: Personnel Administrator, 25, 41-44
- GRAY, S.W. (1984): A Simple Procedure for Evaluating Exercise-Based Health Promotion Programs in a Worksite. In: Perceptual and Motor Skills, 1, 59, 143-146
- GREEN, L.W. (1981): Top Program Choices: Blood Pressure Control and Exercise. In: Employee Health and Fitness, 3, 91
- HASKELL, W. L. (1972): Physical Fitness Programs. Medical Clearance, Program Design, and Operation. In: Journal of Occupational Medicine, 14, 555-565
- HASKELL, W.L. & BLAIR, S.N. (1980): The Physical Activity Component of Health Promotion in Occupational Settings. In: Public Health Reports, 95, 109-118
- HAYDON, D.F., MURRAY, T.D. & EDWARDS, T.L. (1986): Texas Employee Health and Fitness Program. An Example of Unique Legislation. In: Journal of Physical Education, Recreation and Dance, 8, 57, 28-32
- HORNE, W.M. (1975): Effects of a Physical Activity Program on Middle-Aged, Sedentary Corporation-Executives. In: American Industrial Hygiene Association Journal, 36, 241-245
- HOWARD, J. & MIKALACHKI, A. (1979): Fitness and Employee Productivity. In: Canadian Journal of Applied Sport Sciences, 4, 191-198

- KOERNER, D.R. (1973): Cardiovascular Benefits from an Industrial Physical Fitness Program. In: Journal of Occupational Medicine, 15, 700-707
- KONDROSULK, J. (1980): Company Physical Fitness Programs: Salvation or Fad?. In: Personnel Administrator, 25, 47-50
- KREITNER, R. (1976): Employee Physical Fitness: Protecting an Investment in Human Resources. In: Personnel Journal, 55, 340-344
- KÜHLMANN, T.M. (1983): Erholung vom Arbeitsalltag: Formen und Gestaltungsmöglichkeiten. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 9, 18, 220-223
- LILLEY, M. (1983): Preventive Medicine and the Benefit of Exercise Programmes for the Sedentary Worker. In: Physiotherapy, 1, 69, 8-10
- LINDEN, V. (1969): Absence from Work and Physical Fitness. In: British Journal of Industrial Medicine, 26, 47-53
- MARTIN, J. (1978): Corporate Health. A Result of Employee Fitness. In: The Physician and Sports Medicine, 6, 135-138
- MELLEROWICZ, H. & DÜRRWÄCHTER, H. (1983): Sport - Gesundheit - Wirtschaft. Zusammenhänge und Folgerungen für das derzeitige Gesundheits- und Krankheitswesen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 5, 18, 106-111
- MOUDRY, G.J. (1980): An Exercise "Prescription" for the Sedentary Executive. In: Journal of Occupational Health & Safety, 49, 29-32
- NOST, P.F. et al. (1981): Planning the Employee Fitness Program. In: Journal of Occupational Health & Safety, 50, 27-29
- PALISANO, P. (1982): What's Behind the Physical Fitness Boom in Industry?. In: Journal of Occupational Health & Safety, 51, 52-57
- PATE, R.R. & BLAIR, S.N. (1983): Physical Fitness Programming for Health Promotion at the Worksite. In: Preventive Medicine, 5, 12, 632-643
- PAULY, J.T., PALMER, J.A., WRIGHT, C.C. & PFEIFFER, G.J. (1982): The Effect of a 14-Week Employee Fitness Program on Selected Physiological and Psychological Parameters. In: Journal of Occupational Medicine, 6, 24, 457-463
- PYLE, R.L. (1979): Performance Measures for a Corporate Fitness Program. In: Human Resource Management, 18, 26-30
- RHODES, E.C. & DUNWOODY, D. (1980): Physiological and Attitudinal Changes in Those Involved in an Employee Fitness Program. In: Canadian Journal of Public Health, 71, 331-336

- SCHOBERTH, H. (1979): Die Bewegungspause am Arbeitsplatz. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 6, 15, 141-144
- SHEPARD, R.J. et al. (1980): Effects of a Six-Months Industrial Fitness Program on Serum Lipid Concentrations. In: Atherosclerosis, 35, 277-286
- SHEPARD, R.J. et al. (1981): Fitness Program Participation. Its Effect on Worker Performance. In: Journal of Occupational Medicine, 23, 359-363
- SHEPARD, R.J. (1983): Employee Health and Fitness: The State of the Art. In: Preventive Medicine, 12, 644-653
- SPIEGEL, R. (Hrsg.) (1986): Sport als Faktor von Gesundheit und Wirtschaft. Köln (div-Verlag)
- STEINBACH, G. (1978): Motivating Executives to Keep Physically Fit. In: Harvard Business Review, 56, 16
- THEGEDER, H. (1982): Training der physischen Belastbarkeit im Ausgleichs- und Freizeitsport für Berufstätige. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 3, 17, 54-57
- TIMMINS, W. (1981): Public-Employee Physical Fitness Programs. In: Public Personnel Management, 2, 10, 217-222
- YARVOTE, P.M. et al. (1974): Organization and Evaluation of a Physical Fitness Program in Industry. In: Journal of Occupational Medicine, 16, 589-598

7. EPIDEMIOLOGIE

- ACHESON, E.D., PIPPARD, E.C. & WINTER, P.D. (1984): Mortality of English Furniture Makers. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 4, 10, 211-217
- BAKER, E.L., LETZ, R. & FIDLER, A. (1985): A Computer-Administered Neurobehavioral Evaluation System for Occupational and Environmental Epidemiology. Rationale, Methodology, and Pilot Study Results. In: Journal of Occupational Medicine, 3, 27, 206-212
- BRUNS, R. et al. (1983): Randomized Controlled Trial of a Nonpharmacologic Cholesterol Reduction Program at the Worksite. In: Preventive Medicine, 12, 523-532
- BUSCH, A. (1983): Migration und psychische Belastung.. Berlin (Reimer (=Kölner ethnologische Studien, Bd. 8))
- CAMMARANO, G., CROSIGNANI, P., BERRINO, F. & BERRA, G. (1984): Cancer Mortality among Workers in a Thermoelectric Power Plant. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 4, 10, 259-261
- CLAUDE, J. & FRENTZEL-BEYME, R. (1984): A Mortality Study of Workers Employed in a German Rock Wool Factory. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 3, 10, 151-157
- D'ARCY, C. (1986): Unemployment and Health: Data and Implications. In: Canadian Journal of Public Health, Suppl. 1, 77, 124-131
- DAVIS, K.E., JACKSON, K.L., KRONENFELD, J.J. & BLAIR, S.N. (1984): Intent to Participate in Worksite Health Promotion Activities: A Model of Risk Factors and Psychosocial Variables. In: Health Education Quarterly, 4, 11, 361-377
- DE VUYST, P., DUMORTIER, P., RICKAERT, F., VAN DE WEYER, R., LENCLUD, C. & YERNAULT, J.C. (1986): Occupational Lung Fibrosis in an Aluminium Polisher. In: European Journal of Respiratory Diseases, 2, 68, 131-140
- doPICO, G.A. (1984): Occupational Lung Disease in the Rural Environment. In: Contemporary Issues in Pulmonary Disease, 2, 141-181
- EYER, J. (1977): Does Unemployment Cause the Death Rate Peak in Each Business Cycle? A Multifactor Model of Death Rate Change. In: International Journal of Health Services, 4, 7, 625-662
- EYER, J. & STERLING, P. (1977): Stress-related Mortality and Social Organization. In: The Review of Radical Economics, 1, 9, 1-44
- FLETCHER, A.C. & ADES, A. (1984): Lung Cancer Mortality in a Cohort of English Foundry Workers. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 1, 10, 7-16

- FROINES, J.R., DELLENBAUGH, C.A. & WEGMAN, D.H. (1986): Occupational Health Surveillance: A Means to Identify Work-Related Risks. In: American Journal of Public Health, 9, 76, 1089-1096
- HARRINGTON, J.M. (1984): Occupational Mortality. In: Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health, 6, 10, 347-352
- HARRIS, J.S., COLLINS, B. & MAJURE, I.L. (1986): The Prevalence of Health Risks in an Employed Population. In: Journal of Occupational Medicine, 3, 28, 217-225
- HAZUDA, H.P., HAFFNER, S.M., STERN, M.P. et al. (1986): Employment Status and Women's Protection Against Coronary Heart Disease. Findings from the San Antonio Heart Study. In: American Journal of Epidemiology, 4, 123, 623-640
- KARMAUS, W. (1985): Dreizehn Fehlerquellen epidemiologischer Studien. Schwierigkeiten beim Nachweis von Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und in der Umwelt. In: Argument-Sonderband, 125, 65-87
- KARVONEN, M. & MIKHEEV, M.I. (Eds.) (1986): Epidemiology of Occupational Health. Copenhagen (WHO)
- OPPEN, M., BÜRKHARDT, D. & SCHNEIDER, H. (1984): Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung. Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich. München (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH)
- OSORIO, A.M., BERNSTEIN, L., GARABRANT, D.H. & PETERS, J.M. (1986): Investigation of Lung Cancer among Female Cosmetologists. In: Journal of Occupational Health, 4, 28, 291-295
- PIFER, J.W., HEARNE, F.T., FRIEDLANDER, B.R. & McDONOUGH, J.R. (1986): Mortality Study of Men Employed at a Large Chemical Plant, 1972 Through 1982. In: Journal of Occupational Medicine, 6, 28, 438-444
- PINES, A., CLEGHORN-DE ROHRMOSER, D.C. & POLLAK, E. (1985): Occupational Accidents in a Hospital Setting: An Epidemiological Analysis. In: Journal of Occupational Accidents, 7, 195-215
- PINES, A., SKULKEO, K., POLLAK, E., PERITZ, E. & STEIF, J. (1985): Rates of Sickness Absenteeism Among Employees of a Modern Hospital. The Role of Demographic and Occupational Factors. In: British Journal of Industrial Medicine, 5, 42, 326-335
- PRINS, R. & De GRAAF, A. (1986): Comparison of Sickness Absence in Belgian, German, and Dutch Firms. In: British Journal of Industrial Medicine, 8, 43, 529-536
- RIIHIMAKI, H. (1985): Back Pain and Heavy Physical Work: A Comparative Study of Concrete Reinforcement Workers and Maintenance House Painters. In: British Journal of Industrial Medicine, 4, 42, 226-232

- ROSENBERG, H.M. (1984): Mortality Data from the National Vital Registration System as They Relate to Exposure Assessment. In: Journal of Toxicology-Clinical Toxicology, 1, 21, 265-288
- SCHRAEDER, W.F. & THIELE, W. (Hrsg.) (1985): Krankheit und Arbeitswelt. Möglichkeiten der Analyse mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin (BASIG, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen Bd. 5)
- SEATON, A. (1984): Bronchitis in Relation to Work. In: Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health, 6, 10, 471-472
- STUBBS, H.A., HARRIS, J. & SPEAR, R.C. (1984): A Proportionate Mortality Analysis of California Agricultural Workers, 1978-1979. In: American Journal of Industrial Medicine, 4, 6, 305-320
- TAPPAN, D.V., JACEY, M.J., HEYDER, E. & GRAY, P.H. (1984): Blood Volume Responses in Partially Dehydrated Subjects Working in the Cold. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 4, 55, 296-301
- VOLLMER, C. (1980): Frau und Gesundheit. Zur Entwicklung der weiblichen Erwerbstätigkeit. Dortmund
- ZELDER, K., WINDLER, A., ROTH, F., RICHTER, R., PFAFF, H., LAST, U., JAREISS, C., HEIL, D. & GOESMANN-HASCHEN, F. (1985): Arbeit und Gesundheit des Lokführers der Deutschen Bundesbahn - eine sozialepidemiologische Studie. Oldenburg (Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg)

8. ERNÄHRUNG

- ABRAMS, D.B. & FOLLICK, M.J. (1983): Behavior Weight-Loss Intervention at the Worksite: Feasibility and Maintenance. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 226-233
- BRESLOW, L., FIELDING, J.E. & LAVE, L.B. (Eds.) (1986): Annual Review of Public Health. Vol. 7. Palo Alto (Annual Reviews)
- BURKLOW, J. (1986): Strategies for Dietary Change among Employees. In: Eta Sigma Gamma Monograph Series, 2, 4, 17-24
- DAVIES, L., ANDERSON, J.P. & HOLDSWORTH, M.D. (1985): Nutrition Education at the Age of Retirement. In: Health Education Journal, 4, 44, 187-192
- FOLLICK, M.J. et al. (1984): Attrition in Worksite Weight-Loss Interventions. The Effects of an Incentive Procedure. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 139-140
- FOREYT, J.P., SCOTT, L. & GROTTO, A.M. (1980): Weight Control and Nutrition Education Programs in Occupational Settings. In: Public Health Reports, 95, 127-136
- McINTOSH, E. (1984): Nutrition Education at the Workplace. In: Occupational Health Nursing, 12, 32, 646-648
- SEIDMAN, L.S., SEVELIUS, G.G. & EWALD, P. (1984): A Cost-Effective Weight Loss Program at the Worksite. In: Journal of Occupational Medicine, 10, 26, 725-730
- SMIT VENINGA, K. (1983): How to Establish a Nutrition Education Program. In: Health Nursing, 12, 31, 34-38
- STUNKARD, A.J. & BROWNELL, K.D. (1980): Work-Site Treatment for Obesity. In: American Journal of Psychiatry, 137, 252-253
- ZENTGRAF, H. (1983): Ernährungsbezogene Präventionsmaßnahmen im Betrieb. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 5, 18, 125-126
- ZIFFERBLATT, S.M. et al. (1980): A New Direction for Public Health Care: Changing Cafeteria Eating Habits. In: Journal of the American Dietetic Association, 76, 15-20

9. FRAUEN

- ABHOLZ, H.-H. (Red.) (1983): Jahrbuch Kritische Medizin 9: Arbeit, Frauen, Gesundheit. Berlin (Argument)
- ANTAL, A.B. & KREBSBACH-GNATH, C. (1985): Working Women in West Germany. Berlin (Wissenschaftszentrum, WZB-Papers 85-3)
- ARBEITSGRUPPE ZUKUNFT DER FRAUENARBEIT (Hrsg.) (1985): Zukunft der Frauenarbeit. Dokumentation, Analysen, Protokolle, Strategien. Bielefeld (AJZ-Verlag)
- BECKER-SCHMIDT, R. (1980): Widersprüchliche Realität und Ambivalenz. Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und Familie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 4, 32, 705-725
- BECKER-SCHMIDT, R., AXELI-KNAPP, G. & SCHMIDT, B. (1984): Eines ist zu wenig - beides ist zu viel. Erfahrungen von Arbeiterfrauen zwischen Familie und Fabrik. Bonn
- BECK-GERNSHEIM, E. (1976): Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Zur Ideologie und Realität von Frauenberufen. Frankfurt/M. (Aspekte)
- BEDNARZ-BRAUN, I. (1987): Frauenarbeit in der Elektroindustrie - Arbeitspolitik für Rationalisierungsverliererinnen. In: WSI-Mitteilungen, 6, 40, 354-362
- BIRD, E. (1980): Information Technology in the Office. The Impact on Women's Jobs. London (Equal Opportunizies Commission)
- BLAXALL, M. & REAGAN, B. (Eds.) (1976): Women and the Workplace. Chicago (University of Chicago Press)
- BUTTER, I.H., CARPENTER, E.S., KAY, B.J. & SIMMONS, R.S. (1987): Gender Hierarchies in the Health Labor Force. In: International Journal of Health Services, 1, 17, 133-149
- CALABRESE, R.L. & ANDERSON, R.E. (1986): The Public School: A Source of Stress and Alienation among Female Teachers. In: Urban Education, 1, 21, 30-41
- CLARK, G. (1981): Female Labour Supply: A Review. London (Manpower Services Commission)
- COCKBURN, C. (1983): Brothers: Male Dominance and Technological Change. London (Pluto Press)
- COX, S., COX, T. & STEVENTON, J. (1984): Women at Work: Summary and Overview. In: Ergonomics, 5, 27, 597-605
- DAVIDSON, M.J. & COOPER, C.L. (1983): Stress and the Woman Manager. Oxford (Blackwell)

- ECKART, C., JAERISCH, U. & KRAMER, H. (1979): Frauenarbeit in Familie und Fabrik. Eine Untersuchung von Bedingungen und Barrieren der Interessenwahrnehmung von Industriearbeiterinnen. Frankfurt/New York (Campus)
- ELLINGER, S. & KARMAUS, W. (1983): Arbeitsbedingungen und degenerative rheumatische Erkrankungen. Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten. In: Argument-Sonderband, 107, 28-48
- ENGELBRECH, G. (1987): Zukunftsperspektiven für Mädchen und Frauen im Erwerbsleben. In: Soziale Welt, 1, 38, 57-73
- FAULSTICH-WIELAND, H. (1987): "Mädchenbildung und neue Technologien" - Ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Hessen. In: Frauenforschung, 1/2, 5, 75-95
- FEMINIST REVIEW (Ed.) (1986): Waged Work. A Reader. London (Virago Press)
- FIGA-TALAMANCA, I. (1984): Spontaneous Abortions among Femal Industrial Workers. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 2, 54, 163-171
- FRERICHS, P., MORSCHHÄUSER, T. & STEINRÜCKE, M. (1986): Interessenvertretung von Frauen und neue Technologien - Ein Projektbericht. In: Frauenforschung, 3, 4, 46-58
- HAKIM, C. (1979): Occupational Segregation. A Comparative Study of the Degree and Patterns of the Differentiation Between Men's and Women's Work in Britain, the United States and Other Countries. London (Department of Employment, Research Paper No 9)
- HAUG, F. (1986): Zeit der Privatisierungen? Verarbeitungen gesellschaftlicher Umbrüche in Arbeit und Lebensweise. In: Das Argument, 156, 28, 174-190
- HAW, M.A. (1982): Women, Work and Stress: A Review and Agenda for the Future. In: Journal of Health and Social Behavior, 1, 23, 132-144
- HELLMICH, A. (1986): Frauen zwischen Familie und Beruf. Stuttgart (Kohlhammer)
- HEROLD, J. & WALDRON, I. (1985): Part-Time Employment and Women's Health. In: Journal of Occupational Medicine, 6, 27, 405-412
- HERZOG, M. (1976): Von der Hand in den Mund. Frauen im Akkord. Berlin (Rotbuch)
- HOUSE, J.S., STRECKER, V., METZNER, H.L. & ROBBINS, C.A. (1986): Occupational Stress and Health Among Men and Women in the Tecumseh Community Health Study. In: Journal of Health and Social Behavior, 1, 27, 62-77
- HUEL, G., EVERSON, R.B. & MENGER, I. (1985): Increased Hair Cadmium in Newborns of Women Occupationally Exposed to Heavy Metals. In: Environmental Research, 1, 35, 115-121

- HUWS, U. (1982): Your Job in the Eighties. A Women's Guide to New Technology. London (Pluto)
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (1985): Labour Relations, International Labour Standards, Training, Conditions of Work, Women at Work. Geneva (ILO, World Labour Report Vol. 2)
- KANDEL, D.B., DAVIES, M. & RAVEIS, V.H. (1985): The Stressfulness of Daily Social Roles for Women: Marital, Occupational and Household Roles. In: Journal of Health and Social Behavior, 1, 26, 64-78
- KEENAN, A., NEWTON, T.J. & LOGUE, C. (1986): Work Needs, Sex Role Stereotyping and Affective Reactions of Female Professional Engineers. In: Journal of Occupational Behaviour, 1, 7, 67-73
- KERNOFF MANSFIELD, P. (1982): Women and Work: A Proposal for Women's Occupational Health Education. In: Health Education, 5, 13, 5-8
- KREBSBACH-GNATH, C., BALLERSTEDT, E., FRENZEL, U., BIELINSKI, H., BUCHTEMANN, C.F. & BENGELMANN, D. (1983): Frauenbeschäftigung und neue Technologien. München/Wien (Oldenbourg)
- LAPPE, L. (1981): Die Arbeitssituation erwerbstätiger Frauen. Geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegmentation und ihre Folgen. Frankfurt/New York (Campus)
- LAPPE, L. & SCHÖLL-SCHWINGHAMMER, I. (1978): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein erwerbstätiger Frauen. Göttingen
- LARWOOD, L., STROMBERG, A.H. & GUTEK, B.A. (Eds.) (1985): Women and Work. An Annual Review. Beverly Hills (Sage)
- LEHR, U. (1969): Frau im Beruf. Eine psychologische Analyse der weiblichen Berufsrolle. Frankfurt/M. (Athenäum)
- LENZ, I. (1984): Kapitalistische Entwicklung. Subsistenzproduktion und Frauenarbeit. Der Fall Japan. Frankfurt/New York (Campus)
- LENZ, I. & ROTT, R. (Hrsg.) (1984): Frauenarbeit im Entwicklungsprozeß. Saarbrücken (Breitenbach Publishers)
- LINDBOHM, M.-L., HEMMINKI, K. & KYRONEN, P. (1984): Parental Occupational Exposure and Spontaneous Abortions in Finland. In: American Journal of Epidemiology, 3, 120, 370-378
- LUESEBRINK, K. (1986): Arbeitsbedingungen, Rationalisierungsprozesse und die Auswirkungen auf die Gesundheit erwerbstätiger Frauen. In: ARBEITSKREIS FRAUENFRAGE DES IMSF, Emanzipation in der Krise? Materialien zur Lebenslage der Frauen. Frankfurt/M. (IMSF), 135-145

- MAHONE, M.E. & WILKINSON, W.E. (1985): Women, Work and Pregnancy. Implications for Occupational Health Nursing. In: Occupational Health Nursing, 7, 33, 343-348
- MARBURY, M.C., LINN, S., MONSON, R.R., WEGMAN, D.H., SCHOENBAUM, S.C., STUBBLEFIELD, P.G. & RYAN, K.J. (1984): Work and Pregnancy. In: Journal of Occupational Medicine, 6, 26, 415-421
- MASLACH, C. & ZIMBARDO, P. (1982): Burnout - The Cost of Caring. New York (Spectrum)
- MEYER, B.A. & DALING, J.R. (1985): Activity Level of Mother's Usual Occupation and Low Infant Birth Weight. In: Journal of Occupational Medicine, 11, 27, 841-847
- MOHR, G., RUMMEL, M. & RÜCKERT, D. (1982): Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation. München/Wien/Baltimore (Urban & Schwarzenberg)
- MORAN, R. & TANSEY, J. (1986): Telework. Women and Environments. Dublin (Irish Foundation for Human Development, unpubl. report)
- MORGALL, J. (1986): New Office Technology. In: FEMINIST REVIEW (Ed.), Waged Work. A Reader. London (Virago Press), 114-129
- NEWLIN, B. (1984): Stress Reduction for the Critical Care Nurse: A Stress Education Program. In: Occupational Health Nursing, 6, 32, 315-319
- PARKINSON, R.S., DENNISTON, R.W., BAUGH, T., DUNN, J.P. & SCHWARTZ, T.L. (1982): Breast Cancer: Health Education in the Workplace. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 61-72
- REEVES, J.B. & DARVILLE, R. (1986): Female Clerical Workers in Academic Settings: An Empirical Test of the Gender Model. In: Sociological Inquiry, 1, 56, 105-124
- RESCH, M. & RUMMEL, M. (1986): Von allem die Hälfte. Frauen im Beruf. Köln (Bund)
- RODMELL, S. & SMART, L. (1982): Pregnant at Work. Milton Keynes (Open University)
- ROER, D. (Hrsg.) (1980): Persönlichkeitstheoretische Aspekte von Frauenarbeit und Frauenarbeitslosigkeit. Köln (Pahl-Rugenstein)
- SCHIERSMANN, C. (1987): Zugangsweisen von Mädchen und Frauen zu den neuen Technologien - Eine Bilanz vorliegender Untersuchungsergebnisse. In: Frauenforschung, 1/2, 5, 5-24
- SCHIERSMANN, C. (1987): Frauen, Männer und Computer - Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung über die Einstellungen zu neuen Technologien. In: Frauenforschung, 1/2, 5, 43-64

- SCHIRMER, J.G. (1982): The Limits of Reform. Women, Capital, and Welfare. Cambridge, Mass. (Schenkman)
- SCHLÜTER, A. & KUHN, A. (Hrsg.) (1986): Lila Schwarzbuch. Zur Diskriminierung von Frauen in der Wissenschaft. Düsseldorf (Schwann)
- SHARPE, S. (1984): Double Identity. The Lives of Working Mothers. Harmondsworth (Penguin)
- SORENSEN, G. & PECHACEK, T. (1986): Occupational and Sex Differences in Smoking and Smoking Cessation. In: Journal of Occupational Medicine, 5, 28, 360-364
- STELLMAN, J.M. (1977): Women's Work, Women's Health: Myth and Realities. New York (Pantheon)
- STRAIF, K. (1985): Arbeitsbedingungen und Krankheitsrisiken des Verkaufspersonals. Dortmund (Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht 425)
- SZINOVACZ, M. (1982): Women's Retirement. Beverly Hills (Sage)
- TASKINEN, H., LINDBOHM, M.-L. & HEMMINKI, K. (1986): Spontaneous Abortions among Women Working in the Pharmaceutical Industry. In: British Journal of Industrial Medicine, 3, 43, 199-205
- TATSCHMURAT, C. (1980): Arbeit und Identität. Frankfurt/New York (Campus)
- TATSCHMURAT, C. (1983): Der Einfluß der Arbeitswelt auf die Identität der Frau. Konzepte, Fakten und Implikationen für die Psychotherapie. In: PETZOLD, H. & HEINL, H., Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn (Junfermann), 234-249
- VETTER, L. (1985): Arbeitsmedizinische Probleme bei Frauen in der sozialmedizinischen Begutachtung. Teil I. In: Das öffentliche Gesundheitswesen, 5, 47, 227-231
- VOGELHEIM, E. (Hrsg.) (1984): Frauen am Computer. Was die neuen Technologien den Frauen bringen. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- WALBY, S. (1986): Patriarchy at Work. Patriarchal and Capitalist Relations in Employment. Oxford (Polity Press)
- WELTZ, F., DIEZINGER, A., LULLIES, V. & MARQUARDT, R. (1979): Junge Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt/New York (Campus)
- WILLMS-HERGET, A. (1985): Frauenarbeit. Zur Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt. Frankfurt/New York (Campus)
- WOMEN'S RESEARCH AND EDUCATION INSTITUTE (1984): Gender at Work: Perspectives on Occupational Segregation and Comparable Worth. Washington, D.C. (Women's Research and Education Institute)

10. GESUNDHEITSERZIEHUNG

- BRIZZIARELLI, L. (1982): Situation and Perspectives of Health Education in the Work Environment in Europe. A Report of an Inquiry and Some Guidelines. Hobart, Tasmania, 15-20 August 1982 (Paper presented to the 11th World Conference on Health Education)
- BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG (Hrsg.) (1983): Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz. Bericht über die Informationstagung vom 02.-04. Dezember 1982 in Bad Kissingen. Bonn (Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.)
- CHEN, M.S. & JONES, R.M. (1982): Preparing Health Education for the Workplace. A University Health Insurance Company Alliance. In: Health Values. Achieving High Level Wellness, 6, 9-12
- DICKERSON, O.B. & MANDELBLIT, C. (1983): A New Model for Employer-Provided Health Education Programs. In: Journal of Occupational Medicine, 6, 25, 471-474
- EVERLY, G.S. & GIRDANO, D.A. (1979): The Health Educator as Industrial Health Consultant. In: Health Education, 10, 11-13
- EWLES, L. & SIMNETT, I. (1985): Promoting Health. A Practical Guide to Health Education. Chichester (Wiley)
- FELTON, J.S. (1976): Contemporary Health Education at a Heavy Industry Navy Worksite. In: Journal of Occupational Medicine, 18, 681-684
- FLOGEL, M.E. & OLECKNO, W.A. (1983): Eleven Questions for Health Education to Ponder. In: Health Education, 4, 14, 17-19
- HEALTH EDUCATION COUNCIL (1983): Health Education in the Workplace: A Discussion Document. London (Health Education Council)
- HOLLANDER, R.B. & FELDMAN, R.H.L. (1986): Health Education Research in the Workplace. In: Health Education, 3, 17, 34-37
- HÜLSMANN, P. (1982): Methodisches zur Gesundheitsbildung durch den Werksarzt. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 9, 17, 223-225
- LEVY, S.R. (1984): Industrial Health Education Needs: A Feasibility Study. A Report to the American Occupational Medical Association. In: Journal of Occupational Medicine, 7, 26, 534-536
- LORIG, K., KRAINES, R.G., BROWN, B.W. & RICHARDSON, N. (1985): A Workplace Health Education Program that Reduces Outpatient Visits. In: Medical Care, 9, 23, 1044-1054

- McEWEN, J. (1982): Health Education at Work. In: Current Approaches of Occupational Health, 2, 369-386
- MILLER, R.E. (1984): Incorporating Health Education into Employee Assistance Programs. In: Health Education, 7, 15, 25-28
- NICKERSON, H.H. (1967): An Evaluation of Health Education Programs in Occupational Settings. In: Health Education Monographs 1, 22, 16-31
- PHILLIPS, Jr. J. & ALLEN, G.E (1979): Industrial Health Education: A Model. In: Health Values: Achieving High Level Wellness, 3, 95-98
- PIGG, R.M. & BAILEY, W.J. (1983): Professional Preparation in Employee Health Education. In: Health Education, 4, 14, 12-16
- RANDALL, J. & McEWAN, J. (): Health Education in the Workplace. In: Journal of Social and Occupational Medicine, 31, 123-125
- THOMPSON MANNING, D. (1983): Suggested Strategies for Occupational Health Education. In: HYGIE. International Journal for Health Education, 4, 2, 44-51
- VOJTECKY, M.A., KAR, S.B. & COX, S.G. (1984): Workplace Health Education: Results from a National Survey. In: International Quarterly of Community Health Education, 3, 5, 171-185
- VOJTECKY, M.A. (1985): Workplace Health Education. Principles in Practice. In: Journal of Occupational Medicine, 1, 27, 29-33
- VOJTECKY, M.A. (1985): Workplace Health Education: Who Should Educate?. In: American Journal of Industrial Medicine, 1, 7, 81-85
- WARE, B. (1982): Health Education in Occupational Settings: History Has A Message. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 37-41
- YARRALL, M. (1986): Educating for Hearing Conservation. In: Occupational Health, 10, 38, 333-335

11. GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- ALAMEDA COUNTY PERSONNEL DEPARTMENT (1978): Evaluation Study of the Alameda County Employee Assistance Program and Occupational Health Services. Oakland, Calif. (Occupational Health Services Inc.)
- ALF, S., PENTH, B. & TRALST, H. (1980): Determinanten staatlicher Gesundheitspolitik und gewerkschaftliche Strategien zur "Humanisierung der Arbeit" in Italien. Berlin (Wissenschaftszentrum, IIVG/dp/80-218))
- ALLEGGRANTE, J.P. & SLOAN, R.P. (1986): Ethical Dilemmas in Workplace Health Promotion. In: Preventive Medicine, 3, 15, 313-320
- ALLEN, R.F. & KRAFT, C. (1980): Beat The System. A Way to Create More Human Environments. New York (McGraw-Hill)
- ANDREOLI, K.G. & GUELLORY, M.M. (1983): Arenas for Practicing Health Promotion. In: Family and Community Health, 5, 28-40
- BAITSCH, C., FREI, F., DUELL, W. & CASANOVA, R. (1986): Qualifizierende Arbeitsgestaltung. Bericht über zwei Veränderungsprojekte. Eggenstein-Leopoldshafen (Fachinformationszentrum)
- BARCLAY, L. (1987): Health Promotion in the Workplace. In: Proceedings of the 12th World Conference on Health Education, Dublin, 1-6 September, 1985. Dublin (Health Education Bureau), 125-133
- BASCH, C.E., ZELASKO, S. & BURKHOLDER, B. (1984): An Alternative Approach for Worksite Health Promotion: The Consortium Model. In: Health Education, 7, 15, 22-24
- BECK, R.N. (1982): IBM's Plan for Life. Toward a Comprehensive Health Care Strategy. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 55-60
- BECKER, F.D. (1985): Quality of Work Environment (QWE): Effects on Office Workers. In: Prevention in Human Services, 1/2, 4, 35-57
- BERRY, C.A. (1981): Good Health for Employees and Reduced Health Care Costs for Industry. New York (Health Insurance Association of America)
- BLY, J.L., JONES, R.C. & RICHARDSON, J.E. (1986): Impact of Worksite Health Promotion on Health Care Costs and Utilization. Evaluation of Johnson & Johnson Live for Life Program. In: Journal of the American Medical Association, 23, 256, 3235-3240
- BRENNAN, A.J.J. (1981): Health Promotion at the Worksite. In: Journal of School Health, 51, 65-66
- BRENNAN, A.J.J. (1981): Health Promotion in Business: Caveats for Success. In: Journal of Occupational Medicine, 23, 639-642

- BRENNAN, A.J.J. (1982): Health Promotion: What's In It for Business and Industry?. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 9-19
- BRENNAN, A.J.J. (1982): Health Promotion, Health Education, and Prevention of Metropolitan Life Insurance Companies. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 49-54
- BRENNAN, A.J.J. (1983): Coordinating an Employee Health Promotion Program. In: Occupational Health Nursing, 8, 31, 35-38
- BRIZZIARELLI, L. (1987): Report of the IUHE Working Group No 5: Health Education in the Work Environment in Europe. In: Proceedings of the 12th World Conference on Health Education, Dublin, 1-6 September, 1985. Dublin (Health Education Bureau), 222-229
- CASTILLO-SALGADO, C. (1984): Assessing Recent Developments and Opportunities in the Promotion of Health in the American Workplace. In: Social Science and Medicine, 4, 19, 349-358
- CATALDO, M.R. & COATES, T.J. (Eds.) (1986): Health and Industry. A Behavioral Medicine Perspective. New York (Wiley & Sons)
- CHAPMAN, L.S. (1986): Labor Unions Can Help Health Promotion Reach All Employees. In: Employee Health and Fitness, 10, 8, 109-117
- CHEN, M.S. (1982): Wellness in the Workplace. A Review of the Literature. In: Health Values: Achieving High Level Wellness, 6, 14-18
- CHEN, M.S. (1984): Proving the Effects of Health Promotion in Industry: An Academician's Perspective. In: Health Education Quarterly, 3/4, 10, 235-245
- CHENOWETH, D. (1981): Risk-Reduction Strategies Improve Industrial Complexions. In: Journal of Occupational Health and Safety, 1, 50, 22-32
- CHENOWETH, D. (1986): Proper Planning Ensures Health Promotion Program Success. Even with Good Facilities and Staff, a Program without Planning is Doomed. In: Occupational Health and Safety, 5, 55, 40-41
- CHOVIL, A.C. & ALTEKRUSE, E.B. (1986): Health Promotion in Occupational Medicine and the Primary Care Physician. In: Family and Community Health, 4, 8, 29-35
- CLEMENT, J. & GIBBS, D.A. (1983): Employer Consideration of Health Promotion Programs: Financial Variables. In: Journal of Public Health Policy, 1, 4, 45-55
- COHEN, W.S. (1985): Health Promotion in the Workplace. A Prescription for Good Health. In: American Psychologist, 2, 40, 213-216

- CRAIG, J.L. (1974): A Practicing Approach to Cost Analysis of an Occupational Health Program. In: Journal of Occupational Medicine, 16, 445-458
- CZOCK, H. (1983): Arbeit und Gesundheit als Thema im Bildungsurlaub. In: Argument-Sonderband, 107, 7-16
- DAVIS, M.F., ROSENBERG, K., IVERSON, D.C., VERNON, T.M. & BAUER, J. (1984): Worksite Health Promotion in Colorado. In: Public Health Reports, 6, 99, 538-543
- DEPPE, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- DOMNICK, P.K. (1986): Enhancing Well-Being at the Workplace. A Challenge for EAP's. In: Employee Assistance Quarterly, 4, 1, 19-28
- DÖRR, G. & KLAUTKE, R. (1980): Gesundheitsinteresse und Industriearbeit. Aspekte der italienischen Arbeitermedizin. Berlin (Wissenschaftszentrum)
- DRENNAN, V. (1985): Working in a Different Way. London (Paddington and North Kensington Health Education Unit)
- DUELL, W. & FREI, F. (1986): Leitfaden für qualifizierende Arbeitsgestaltung. Köln (TÜV-Rheinland)
- EGDAHL, R.H. & WALSH, D.C. (Eds.) (1980): Mental Wellness Programs for Employees. New York (Springer)
- ELLING, R.H. (1986): The Struggle for Workers' Health: A Study of Six Industrialized Countries. Farmingdale, N.Y. (Baywood)
- EMERY, M. (1983): Using Common Sense in QWL. Ontario (Ontario Quality of Working Life Centre, Working Paper 1)
- EVERLY, G.S. & FELDMAN, R.H.L. (Eds.) (1985): Occupational Health Promotion. Health Behavior in the Workplace. New York (Wiley & Sons)
- FALCK, V.T. & KILCOYNE, M.E. (1984): A Health Promotion Program for School Personnel. In: Journal of School Health, 7, 54, 239-243
- FELDMAN, R.H.L. (1983): Strategies for Improving Compliance with Health Promotion Programs in Industry. In: Health Education, 4, 14, 21-25
- FELIX, M.R.J., STUNKARD, A.J., COHEN, R.Y. & COOLEY, N.B. (1985): Health Promotion at the Worksite. I. A Process for Establishing Programs. In: Preventive Medicine, 1, 14, 99-108
- FIELDING, J.E. (1982): Effectiveness of Employee Health Improvement Programs. In: Journal of Occupational Medicine, 11, 24, 907-916

- FIELDING, J.E. & BRESLOW, L. (1983): Health Promotion Programs Sponsored by California Employers. In: American Journal of Public Health, 5, 73, 538-542
- FOROUZESH, M.R. & RATZKER, L.E. (1984): Health Promotion and Wellness Programs: An Insight into the Fortune 500. In: Health Education, 7, 15, 18-22
- FROEHLICH, D. (1978): Innerbetriebliche Arbeitssituation und Teilnahme an freiwilligen Vereinigungen. In: Zeitschrift für Soziologie, 1, 7, 56-71
- FUCHS, J.A. & RICHARDS, J.E. (1985): The Evolving Concept of Worksetting Health Promotion. In: Health Values. Achieving High Level Wellness, 4, 9, 3-6
- FUNKE, H. (1983): Arbeit darf nicht krank machen. Alternativen zur betrieblichen Gesundheitspolitik. Frankfurt/New York (Campus)
- FÜRSTENBERG, F. & HANAU, P. (1983): Menschengerechte Gestaltung der Arbeit. Mannheim/Wien/Zürich (Bibliographisches Institut Wissenschaftsverlag)
- GARDELL, B. & JOHANSSON, G. (Eds.) (1981): Working Life. A Social Science Contribution to Work Reform. New York (Wiley)
- GIBBS, J.O., MULVANEY, D., HENES, C. & REED, R.W. (1985): Worksite Health Promotion. Five-Year Trend in Employee Health Care Costs. In: Journal of Occupational Medicine, 11, 27, 826-830
- GOTTLIEB DUTTWEILER INSTITUT (Hrsg.) (1983): Arbeit. Beispiele für ihre Humanisierung. Olten (Walter)
- GRAYSON, J.P. (1985): The Closure of a Factory and its Impact on Health. In: International Journal of Health Services, 1, 15, 69-93
- HARGADINE, H.K. (1985): Health Promotion Programs: Limited Funds, no Stumbling Block. Many Health Enhancement Efforts can be Implemented at Little Cost to Employers. In: Occupational Health and Safety, 3, 54, 69-74
- HAUB, F. & LAUSSER, A. (1987): Überlegungen zu Konzeption und Realisierungsbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berlin (IGES 87-21)
- HERZLINGER, R.E. & CALKINS, D. (1986): Gesundheitsvorsorge in US-Unternehmen. In: Harvard manager, 4, 49-60
- HOLSTEIN, E.C., DEUSCHLE, K.M., BOSCH, S., FISCHER, E., ROHL, A.N. & SELIKOFF, I.J. (1984): Port Allegany Asbestos Health Program: A Community Response to a Public Health Problem. In: Public Health Reports, 2, 99, 193-199
- HOWE, H.F. (1975): Organization and Operation of an Occupational Health Program. In: Journal of Occupational Medicine, 17, 360-400

- HYNER, G.C. (1985): A Model for Planning and Evaluating Health Promotion Programs in the Worksetting. In: Eta Sigma Gamma, 2, 17, 26-29
- HYNER, G.C., PETRI, C.J., MELBY, C.L., DUDA, J.L. & HUDDY, D.C. (1987): The Effects of Different Health Risk Appraisal Feedback on Health-Related Behaviors in a Worksite Population. In: Health Education Research, 2, 2, 161-164
- JÜTTEMANN, G. in Kooperation mit NASCHOLD, F. (1986): Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. Pilotstudie mit unteren Vorgesetzten in der Industrie. Berlin/Wolfsburg (verv. Manuskript.)
- KARSON, S.G. (1982): A New Emphasis on Health Promotion: The Insurance Business. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 42-48
- KIZER, W.M. (1987): The Healthy Workplace. A Blueprint for Corporate Action. New York (Wiley)
- KLEIN, G. (1982): Gesundheitsberatung - Ein Modell für Betriebskrankenkassen. In: Betriebskrankenkasse, 10, 70, 358-361
- KLEIN, K. & KLEIN, G. (1982): Gesundheitsberatung. Überlegungen zur Strukturierung gesundheitserzieherischer Maßnahmen und Interventionen im Rahmen des Modells "Gesundheitsberatung/Gesundheitserziehung im Betrieb" des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen. In: Betriebskrankenkasse, 6, 70, 201-206
- KNOBEL, R.J. (1983): Health Promotion and Disease Prevention. Improving Health While Conserving Resources. In: Family and Community Health, 5, 16-27
- KOTZ, H.L. & FIELDING, J.E. (Eds.) (1980): Health, Education and Promotion, Agenda for the Eighties: A Summary Report. New York (Health Assurance Association of America)
- KRISTEIN, M.M. (1982): The Economics of Health Promotion at the Worksite. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 27-36
- KRONENFELD, J.J., JACKSON, K., BLAIR, S.N., DAVIS, K., DELL GIMARC, J., SALISBURY, Z., MAYSEY, D. & MCGEE, J.G. (1987): Evaluating Health Promotion: A Longitudinal Quasi-Experimental Design. In: Health Education Quarterly, 2, 14, 123-139
- LAUGHLIN, J.A. (1982): A Wellness Approach to Health in the Workplace. In: Health Values: Achieving High Level Wellness, 2, 6, 5-9
- LIPPE, R. zur (1983): Leib, Arbeit und Arbeit am Leib. In: PETZOLD, H. & HEINL, H., Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn (Junfermann), 74-118

- MANSELL, J. (1980): Dealing with Some Obstacles to Innovation in the Workplace. Toronto (Ontario Quality of Working Life Centre)
- MANSELL, J. & RANKIN, T. (1983): Changing Organizations: The Quality of Working Life Process. Toronto (Ontario Quality of Working Life Centre, Occasional Paper No 4)
- MARCOTTE, B. & PRICE, J.H. (1983): The Status of Health Promotion Programs at the Worksite - A Review. In: Health Education, 4, 14, 4-9
- MATARAZZO, J., WEISS, S., HERD, J., MILLER, N. & WEISS, S. (Eds.) (1984): Behavioral Health. A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York (Wiley)
- McGILL, A.M. (Ed.) (1979): Proceedings of the National Conference on Health Promotion Programs in Occupational Settings. Washington, D.C. (Office of Health Information, Health Promotion and Physical Fitness)
- MERWIN, D.J. & NORTHRUP, B.A. (1982): Health Action in the Workplace: Complex Issues - No Simple Answers. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 73-82
- MILZ, H. (1986): Approaches to Holistic Health Promotion at the Workplace. In: Health Promotion, 3, 1, 373-384
- MOOS, R. & INSEL, P. (1974): Work Environment Scale. Preliminary Manual. Palo Alto (Consulting Psychologist)
- NADITCH, M.P. (1981): Wellness Program Reaps Healthy Benefits for Sponsoring Employers. In: Risk Management, 28, 21-24
- NATIONAL CHAMBER FOUNDATION (1978): A National Health Care Strategy. How Business Can Promote Good Health for Employees and Their Families. Washington, D.C. (National Chamber Foundation)
- NAVARRO, V. & BERMAN, D.M. (Eds.) (1983): Health and Work Under Capitalism. An International Perspective. Farmingdale, N.Y. (Baywood Publishing)
- NELKIN, D. & BROWN, M.S. (Eds.) (1984): Workers at Risk. Voices from the Workplace. Chicago (The University of Chicago Press)
- NELSON, E.C. & SIMMONS, J.J. (1983): Health Promotion - The Second Public Health Revolution. Promise or Threat?. In: Family and Community Health, 5, 1-15
- NOVELLI, W.D. & ZISKA, D. (1982): Health Promotion in the Workplace: An Overview. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 20-26
- O'DONNELL, M.P. (1984): Welcom's Guide to Workplace Health Promotion. Omaha (Welcom)
- O'DONNELL, M.P. & AINSWORTH, T. (Eds.) (1984): Health Promotion in the Workplace. Collected Essays. New York (Wiley & Sons)

- ORLANDI, M.A. (1986): The Diffusion and Adoption of Worksite Health Promotion Innovations: An Analysis of Barriers. In: Journal of Preventive Medicine, 5, 15, 522-536
- OTTAWAY, R.N. (Ed.) (1977): Humanising the Workplace. London (Croom Helm)
- PARIS, S. (1986): The Cost of Failure. In: Occupational Health, 8, 38, 256-257
- PARKINSON, R.S. and ASSOCIATES (Eds.) (1982): Managing Health Promotion in the Workplace. Guidelines for Implementation and Evaluation. Palo Alto, Cal. (Mayfield Publishing Co.)
- PELLETIER, K.R. (1984): Healthy People in Healthy Places: Health Promotion Programs in the Workplace. In: DYKE, C.v., TEMOSHOK, L. & ZEGANS, L.S., Emotions in Health and Illness. Applications to Clinical Practice. New York (Grune & Stratton), 243-255
- PETER, G. & ZWINGMANN, B. (Hrsg.) (1982): Humanisierung der Arbeit. Probleme der Durchsetzung. Köln (Bund)
- PETZOLD, H. & HEINL, H. (Hrsg.) (1983): Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn (Junfermann)
- REINERTSEN, J. (1983): Promoting Health is Good Business. In: Occupational Health and Safety, 6, 52, 18-22
- RICHMOND, J.B. (1980): Health Promotion at the Worksite. In: Public Health Reports, 95, 99-108
- ROCELLA, E.J. (1982): Selected Roles of the Federal Government and Health Promotion/Disease Prevention - Focus on the Worksetting. In: Health Education Quarterly, Suppl., 9, 83-91
- ROGERS, P.J., EATON, E.K. & BRUHN, J.G. (1981): Is Health Promotion Cost Effective?. In: Preventive Medicine, 10, 324-339
- ROMAN, P.M. & BLUM, T.C. (1987): Ethics in Worksite Health Programming: Who is Served?. In: Health Education Quarterly, 1, 14, 57-70
- SASSEN, G. (1985): Soziales Marketing im Betrieb - eine Meßtabelle für Gesundheitsaktionen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 9, 20, 187-191
- SCHLENGER, W.E. & HAYWARD, B.J. (1975): Assessing the Impact of Occupational Programs. Raleigh, N.C. (Human Ecology Institute)
- SCHMID, T. (Hrsg.) (1985): Das Ende der starren Zeit. Vorschläge zur flexiblen Arbeitszeit. Berlin (Wagenbach)
- SCOTTISH HEALTH EDUCATION GROUP (o.J.): Health Promotion in the Workplace. Edinburgh (SHEG)

- SHAIN, M., SUURVALI, H. & BOUTILIER, M. (1986): Healthier Workers. Health Promotion and Employee Assistance Programs. Lexington (Lexington Books)
- SHAIN, M. & GROENEVELD, J. (1980): Employee Assistance Programmes: Philosophy, Theory and Practice. Lexington (Lexington Books)
- SLOAN, R.P. (1987): Workplace Health Promotion. A Commentary on the Evolution of a Paradigm. In: Health Education Quarterly, 2, 14, 181-194
- SONNENSTUHL, W. (1986): Inside an Emotional Health Program for Troubled Employees. Ithaca (ILR Press)
- SPILMAN, M.A., GOETZ, A., SCHULTZ, J., BELLINGHAM, R. & JOHNSON, D. (1986): Effects of a Corporate Health Promotion Program. In: Journal of Occupational Medicine, 4, 28, 285-289
- SQUYRES, W. (1983): Employee Health Promotion Demonstration Project. Oakland (Kaiser-Permanente Medical Group)
- STOCKTON, C.A. & DORMAN, S.M. (1984): Why Health Promotion in the Workplace?. In: Eta Sigma Gamma Monograph Series, 2, 2, 5-9
- SUNDSTROM, E. (1986): Work Places. The Psychology of the Physical Environment in Offices and Factories. Cambridge (Cambridge University Press)
- TERBERG, J.R. (1986): Health Promotion at the Worksite. A Research Challenge for Personnel and Human Resources Management. In: ROWLAND, K.H. & FERRIS, G.R. (Eds.), Research in Personnel and Human Resources Management. Greenwich (JAI Press), 225-267
- ULICH, E. (1983): Präventive Intervention im Betrieb: Vorgehensweise zur Veränderung der Arbeitssituation. In: psychosozial, 20, 6, 48-70
- VINCENT, M.L., MURRAY, D.M. & SALISBURY, Z. (1983): Health Promotion Activities in South Carolina Manufacturing Industries - Implications for the Physician. In: Journal of the South Carolina Medical Association, 11, 79, 641-644
- VINCENT, M.L., FRIDINGER, F., PANHORST, B.P. et al. (1985): Health Promotion Beliefs and Practices of a Sample of Occupational Health Nurses. In: Occupational Health Nursing, 11, 33, 542-546
- VOLMERG, B., SENGHAAS-KNOLOCH, E. & LEITHÄUSER, T. (1986): Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse. Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- WARNER, K.E. (1987): Selling Health Promotion to Corporate America: Uses and Abuses of the Economic Argument. In: Health Education Quarterly, 1, 14, 39-55

- WEAR, R.F. (1983): The Campbell Soup Company Program. In: Preventive Medicine, 5, 12, 667-671
- WEBB, T., SCHILLING, R. & BABB, P. with JACOBSON, B. (1986): Health at Work? A Report on Health Promotion in the Workplace for the Health Education Council. London (HEC)
- WEINSTEIN, M.S. (1983): Health Promotion and Lifestyle Change in the Workplace. (Technical Paper prepared for the Regional Office for Europe of the World Health Organization). Copenhagen (WHO-EURO, HED/HPR 1)
- WILBUR, C.S. (1983): The Johnson & Johnson Program. In: Preventive Medicine, 5, 12, 672-681
- WILKINSON, W.E. & WILKINSON, C.S. (1985): Information Systems for Worksite Health Promotion Programs. In: Occupational Health Nursing, 5, 33, 237-240
- WRICH, J. (1974): The Employee Assistance Program. Center City, Minn. (Hazelden Foundation)
- WRIGHT, C.C. (1982): Cost Containment Through Health Promotion Programs. In: Journal of Occupational Medicine, 12, 24, 965-968

12. HERZ-KREISLAUF

- ALDERMAN, M.H. & SCHOENBAUM, E.E. (1975): Detection and Treatment of Hypertension at the Worksite. In: The New England Journal of Medicine, 293, 65-68
- ALDERMAN, M.H. & DAVIS, T.K. (1980): Blood Pressure Control Programs on and off the Worksite. In: Journal of Occupational Medicine, 22, 167-170
- ALDERMAN, M.H., GREEN, L.W. & FLYNN, B.S. (1980): Hypertension Control Programs in Occupational Settings. In: Public Health Reports, 95, 158-163
- ARO, S. (1984): Occupational Stress, Health-Related Behavior, and Blood Pressure: A 5-Year Follow-Up. In: Preventive Medicine, 4, 13, 333-348
- BIRO, G.A., RING, I. & LAWSON, J.S. (1971): The Ryde Heart Disease Prevention Program: One-Year Follow-Up of a Controlled Trial to Lower Coronary Risk Factors in Self-Selected Employees by Screening and Intervention. In: Community Health Studies, 5, 275-282
- BLOOM, J.R. (1978): Hypertension Control through the Design of Target Delivery Models. In: Public Health Reports, 93, 35-40
- BUCK, C. & DONNER, A.P. (1985): Isometric Occupational Exercise and the Incidence of Hypertension. In: Journal of Occupational Medicine, 5, 27, 370-372
- BURING, J.E., EVANS, D.A., FIORE, M., ROSNER, B. & HENNEKENS, C.H. (1987): Occupation and Risk of Death From Coronary Heart Disease. In: The Journal of the American Medical Association, 6, 258, 791-792
- CHAIRMAN, R.C. (1977): Hypertension Management Program in an Industrial Community. In: Journal of the American Medical Association, 227, 287-291
- COOPER, C.L. & MARSHALL, J. (1976): Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill Health. In: Journal of Occupational Psychology, 1, 49, 11-28
- FEUER, E. & ROSENMAN, K. (1986): Mortality in Police and Firefighter in New Jersey. In: American Journal of Industrial Medicine, 6, 9, 517-527
- FIELDING, J.E. & BRESLOW, L. (1983): Worksite Hypertension Programs: Results of a Survey of 424 California Employers. In: Public Health Reports, 2, 98, 127-132
- FOOTE, A. & ERFURT, J.C. (1983): Hypertension Control at the Worksite. In: New England Journal of Medicine, 308, 809-813
- FRICZEWSKI, F., MASCHEWSKY, W., NASCHOLD, F. et al. (Hrsg.) (1987): Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Frankfurt/New York (Campus)

- GARFIELD, J. (1980): Alienated Labor, Stress, and Coronary Disease. In: International Journal of Health Services, 10, 551-561
- GEISER, K. (1986): Health Hazards in the Microelectronics Industry. In: International Journal of Health Services, 1, 16, 105-120
- GERTNER, A., ISRAELI, R. & CASSUTO, Y. (1984): Effects of Work and Motivation on the Heart Rates of Chronic Heat-Exposed Workers during Their Regular Work Shifts. In: Ergonomics, 2, 27, 135-146
- GLADROW, W. (1981): Herzinfarkt und Arbeit. Berufsweg und Arbeitssituation von Infarktpatienten. Frankfurt/New York (Campus)
- HANNAN, E.L. & GRAHAM, J.K. (1978): A Cost-Benefit Study of a Hypertension Screening and Treatment Program at the Work Setting. In: Inquiry, 15, 345-358
- HELMERT, U., GROETSCHEL, R., HERMAN, B., KLESSE, R. & GREISER, E. (1986): Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten bei männlichen Betriebsangehörigen - Ergebnisse von Screening-Untersuchungen in zwei norddeutschen Großbetrieben. In: Öffentliches Gesundheitswesen, 5, 48, 249-254
- HENDRIX, W.H. (1985): Factors Predictive of Stress, Organizational Effectiveness, and Coronary Heart Disease Potential. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 7, 56, 654-659
- ILMARINEN, J., LOUHEVAARA, V. & OJA, P. (1984): Oxygen Consumption and Heart Rate in Different Modes of Manual Postal Delivery. In: Ergonomics, 3, 27, 331-339
- KUBIAK, M.K. et al. (1980): Coronary Risk Factor Screening in an Industrial Health Management Program in Wisconsin. In: Wisconsin Medical Journal, 79, 23-25
- LOGAN, A.G. et al. (1979): Worksite Treatment of Hypertension by Specially Trained Nurses. In: Lancet, 2, 1175-1178
- LOGAN, A.G. et al. (1981): Cost-Effectiveness of a Worksite Hypertension Treatment Program. In: Hypertension, 3, 211-228
- MARNALSE, R., BOHANEK, B., KOPP, C. & ROCHE, M. (1984): High Blood Pressure Control Program - Educational Sessions, Part I: Teaching High Blood Pressure Control: An Exercise in Motivation. In: Occupational Health Nursing, 11, 32, 592-599
- ORTH-GOMER, K. (1983): Intervention on Coronary Risk Factors by Adapting a Shiftwork Schedule to Biologic Rhythmicity. In: Psychosomatic Medicine, 5, 45, 407-415
- PAYNE, R.L. & RICK, J.T. (1986): Heart Rate as an Indicator of Stress in Surgeons and Anaesthetists. In: Journal of Psychosomatic Research, 4, 30, 411-420

- PETERS, R.K. et al. (1977): Daily Relaxation Response Breaks in a Working Population. II. Effects on Blood Pressure. In: American Journal of Public Health, 67, 954-959
- POLK, B.F., HARLAN, L.C., COOPER, S.P., STROMER, M., IGNATIUS, J., MULL, H. & BLASZKOWSKI, T.P. (1984): Disability Days Associated with Detection and Treatment in a Hypertension Control Program. In: American Journal of Epidemiology, 1, 119, 44-53
- RECKENDORF, H. & DÖHRING, A. (1987): Bringt die Gesundheitsberatung meßbare Ergebnisse? Zur Bewertung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren bei Betriebsangehörigen. In: Prävention, 2, 10, 57-59
- ROSENMAN, K.D. (1984): Cardiovascular Disease and Work Place Exposures. In: Archives of Environmental Health, 3, 39, 218-224
- RUCHLIN, H.S. & ALDERMAN, M.H. (1980): Cost of Hypertension Control at the Workplace. In: Journal of Occupational Medicine, 22, 795-800
- RUCHLIN, H.S. et al. (1984): A Comparative Economic Analysis of Work-Related Hypertension Care Programs. In: Journal of Occupational Medicine, 26, 45-49
- SCHAR, M., REEDER, L.G. & DIRKEN, J.M. (1973): Stress and Cardiovascular Health. An International Cooperative Study: II: The Male Population of a Factory in Zürich. In: Social Science and Medicine, 7, 573-584
- SCHARF, B. (1985): Herzinfarkt: Lebenslust oder Arbeitsleid? Herz- und Kreislaufkrankheiten und Arbeitsbedingungen am Beispiel von Metallberufen. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 207-217
- SCHOENBERGER, J.A. et al. (1972): Current Status of Hypertension Control in an Industrial Population. In: Journal of the American Medical Association, 222, 559-562
- SCHRON, E. (1985): Cardiovascular Risk Factor Reduction in the Workplace: Why and How?. In: Occupational Health Nursing, 5, 33, 229-233
- SHIROM, A., EDEN, D., SILBERWASSER, S. & KELLERMAN, J.J. (1973): Job Stresses and Risk Factors in Coronary Disease Among Five Occupational Categories in Kibbutzim. In: Social Science and Medicine, 7, 875-892
- SORENSEN, G., PIRIE, P., FOLSOM, A., LUEPKER, R., JACOBS, D. & GILLUM, R. (1985): Sex Differences in the Relationship Between Work and Health: The Minnesota Heart Survey. In: Journal of Health and Social Behavior, 4, 26, 379-394
- THEORELL, T., KNOX, S., SVENSSON, J. & WALLER, D. (1985): Blood Pressure Variations during a Working Day at Age 28: Effects of Different Types of Work and Blood Pressure Level at Age 18. In: Journal of Human Stress, 1, 11, 36-41

VAN PEENEN, P.F.D., BLANCHARD, A.G. & WOLKONSKY, P.M. (1985):
Cardiovascular Risk Factors in Employees of a
Petrochemical Company. In: Journal of Occupational
Medicine, 3, 27, 217-219

WARE, B.G. & BLOCK, D.L. (1982): Cardiovascular Risk
Intervention at a Work Site: The Ford Motor Company
Program. In: International Journal of Mental Health, 11,
68-75

WEINSTEIN, M.C. & STASON, W.B. (1976): Hypertension. A Policy
Perspective. Cambridge, Mass. (Harvard University Press)

13. KREBS

- BECKER, C.E. & COYE, M.J. (1984): Recent Advances in Occupational Cancer. In: Journal of Toxicology-Clinical Toxicology, 3, 22, 195-208
- EWERS, U. & VAHRENHOLT, F. (1985): Krebsrisiken in der Arbeitswelt. Ermittlung und Bewertung. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 217-225
- GARABRANT, D.H., PETERS, J.M., MACK, T.M. & BERNSTEIN, L. (1984): Job Activity and Colon Cancer Risk. In: American Journal of Epidemiology, 6, 119, 1005-1014
- HELDAAS, S.S., LANGARD, S.L. & ANDERSEN, A. (1984): Incidence of Cancer among Vinyl Chloride and Polyvinyl Chloride Workers. In: British Journal of Industrial Medicine, 1, 41, 25-30
- HEYDEN, S. & FODOR, J.G. (1981): Industrial Cancer Education and Screening for 19.000 Cannon Mills Employees. In: Journal of Chronic Disease, 34, 225-231
- KJUUS, H., ANDERSEN, A., LANGARD, S. & KNUDSEN, K.E. (1986): Cancer Incidence among Workers in the Norwegian Ferroalloy Industry. In: British Journal of Industrial Medicine, 4, 43, 227-236
- ROGGLI, V.L., PRATT, P.C. & BRODY, A.R. (1986): Asbestos Content of Lung Tissue in Asbestos Associated Diseases: A Study of 110 Cases. In: British Journal of Industrial Medicine, 1, 43, 18-28
- ROSENSTOCK, L. (1984): Occupational Cancer: Clinical Interpretation and Application of Scientific Evidence. In: Journal of Toxicology-Clinical Toxicology, 3, 22, 261-282
- SAMUELS, S. (1977): Cancer and the Worker. New York (New York Academy of Sciences)
- SARACCI, R., SIMONATO, L., ACHESON, E.D., ANDERSEN, A., BERTAZZI, P.A., CLAUDE, J., CHARNAY, N., ESTEVE, J., FRENTZEL-BEYME, R.R., GARDNER, M.J., JENSEN, O.M. & MAASING, R. (1984): Mortality and Incidence of Cancer of Workers in the Man Made Vitreous Fibres Producing Industry: An International Investigation at 13 European Plants. In: British Journal of Industrial Medicine, 4, 41, 425-436
- SCHULTE, P.A., RINGEN, K., ALTEKRUSE, E.B., GULLEN, W.H., DAVIDSON, K., ANDERSON, S.S. & PATTON, M.G. (1985): Notification of a Cohort of Workers at Risk of Bladder Cancer. In: Journal of Occupational Medicine, 1, 27, 19-28
- WARE, B.G. (1982): Industry: The Education of Workers in the Prevention of Cancer. In: Health Values: Achieving High Level Wellness, 6, 36-40
- WOITOWITZ, H.-J. (1987): Lungenkrebs und Arbeitswelt. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, 29/30, 129, 559-561

14. NEUE TECHNOLOGIEN

- ALTMANN, N. & DÜLL, K. (1987): Rationalisierung und neue Verhandlungsprobleme im Betrieb. In: WSI-Mitteilungen, 5, 40, 261-269
- ANDERSON, A.R. (Ed.) (1964): Minds and Machines. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall)
- BAETHGE, M. & OBERBECK, H. (1986): Zukunft der Angestellten. Neue Technologien und berufliche Perspektiven in Büro und Verwaltung. Frankfurt/New York (Campus)
- BALKHAUSEN, D. (1985): Die elektronische Revolution. Düsseldorf (Econ)
- BAMME, A., FEUERSTEIN, G., GENTH, R., HOLLING, E., KAHLE, R. & KEMPIN, P. (1983): Maschinen-Menschen, Mensch-Maschinen. Grundrisse einer sozialen Beziehung. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- BENZ, C., GROB, R. & HAUBNER, P. (1981): Gestaltung von Bildschirm-Arbeitsplätzen. Arbeitsplatz, Umgebung, Organisation und Systemeinführung. Köln (Verlag TÜV Rheinland)
- BENZ-OVERHAGE, K., BRUMLOP, E., FREYBERG, T.v. & PAPADIMITROU, Z. (1982): Neue Technologien und alternative Arbeitsgestaltung. Frankfurt/New York (Campus)
- BISPINCK, R. & HELFERT, M. (1987): Technischer Wandel und gewerkschaftliche Arbeitspolitik. In: WSI-Mitteilungen, 6, 40, 314-327
- BOHM, D. (1980): Wholeness and the Implicate Order. London (Routledge & Kegan Paul)
- BORBE, T. (Hrsg.) (1984): Mikroelektronik: die Folgen für die zwischenmenschliche Kommunikation. Berlin (Colloquium Verlag)
- BRIEFS, U. (1980): Arbeiten ohne Sinn und Perspektive?. Köln (Pahl-Rugenstein)
- BRIEFS, U., KJAER, J. & RIGAL, J.-L. (Eds.) (1985): Computerization and Work. A Reader on Social Aspects of Computerization. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer)
- BRIEFS, U. (1986): Die informationstechnologische Entwicklung und Zukunft von Arbeit und Gewerkschaften. In: WSI-Mitteilungen, 3, 39, 245-255
- BROD, C. (1984): Technostress. The Human Cost of the Computer Revolution. Reading, Mass. (Addison-Wesley)
- BRÖDNER, P., KRÜGER, D. & SENF, B. (1981): Der programmierte Kopf. Eine Sozialgeschichte der Datenverarbeitung. Berlin (West) (Wagenbach)

- BURNHAM, D. (1983): The Rise of the Computer State. New York (Random)
- BUTERA, F. & THURMAN, J.E. (Eds.) (1984): Automation and Work Design. Amsterdam (North Holland)
- CAKIR, A., HART, D.J. & STEWART, T.F.M. ():
Bildschirmarbeitsplätze. Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- CARD, S., MORAN, T.A. & NEWELL, E. (1983): The Psychology of Human-Computer Interaction. Hillsdale (Erlbaum)
- COHEN, B.G.F. (Ed.) (1984): Human Aspects of Office Automation. Amsterdam (Elsevier)
- COOLEY, M.J.E. (1983): Auswirkungen der Informationstechnologie auf den Arbeitsprozeß: Das Beispiel CAD. In: psychosozial, 18, 6, 70-89
- DENNETT, D.C. (1978): Brainstorms. Philosophic Essays on Mind and Psychology. Cambridge, Mass. (Bradford Books)
- DENNETT, D.C. (1984): Elbow Room. The Varieties of Free Will Worth Wanting. Cambridge, Mass. (Bradford Books)
- ERLER, G., JAECKEL, M. & SASS, J. (1987): Computerheimarbeit - Die Wirklichkeit ist häufig anders als ihr Ruf. Ergebnisse einer empirischen Studie. München (Deutsches Jugendinstitut, Forschungsbericht)
- ERNST, D. (1983): The Global Race in Microelectronics. Innovation and Corporate Strategies in a Period of Crisis. Frankfurt/New York (Campus)
- EVERS, A. & NOWOTNY, H. (1987): Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- FRESE, M. (1985): Psychische Gesundheit, Arbeitsbedingungen und neue Technologien. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 226-233
- FRESE, M. (1987): The Industrial and Organizational Psychology of Human-Computer Interaction in the Office. In: COOPER, C.L. & ROBERTSON, I.T. (Eds.), International Review of Industrial and Organizational Psychology. London (Wiley),
- FRESE, M. (1987): A Theory of Control and Complexity: Implications for Software Design and Integration of the Computer System into the Work Place. In: FRESE, M., ULICH, E. & DZIDA, W. (Eds.), Psychological Issues of Human-Computer Interaction at the Work Place. Amsterdam (North-Holland),
- FRESE, M. (1987): An Action Theory Approach to Software Design. In: FRESE, M., ULICH, E. & DZIDA, W. (Eds.), Psychological Issues of Human-Computer Interaction at the Work Place. Amsterdam (North-Holland),

- FRESE, M., ULICH, E. & DZIDA, W. (Eds.) (1987): Psychological Issues of Human Computer Interaction at the Work Place. Amsterdam (North-Holland)
- FRESE, M. & ZAPF, D. (1987): Die Einführung neuer Techniken verändert Qualifikationsanforderungen, Handlungsspielraum und Stressoren kaum. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 1, 41, 7-14
- FRIEDRICH, J., WICKE, F. & WICKE, W. (1982): Computereinsatz. Auswirkungen auf die Arbeit. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- FRIEDRICH, G. & SCHAFF, A. (Hrsg.) (1982): Auf Gedeih und Verderb. Bericht an den Club of Rome. Wien (Europaverlag)
- GARDNER, M. (1981): Science: Good, Bad and Bogus. Buffalo (Prometheus Press)
- GREENBAUM, J.M. (1979): In the Name of Efficiency. Management Theory and Shopfloor Practice in Data-Processing Work. Philadelphia (Temple University Press)
- GROB, R. (1986): Ergonomische Gestaltung von Mensch-Rechner-Dialogen. In: Angewandte Arbeitswissenschaft, 107, 22-46
- GRZYB, G.J. (1981): Decollectivization and Recollectivization in the Workplace: The Impact of Technology on Informal Work Groups and Work Culture. In: Economic and Industrial Democracy, 4, 2, 455-482
- HAMPE, W. (1978): Rationalisierung mit Hilfe der automatischen Datenverarbeitung. Eine Unterrichtseinheit. Frankfurt/M. (Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes)
- HAUGELAND, J. (Ed.) (1981): Mind Design. Philosophy, Psychology, and Artificial Intelligence. Cambridge, Mass. (Bradford Books)
- HERMANN, A. (Hrsg.) (1986): Neue Kommunikationstechniken. Grundlagen und betriebswirtschaftliche Perspektive. München (Vahlen)
- HIRSCH-KREINSEN, H. & SCHULTZ-WILD, R. (Hrsg.) (1986): Rechnerintegrierte Produktion. Zur Entwicklung von Technik und Arbeit in der Metallindustrie. Frankfurt/New York (Campus)
- HOFSTADTER, D.R. & DENNETT, D.C. (Eds.) (1981): The Mind's I. Fantasies and Reflections on Self and Soul. New York (Basic Books)
- HOFSTADTER, D.R. (1986): Metamagical Themas: Questing for the Essence of Mind and Pattern. New York (Bantam)
- HOOKWAY, C. (Ed.) (1985): Minds, Machines, and Evolution. New York (Cambridge University Press)

- HUBER, J. (1982): Die verlorene Unschuld der Ökologie. Neue Technologien und superindustrielle Entwicklung. Frankfurt/M. (Fischer)
- HUBER, J. (1987): Telearbeit. Ein Zukunftsbild als Politikum. Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- HUIJGEN, F. & POT, F. (1987): Neue Technologien und Arbeitsorganisation in den Niederlanden. In: WSI-Mitteilungen, 9, 40, 569-578
- JACOBI, U., LULLIES, V. & WELTZ, F. (1980): Textverarbeitung im Büro. Alternativen der Arbeitsgestaltung. Frankfurt/New York (Campus)
- JOHANSSON, G. et al. (1980): Stress Reactions in Computerised Administrative Work. University of Stockholm (Department of Psychology (Report No 50))
- JOHANSSON, F. & ARONSSON, G. (1984): Stress Reactions in Computerised Administrative Work. In: Journal of Occupational Behaviour, 2, 5, 159-181
- KIDDER, T. (1984): Die Seele einer neuen Maschine. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- KIEFFER, K.W. (1979): Perspektiven Mittlerer Technologie. Karlsruhe (C.F. Müller)
- KNAVE, B. & WIDEBÄCK, P.-G. (Eds.) (1987): Work with Display Units 86. Selected Papers from the International Scientific Conference on Work with Display Units, Stockholm, Sweden, May 12-15, 1986. Amsterdam (North-Holland)
- KÖCHLING, A. (1985): Mitbestimmung am Arbeitsplatz bedeutet Humanisierung: das Beispiel der Verwaltungsautomation. In: Die Mitbestimmung, 2/3, 31, 67-71
- KOHL, H. & SCHÜTT, B. (Hrsg.) (1984): Neue Technologien und Arbeitswelt. Was erwartet die Arbeitnehmer?. Köln (Bund)
- KRÜGER, D. & NAGEL, A. (1986): Mischarbeit im Büro- und Verwaltungsbereich beim Einsatz neuer Technologien. Dortmund (Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Schriftenreihe Nr. 450))
- KRÜGER, D. & NAGEL, A. (1987): Mischarbeit als Gestaltungskonzept beim Einsatz neuer Technologien im Büro. In: WSI-Mitteilungen, 1, 40, 35-42
- KÜHN, H. (1987): Arbeit und Automation in der Sozialverwaltung. In: WSI-Mitteilungen, 6, 40, 371-379
- KUHN, K. & SCHREIBER, P. (1985): Probleme der neuen Technologien bezüglich der Arbeitssicherheit. In: Humane Produktion - Humane Arbeitsplätze, 7, 7, 10-18
- LANGE, K. (1984): Das Image des Computers in der Bevölkerung. St. Augustin (Selbstverlag GMD)

- LAVER, M. (1980): Computers and Social Change. Cambridge, Mass. (Cambridge University Press)
- LINDNER, R., WOHAK, B. & ZELTWANGER, H. (1984): Planen, Entscheiden, Herrschen. Vom Rechnen zur elektronischen Datenverarbeitung. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- LUPTON, T. (Ed.) (1986): Human Factors. Man, Machine and New Technology. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer)
- MALSCH, T. & SELTZ, R. (Hrsg.) (1987): Die neuen Produktionskonzepte auf dem Prüfstand. Beiträge zur Entwicklung der Industriearbeit. Berlin (Sigma)
- MALSCH, T. (1987): Die Informatisierung des betrieblichen Erfahrungswissens und der "Imperialismus der instrumentellen Vernunft". In: Zeitschrift für Soziologie, 2, 16, 77-91
- MAMBREY, P. & OPPERMAN, R. (Hrsg.) (1983): Beteiligung von Betroffenen bei der Entwicklung von Informationssystemen. Frankfurt/New York (Campus)
- MANSKE, F. & WOLF, H. (1987): Technische Angestellte, Rationalisierung und Arbeitspolitik. In: WSI-Mitteilungen, 6, 40, 345-354
- MARGULIES, F. (1983): Individualisierung von Technologieanwendungen: "CAD für alle". In: psychosozial, 18, 6, 90-108
- MARRIOTT, I.A. & STUCHLY, M.A. (1986): Health Aspects of Work with Visual Display Terminals. In: Canadian Journal of Occupational Medicine, 9, 28, 833-848
- MARTIN, T. (Ed.) (1984): Design of Work in Automated Manufacturing Systems. Oxford (Pergamon)
- MEIER, B. (1985): Büroarbeit im Wandel. Daten, Trends und Argumente zur Diskussion um die Folgen moderner Bürotechnik. Köln (Deutscher Instituts-Verlag)
- MYRELL, G. (Hrsg.) (1984): Daten-Schatten. Wie die Computer dein Leben kontrollieren. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- NOBLE, D. F. (1984): Forces of Production. New York (Knopf)
- NORA, S. & MINC, A. (1979): Die Informatisierung der Gesellschaft. Frankfurt/New York (Campus)
- ORTMANN, G. (1984): Der zwingende Blick. Personalinformationssysteme - Architektur der Disziplin. Frankfurt/New York (Campus)
- OSBORNE, A. (1979): Running Wild. The Next Industrial Revolution. Berkeley (McGraw-Hill)
- PAPERT, S. (1982): Mindstorms. Kinder, Computer und Neues Lernen. Basel (Birkhäuser)

- PFLÜGER, J. & SCHURZ, R. (1987): Der maschinelle Charakter. Sozialpsychologische Aspekte des Umgangs mit Computern. Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- PLEIL, G.J. (1985): Handbuch für die Auswahl und Anwendung von Mikro-Computern. Bürokommunikation und gesamtbetriebliche Informationsverarbeitung unter Einbindung von Personal-Computern. München (CW-Publ.)
- ROSE, H. & JANSEN, H. (1981): Behinderung statt Entwicklung der Arbeitnehmerpersönlichkeit durch Computertechnologien? Über Zusammenhänge beim Einsatz von Computertechnologien, Gefährdungen von Wahrnehmungsprozessen und der Entwicklung von Arbeitsvermögen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 4, 35, 247-253
- RYAN, G.M., CULLEN, J.H., CULLEN, K.M. & WYNNE, R.F. (1987): The Implications of Technological Change for Health Education: The Case of VDT Operation. In: Proceedings of the 12th World Conference on Health Education, Dublin, 1-6 September, 1985. Dublin (Health Education Bureau), 1083-1095
- SARI, S. & URBAN, G. (1984): Roboter und Arbeitsbedingungen. Köln (Bund)
- SCHANK, R. (1982): Dynamic Memory. A Theory of Reminding and Learning in Computers and People. New York (Cambridge University Press)
- SCHARPF, F.W. (1986): Strukturen der post-industriellen Gesellschaft. Verschwindet die Massenarbeitslosigkeit in der Dienstleistungs- und Informations-Ökonomie?. In: Soziale Welt, 1, 37, 3-24
- SCHRÖDER, K. T. (1981): Arbeit und automatisierte Datenverarbeitung. Ein Beitrag zur sozio-ökonomischen Theorie der automatisierten Datenverarbeitung. Wien (Service-Fachverlag)
- SELTZ, R., MILL, U. & HILDEBRANDT, E. (Hrsg.) (1986): Organisation als soziales System. Kontrolle und Kommunikationstechnologie in Arbeitsorganisationen. Berlin (Sigma)
- SETHI, A.S., CARO, D.H.J. & SCHULER, R.S. (1986): Strategic Management of Technostress in an Information Society. Toronto (Hogrefe)
- SIMONS, G. (1984): Sind Computer lebendig? Stand und Zukunft der Computerentwicklung. München (Harnack)
- SORGE, A. (1985): Informationstechnik und Arbeit im sozialen Prozeß. Arbeitsorganisation, Qualifikation und Produktivkraftentwicklung. Frankfurt/New York (Campus)
- SZYPERSKI, N., GROCHLA, E., RICHTER, U.M. & WEITZ, W.P. (Eds.) (1983): Assessing the Impacts of Information Technology. Braunschweig (Viehweg)

- TROY, N. (1983): Computergerechte oder menschengerechte Lösungen. Psychologische Probleme der Büroautomation. In: psychosozial, 18, 6, 51-69
- TURKLE, S. (1984): Die Wunschmaschine. Vom Entstehen der Computerkultur. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- ULICH, E. (1983): Industrieroboter: Chance oder Gefahr für die Humanisierung der Arbeit?. In: psychosozial, 18, 6, 109-124
- VALLEE, J. (1984): Computer Netze. Träume und Alpträume von einer neuen Welt. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- VOLPERT, W. (1983): Denkmaschinen und Maschinendenken. Computer programmieren Menschen. In: psychosozial, 18, 6, 10-29
- VOLPERT, W. (1985): Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer. Weinheim/Basel (Beltz)
- WEIZENBAUM, J. (1977): Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- WELTZ, F. & LULLIES, V. (1983): Innovation im Büro. Das Beispiel Textverarbeitung. Frankfurt/New York (Campus)
- WOOD, S. (1986): Neue Technologien, Arbeitsorganisation und Qualifikation. Die britische Labour-Process-Debate. In: Prokla, 62, 74-104
- ZIMMERMANN, L. (Hrsg.) (1982): Computereinsatz: Auswirkungen auf die Arbeit. EDV-Rationalisierung, Bildschirm, Industrieroboter. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)

15. PARTIZIPATION / MITBESTIMMUNG

- ALIOTH, A. (1980): Entwicklung und Einführung alternativer Arbeitsformen. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- ASSENATO, G. & NAVARRO, V. (1980): Workers Participation and Control in Italy. The Case of Occupational Medicine. In: International Journal of Health Services, 2, 10, 217-232
- BAITSCH, C. (1985): Kompetenzentwicklung und partizipative Arbeitsgestaltung. Bern (Lang)
- BLUMBERG, P. (1973): Industrial Democracy. The Sociology of Participation. New York (Schocken)
- DABROWSKI, H., GÖRRES, H.-J. et al. (1984): Humanisierungsprobleme und Belegschaftsvertretung in Klein- und Mittelbetrieben. Göttingen (SOFI)
- DAVIS, K.E., JACKSON, K.L., KRONENFELD, J.J. & BLAIR, S.N. (1987): Determinants of Participation in Worksite Health Promotion Activities. In: Health Education Quarterly, 2, 14, 195-205
- DUELL, W. & FREI, F. (Hrsg.) (1986): Arbeit gestalten - Mitarbeiter beteiligen. Eine Heuristik qualifizierender Arbeitsgestaltung. Frankfurt/New York (Campus)
- EMERY, F. & THORSRUD, E. (1976): Democracy at Work. The Report of the Norwegian Industrial Democracy Program. Leiden (Nijhoff)
- FREI, F., DUELL, W. & BAITSCHE, C. (1984): Arbeit und Kompetenzentwicklung. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- FRICKE, E., FRICKE, W., SCHÖNWÄLDER, M. & STIEGLER, B. (1981): Qualifikation und Beteiligung - Das "Peiner Modell". Frankfurt/New York (Campus)
- FRICKE, W., RICHTER, G. & PÖHLER, W. (Hrsg.) (1982): Beteiligen, Mitgestalten, Mitbestimmen: Arbeitnehmer verändern ihre Arbeitsbedingungen. Köln (Bund)
- GEVERS, J.K.M. (1985): Workers Control over Occupational Health Services: The Development of Legal Rights in the EEC. In: International Journal of Health Services, 2, 15, 217-229
- HAMILTON, S.F., BASSECHES, M. & RICHARDS, F.A. (1985): Participatory-Democratic Work and Adolescents' Mental Health. In: American Journal of Community Psychology, 4, 13, 467-486
- HERBST, P.G. (1974): Socio-Technical Design. Strategies in Multidisciplinary Research. London (Tavistock)
- HUSS, H. & SCHMIDT, E. (Hrsg.) (1978): Kooperation und Mitbestimmung. Frankfurt/M. (EVA)

- LINDHOLM, R. (1975): Job Reform in Sweden. Stockholm (Swedish Employers' Confederation)
- MERGLER, D. (1987): Worker Participation in Occupational Health Research: Theory and Practice. In: International Journal of Health Services, 1, 17, 151-167
- MUSTER, M. (1987): Chancen und Schwierigkeiten arbeitspolitischer Interessenvertretung in der Automobilindustrie. In: WSI-Mitteilungen, 6, 40, 337-345
- REICH, H. & GOLDMAN, R. (1984): Italian Occupational Health: Concepts, Conflicts, and Implications. In: American Journal of Public Health, 74, 1031-1040
- REVANS, R.W. (1981): Worker Participation as Action Learning: A Note. In: Economic and Industrial Democracy, 4, 2, 521-541
- SCHMIDT, A., JAHN, E. & SCHARF, B. (Hrsg.) (1987): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz. Band I: Grundmängel, Grundanforderungen, Reformperspektiven. Köln (Bund)
- WANDERSMAN, A. (1979): User Participation: A Conceptual Framework. In: Environment and Behavior, 11, 465-482
- WOLFE, S. (Ed.) (1986): Organization of Health Workers and Labor Conflict. Farmingdale, N.Y. (Baywood Publishing Co.)
- ZIMMERMANN, L. (Hrsg.) (1982): Arbeitsgestaltung und Mitbestimmung. Arbeitsbedingungen, Humanisierung, Interessenvertretung. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)
- ZWERDLING, D. (1980): Workplace Democracy. A Guide to Workplace Ownership, Participation, and Self-Management Experiments in the United States and Europe. New York (Harper & Row)
- ZWINGMANN, B. (1985): Gesundheit am Arbeitsplatz und gewerkschaftliche Interessenvertretung. In: WSI-Mitteilungen, 4, 38, 183-193

16. PRÄVENTION

- BÖHLE, F. & STANDFEST, E. (Hrsg.) (1981): Sozialpolitik und Produktionsprozeß. Beiträge praxisorientierter Forschung für eine präventive, arbeitsprozeßbezogene Sozialpolitik.. Köln (Bund)
- COOPER, C.L. (Ed.) (1984): Psychosocial Stress and Cancer. Chichester (Wiley & Sons)
- DEPPE, H.-U. (Hrsg.) (1980): Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Köln (Kiepenheuer & Witsch)
- ELLWANGER, E. (1982): Gesundheitserziehung als Präventions und Rehabilitationsaufgabe. In: Tiefbau-Berufsgenossenschaft, 4, 94, 223-231
- FERBER, L.v. & SLESINA, W. (1982): Medizinsoziologie und Prävention am Beispiel der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. In: BECK, U. (Hrsg.), Soziologie und Praxis. Stuttgart, 277-306
- FIELDING, J.E. (1984): Health Promotion and Disease Prevention at the Worksite. In: Annual Review of Public Health, 5, 237-265
- FRICZEWSKI, F. (1984): Entstehung und Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen - Ein ökologischer Ansatz. In: NASCHOLD, F., Arbeit und Politik. Frankfurt/M. (Campus), 201-239
- GILL, F. (): Prevention: The Name of the Game. In: Occupational Health, 9, 37, 400-402
- GRACIE, J.P. (1982): Health Surveillance in Industry. In: Occupational Health in Ontario, 1, 3, 20-36
- GROSSMANN, R. (1984): Stresses and Strains in Work and the Corrosion of Health: Health Clarification for the Prevention of Work-Induced Illnesses. In: SCOTTISH HEALTH EDUCATION GROUP (Ed.), European Monographs in Health Education Research 6. Edinburgh (SHEG), 173-193
- HAUB, F. (1985): Prävention durch Krankenkassen - ein widersprüchliches Konzept. In: Betriebskrankenkasse, 8, 73, X-XV
- HOHNER, H.-U. & HOFF, E.-H. (1983): Prävention und Therapie: Zur Modifikation von objektiver Kontrolle und Kontrollbewußtsein. In: psychosozial, 20, 6, 30-48
- INSTITUT MENSCH UND ARBEITSWELT (Hrsg.) (1987): Gesundheit und Arbeitsplatz. Vorträge der Arbeitstagung des Instituts Mensch und Arbeitswelt am 21. und 22. November 1986 im Kongreßhaus Baden-Baden. Baden-Baden (Institut Mensch und Arbeitswelt)

- KAMMERER, W. (1985): Betriebskrankenkassen und Prävention - Weder Königsweg noch Sackgasse. In: Die Betriebskrankenkasse (Sonderteil BKK 8/1985), 8, 73, II-IX
- KAMMERER, W. (1986): Gesundheitssicherung und Vorsorge als Aufgabe der Betriebskrankenkassen am Beispiel eines Modellprojektes zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: Die Betriebskrankenkasse, 9/10, 74, 316-319
- KLEINSCHMIDT, T. (1982): Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen von Prävention durch Kuren. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 2, 17, 25-29
- LAZAR, T.F. (1983): Theoretical Approaches of Intervention in Industrial Settings. In: HYGIE. International Journal of Health Education, 4, 2, 39-43
- MEICHENBAUM, D. & NOVACO, R. (1985): Stress Inoculation: A Preventative Approach. In: Issues in Mental Health Nursing, 1-4, 7, 419-435
- MÜLLER, R. (1983): Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen? Zur Medikalisierung und Funktionalisierung des Arbeitsschutzes. In: WAMBACH, M.-M, Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt/M. (Suhrkamp), 176-195
- MURRAY, R.B. & ZENTNER, J.P. (1985): Nursing Concepts for Health Promotion. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall (3rd edition))
- RODNICK, J.E. (1982): Health Behavior Changes Associated with Health Hazard Appraisal Counseling in an Occupational Setting. In: Preventive Medicine, 5, 11, 583-594
- ROMM, J. (1981): Health Promotion and Disease Prevention in the Work Place. Washington, D.C. (U.S. Department of Health and Human Services (Contract 233-79-3012))
- ROSENBROCK, R. & HAUB, F. (Hrsg.) (1985): Krankenkassen und Prävention. Berlin (Edition Sigma)
- ROSENBROCK, R. (1985): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen. Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung. In: Die Betriebskrankenkasse (Sonderteil BKK 8/1985), 8, 73, XVI-XXVI

17. RAUCHEN

- BENNETT, D. & LEVY, B.S. (1980): Smoking Policies and Smoking Cessation Programs of Large Employers in Massachusetts. In: American Journal of Public Health, 70, 629-631
- BURNS, C., JONES, S.A.M. & PEARSON, R. (1986): Smoking in Hospital - A Survey of Staff Attitudes at Westminster Hospital. In: Health Education Journal, 3, 45, 149-151
- CENCI, L. (1982): Smoking and the Workplace. In: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 5, 58, 471-479
- CHAPMAN WALSH, D. (1984): Corporate Smoking Policies: A Review and an Analysis. In: Journal of Occupational Health, 1, 26, 17-22
- DANAHER, B.G. (1980): Smoking Cessation Programs in Occupational Settings. In: Public Health Reports, 95, 149-156
- DOSMAN, J.A. (1985): Occupational Exposure and Cigarette Smoking: Respiratory Health Protection in the Workplace. In: Journal of Public Health Policy, 2, 6, 185-196
- GLASGOW, R.E. et al. (1984): Evaluation of a Worksite-Controlled Smoking Program. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 137-138
- HALLETT, R. (1986): Smoking Intervention in the Workplace: Review and Recommendations. In: Preventive Medicine, 3, 15, 213-231
- HALLETT, R. (1986): Smoking Intervention in the Workplace: Review and Recommendations. In: Preventive Medicine, 3, 15, 213-231
- HARRIS, J. & SEYMOUR, L. (1983): No Smoking - Still not a Sign of the Times at Work. In: Occupational Health, 7, 35, 308-313
- KOTIN, P. & GAUL, L.A. (1980): Smoking in the Workplace: A Hazard Ignored. In: American Journal of Public Health, 70, 575-576
- KRISTEIN, M.M. (1983): How Much Can Business Expect To Profit From Smoking Cessation?. In: Preventive Medicine, 12, 358-381
- MANZ, A., BERGER, J., WALTSGOTT, H. & GLASER, N. (1986): Rauchgewohnheiten und Berufskrebs. Hamburg (Schriftenreihe der BAU Nr. 470)
- MCCRAE, R.R., COSTA, P.T. & BOSSE, R. (1978): Anxiety, Extraversion and Smoking. In: British Journal of Social and Clinical Psychology, 17, 269-273
- ORLEANS, C.S. (1982): Worksite Smoking Cessation Initiatives: Review and Recommendations. In: Journal of Addictive Behavior, 7, 1-16

- PERRIN, H., TARRANT, Y., MORETON, W.J. & EAST, R. (1982):
Helping Employees to Stop Smoking. In: Occupational Health,
3, 34, 127-134
- REMMER, H. (1985): Passivrauchen am Arbeitsplatz:
Gesundheitsschädlich oder nicht?. In: Zentralblatt für
Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, 11, 35, 330-351
- ROSEN, G.M. & LICHTENSTEIN, E. (1977): A Workers' Incentive
Program for the Reduction of Cigarette Smoking. In:
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 957
- STACHNIK, T. & STOFFELMAYR, B. (1983): Worksite Smoking
Cessation Programs: A Potential for National Impact. In:
American Journal of Public Health, 12, 73, 1395-1396
- STERLING, T. (1978): Does Smoking Kill Workers or Does
Working Kill Smokers?. In: International Journal of Health
Services, 3, 8, 437-452
- WALSH, D.C. (1984): Corporate Smoking Policies. A Review and
an Analysis. In: Journal of Occupational Medicine, 26, 17-
22
- WINDSOR, R.A. & BARTLETT, E.E. (1984): Employee Self-Help
Smoking Cessation Programs: A Review of the Literature. In:
Health Education Quarterly, 4, 11, 349-359

18. STRESS

- ALBRECHT, K. (1979): Stress and the Manager. Make It Work For You. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall)
- ALEXANDER, D., MONK, J.S. & JONAS, A.P. (1985): Occupational Stress, Personal Strain, and Coping among Residents and Faculty Members. In: Journal of Medical Education, 60, 830-839
- ANTONOVSKY, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco (Jossey-Bass)
- APPLEY, M.H. & TRUMBULL, R. (Eds.) (1986): Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives. New York (Plenum Press)
- ARCHES, J. (1985): Don't Burn, Organize: A Structural Analysis of Burnout in the Human Services. In: Catalyst, 17/18, 5, 15-20
- ARONSON, E., PINES, A.M. & KAFRY, D. (1983): Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart (Klett-Cotta)
- BAMBERG, E. & MOHR, G. (1983): Psychischer Streß unter der Lupe. Eine Untersuchung mit Industriearbeitern. In: Argument-Sonderband, 107, 49-60
- BARRETT, J.E. (Ed.) (1979): Stress and Mental Disorder. New York (Raven Press)
- BAUM, A., SINGER, J. & BAUM, C. (1981): Stress and the Environment. In: Journal of Social Issues, 1, 37, 4-35
- BEEHR, T.A., WALSH, J.T. & TABER, T.D. (1976): Relationship of Stress to Individually and Organisationally Valued States: Higher Order Needs as a Moderator. In: Journal of Applied Psychology, 1, 61, 41-47
- BEEHR, T.A. & NEWMAN, J.E. (1978): Job Stress, Employee Health, and Organizational Effectiveness: A Facet Analysis, Model, and Literature Review. In: Personnel Psychology, 4, 31, 655-699
- BEEHR, T.A. (1981): Work-Role Stress and Attitudes Toward Co-Workers. In: Group and Organization Studies, 2, 6, 201-209
- BEEHRN, T.A. & NEWMAN, J.E. (1978): Job Stress, Employee Health, and Organizational Effectiveness: A Facet Analysis Model and Literature Review. In: Personnel Psychology, 31, 665-699
- BENNER, P.E. (1984): Stress and Satisfaction on the Job. Work Meanings and Coping of Mid-Career Men. New York (Praeger)
- BLOSTEIN, S., WILLIAM, E., KILTY, K. & RICHARDSON, V. (1985/86): A Multi-Dimensional Analysis of the Concept of Burnout. In: Employee Assistance Quarterly, 2, 1, 55-66

- BRENNER, S.O. & BARTELL, R. (1984): The Teacher Stress Process: A Cross-Cultural Analysis. In: Journal of Occupational Behaviour, 3, 5, 183-195
- BUCK, V. (1972): Working Under Pressure. London (Staples)
- BURKE, R.J. & BRADSHAW, P. (1981): Occupational and Life Stress and the Family. In: Small Group Behavior, 12, 329-375
- CAPLAN, R.D., COBB, S., FRENCH, J.R., VAN HARRISON, R. & PINNEAU, S.R. (1975): Job Demands and Worker Health: Main Effects and Occupational Differences. Washington, D.C. (U.S. Government Printing Office)
- CAPLAN, R.D., COBB, S., FRENCH, J.R.P. & v. HARRISON, R. (1982): Arbeit und Gesundheit. Streß und seine Auswirkungen bei verschiedenen Berufen. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- CARRINGTON, P. et al. (1980): The Use of Meditation-Relaxation Technique for the Management of Stress in a Working Population. In: Journal of Occupational Medicine, 22, 221-231
- CHERNISS, C. (1980): Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. Beverly Hills (Sage)
- COBB, S. & ROSE, R.H. (1973): Hypertension, Peptic Ulcer and Diabetes in Air Traffic Controllers. In: Journal of the Australian Medical Association, 224, 489-492
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (Ed.) (1984): Breakdown in Human Adaptation to "Stress". Towards a Multidisciplinary Approach. Dordrecht (Martinus Nijhoff)
- COOPER, C.L. & PAYNE, R. (Eds.) (1978): Stress at Work. New York (Wiley & Sons)
- COOPER, C.L., MALLINGER, M. & KAHN, R. (1978): Identifying Sources of Occupational Stress Among Dentists. In: Journal of Occupational Psychology, 51, 227-234
- COOPER, C.L. & PAYNE, R. (Eds.) (1980): Current Concerns in Occupational Stress. New York/Chichester (John Wiley & Sons)
- COOPER, C.L. & MELHUISS, A. (1980): Occupational Stress and Managers. In: Journal of Occupational Medicine, 9, 22, 588-592
- COOPER, C.L. (1981): The Stress-Check. Coping with the Stress of Life and Work. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall)
- COOPER, C.L., DAVIDSON, M.J. & ROBINSON, P. (1982): Stress in the Police Service. In: Journal of Occupational Medicine, 1, 24, 30-36
- COOPER, C.L. (1983): Stress Research: Issues for the 80's. New York/Chichester (John Wiley & Sons)

- COOPER, C.L. (1985): The Stress of Work: An Overview. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 7, 56, 627-632
- COOPER, C.L. & SMITH, M.J. (Eds.) (1985): Job, Stress and Blue Collar Work. Chichester (Wiley)
- CRAIG, T.J. & LIN, S.P. (1984): Sex Differences in Mortality Rates among Long-Stay Psychiatric Inpatients. In: Sex Roles, 9/10, 10, 725-732
- CRUMP, J.H., COOPER, C.L. & MAXWELL, V.B. (1981): Stress Among Air Traffic Controllers. Occupational Sources of Coronary Heart Disease Risk. In: Journal of Occupational Behaviour, 3, 2, 293-303
- DAWKINS, J.E., DEPP, F.C. & SELZER, N.E. (1985): Stress and the Psychiatric Nurse. In: Journal of Psychosocial Nursing, 11, 23, 9-15
- DELMONTE, M.M. (1984): Meditation Practice as Related to Occupational Stress, Health and Productivity. In: Perceptual and Motor Skills, 59, 581-582
- DOHRENWEND, B.S. (1974): Stressful Live Events. Their Nature and Effects. New York
- DUNKEL, H. & ZAPF, D. (1986): Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Belastungen, gesundheitliche Folgen, Gegenmaßnahmen. Köln (Bund)
- EDELWICH, J. & BRODSKY, A. (1980): Burn-Out. Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York (Human Sciences Press)
- ELLIOTT, G.R. & EISDORFER, C. (Eds.) (1982): Stress and Human Health. New York (Springer)
- ERICKSON, J.M., PUGH, W.M. & GUNDERSON, K.E. (1972): Status Congruency as a Prediction of Job Satisfaction and Life Stress. In: Journal of Applied Psychology, 56, 523-525
- FALCK, V.T. & KILCOYNE, M.E. (1985): Occupational Stress in Special Education: A Challenge for School Health Professionals. In: Journal of School Health, 7, 55, 258-261
- FRANKENHAEUSER, M. & GARDELL, B. (1976): Underload and Overload in Working Life. Outline of a Multidisciplinary Approach. In: Journal of Human Stress, 1, 2, 35-46
- FRENCH, J.R.P., CAPLAN, R.D. & VAN HARRISON, R. (1982): The Mechanisms of Job Stress and Strain. New York (Wiley)
- FRESE, M. (1985): Stress at Work and Psychosomatic Complaints: A Causal Interpretation. In: Journal of Applied Psychology, 2, 70, 314-328
- FRESE, M. (1986): Coping as a Moderator and Mediator Between Stress at Work and Psychosomatic Complaints. In: APPLEY, M.H. & TRUMBULL, R. (Eds.), Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives. New York (Plenum), 183-206

- FRESE, M., GREIF, S. & SEMMER, N. (Hrsg.) (1977):
Industrielle Psychopathologie. Bern (Huber)
- FRESE, M., SAUPE, R. & SEMMER, N. (1981): Streß am
Arbeitsplatz von Schreibkräften. Vergleich zweier
Stichproben. In: FRESE, M. (Hrsg.), Streß im Büro. Bern
(Huber),
- FREUDENBERGER, H.J. with RICHELSON, G. (1980): Burnout: The
High Costs of Achievement. New York (Anchor/Doubleday)
- GARDELL, B. (1971): Alienation and Mental Health in the
Modern Industrial Environment. In: LEVI, L. (Ed.), Society,
Stress and Disease. Vol. 1. New York (Oxford University
Press),
- GARFIELD, C.A. (Ed.) (1979): Stress and Survival. The
Emotional Realities of Life-Threatening Illness. St. Louis
(C.V. Mosby)
- GAY, J.E. (1985): Nursing Under Stress. In: Occupational
Health, 5, 37, 225-228
- GENTRY, W.D., BENSON, H. & WOLFF, C.J. de (Eds.) (1985):
Behavioral Medicine: Work, Stress and Health. Dordrecht
(Nijhoff)
- GOLDBERG, P. (1978): Executive Health. New York (McGraw-Hill)
- GOLDBERGER, L. & BREZNITZ, S. (Eds.) (1982): Handbook of
Stress. Theoretical and Clinical Aspects. New York (Free
Press)
- GREENBERG, H.M. (1980): Coping with Job Stress. A Guide for
Employers and Employees. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-
Hall)
- GREIF, S. et al. (1983): Abschlußbericht des
Forschungsprojektes "Psychischer Streß am Arbeitsplatz -
Hemmende und fördernde Bedingungen für humanere
Arbeitsplätze". Osnabrück (Universität Osnabrück, FB
Psychologie)
- GROSS, E.B. (1986): Physicians and Their Work. A Study of
Strains in Medical Practice (Vol. I and II). Bryn Mawr
College (Dissertation)
- GUNDERSON, E.K. & RAHE, R.H. (Eds.) (1974): Life Stress and
Illness. Springfield (Thomas)
- HAAN, N. (1977): Coping and Defending. Processes of Self-
Environment Organization. New York (Academic Press)
- HAGBERG, M. (1984): Occupational Musculoskeletal Stress and
Disorders of the Neck and Shoulder. A Review of Possible
Pathophysiology. In: International Archives of
Occupational and Environmental Health, 3, 53, 269-278

- HAMMER, J.S., JONES, J.W., LYONS, J.S., SIXSMITH, D. & AFFICIANDO, E. (1985): Measurement of Occupational Stress in Hospital Settings. Two Validity Studies of a Measure of Self-Reported Stress in Medical Emergency Rooms. In: General Hospital Psychiatry, 2, 7, 156-162
- HOCKEY, R.J. (Ed.) (1983): Stress and Fatigue in Human Performance. Chichester (Wiley)
- HOUSE, J.S. (1980): Occupational Stress and the Mental and Physical Health of Factory Workers. Ann Arbor (University of Michigan, Institute for Social Research)
- HOUSE, J.S. (1981): Work, Stress and Social Support. Reading, Mass (Addison-Wesley)
- IVANCEVICH, J.M. & MATTESON, M.T. (1980): Optimizing Human Resources. A Case for Preventive Health and Stress Management. In: Organizational Dynamics, 5-25
- JACOBI, U. & WELTZ, F. (1981): Zum Problem der Beanspruchung beim Maschineschreiben. In: FRESE, M. (Hrsg.), Streß im Büro. Bern (Huber), 180-198
- JOHNSTON, N. (1985): Occupational Stress and the Professional Pilot. The Role of the Pilot Advisory Group (PAG). In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 7, 56, 633-637
- KALEKIN-FISHERMAN, D. (1986): Burnout or Alienation? A Context Specific Study of Occupational Fatigue among Secondary School Teachers. In: Journal of Research and Development in Education, 3, 19, 24-34
- KALIMO, R. & MEJMAN, T. (1985): Behavioural Responses to Stress at Work. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (Ed.), Psychosocial Factors of Workers' Health. Geneva (WHO),
- KAMMERER, W. (1986): Betriebskrankenkassen als "Streßberater"? In: BKK-Service, 5, 181-186
- KARASEK, R.A. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain. Implications for Job Design. In: Administrative Science Quarterly, 2, 24, 285-308
- KARMAUS, W. (1984): Bewältigung von arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden. Eine medizinsoziologische Untersuchung. Frankfurt/New York (Campus)
- KASL, S.V. (1978): Epidemiological Contributions to the Study of Work Stress. In: COOPER, C.L. & PAYNE, R. (Eds.), Stress at Work. Chichester (Wiley), 3-48
- KELLY, M. & COOPER, C.L. (1981): Stress Among Blue Collar Workers. In: Employee Relations, 2, 3, 6-9
- KELLY, R.F. & VOYDANOFF, P. (1985): Work/Family Role Strain among Employed Parents. In: Family Relations, 3, 34, 367-374
- KOPECKI, R.A. (1986): Controlling Stress in the Home and Workplace. In: Occupational Health Nursing, 7, 34, 315-322

- KROES, W.H. (1976): Society's Victim - The Policeman. An Analysis of Job Stress in Policing. New York (Charles C. Thomas)
- KYRIACOU, C. & PRATT, J. (1985): Teacher Stress and Psychoneurotic Symptoms. In: The British Journal of Educational Psychology, 1, 55, 61-64
- LAM, T.H., ONG, S.G., WONG, C.M., LEE, P.W.H. & KLEEVENS, J.W.L. (1985): Mental Health and Work Stress in Office Workers in Hong Kong. In: Journal of Occupational Medicine, 3, 27, 199-205
- LANCASTER, J. (1984): Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health. St. Louis (Mosby)
- LAZARUS, R.S. (1966): Psychological Stress and the Coping Process. New York (McGraw-Hill)
- LAZARUS, R. & LAUNIER, R. (1978): Stress-Related Transactions Between Person and Environment. In: PERVIN, L. & LEWIS, N. (Eds.), Perspectives in Interactional Psychology. New York (Plenum),
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (Eds.) (1984): Stress, Appraisal, and Coping. New York (Springer)
- LEITER, M.P. & MEECHAN, K.A. (1986): Role Structure and Burnout in the Field of Human Services. In: The Journal of Applied Behavioral Science, 1, 22, 47-52
- LEVI, L. (1979): Occupational Mental Health. It's Monitoring, Protection and Promotion. In: Journal of Occupational Medicine, 21, 26-31
- LEVI, L. (1980): Preventing Work Stress. Reading, Mass. (Addison-Wesley)
- LEVI, L. & ANDERSSON, L. (1975): Psychological Stress. Population, Environment, and Quality of Life. New York (Spectrum)
- LEVI, L. (Ed.) (1981): Society, Stress and Disease. Vol. 4: Working Life. Oxford (Oxford University Press)
- LINN, L.S., YAGER, J., COPE, D. & LEAKE, B. (1985): Health Status, Job Satisfaction, Job Stress, and Life Satisfaction Among Academic and Clinical Faculty. In: Journal of the American Medical Association, 19, 254, 2775-2782
- MANUSO, J.S. (1979): Executive Stress Management. In: Personnel Administrator, 24, 23-26
- MARGOLIS, B.L., KROES, W.H. & QUINN, R.P. (1974): Job Stress: An Unlisted Occupational Hazard. In: Journal of Occupational Medicine, 16, 654-661
- MARSHALL, J. & COOPER, C.L. (1983): Coping with Stress at Work. Epping (Gower Press)

- MASTERS-ALLEN, S., MOR, V., LALIBERTE, L. & MONTEIRO, L. (1985): Staff Burnout in a Hospice Setting. In: Hospice Journal, 3, 1, 1-15
- MATTESON, M.T. & IVANCEVICH, J.M. (1982): Managing Job Stress and Health. New York (The Free Press)
- MAXWELL, V.B. & ROXBOROUGH, S.M. (1985): Stress in Aviation. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 7, 56, 625-626
- MAXWELL, V.B. & BROOKS, D.N. (1986): Hysterical Deafness: An Unusual Presentation of Stress in an Air Traffic Control Officer. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 3, 57, 263-266
- MCGAFFEY, T.N. (1978): New Horizons in Organizational Stress Prevention Approaches. In: Personnel Administration, 41, 26-32
- MCGUIGAN, F.J., SIME, W.E. & WALLACE, J.M. (Eds.) (1984): Stress and Tension Control. Vol. 2. New York (Plenum)
- MCLEAN, A.A. (Ed.) (1970): Mental Health and Work Organizations. Chicago (Rand McNally)
- MCLEAN, A.A. (Ed.) (1974): Occupational Stress. Springfield, Ill. (Charles C. Thomas)
- MCLEAN, A.A. (1979): Work Stress. Reading, Mass. (Addison-Wesley)
- McLEROY, K.R., GREEN, L.W., MULLEN, K.D. & FOSHEE, V. (1984): Assessing the Effects of Health Promotion in Worksites: A Review of the Stress Program Evaluations. In: Health Education Quarterly, 4, 11, 379-401
- McVEIGH, E. (1982): Vancouver Bus Driving: A Study in Stress. Burnaby, B.C. (Simon Fraser University)
- MENAGHAN, E. & MERVES, E. (1978): Coping with Occupational Problems: The Limits of Individual Efforts. In: Journal of Health and Social Behaviour, 19, 406-423
- MILLER, S.M. (1979): Controllability and Human Stress: Method, Evidence, and Theory. In: Behavior Research and Therapy, 17, 287-304
- MILSUM, J.H. (1984): Health, Stress and Illness. A Systems Approach. New York (Praeger)
- MURPHY, L.R. (1984): Occupational Stress Management: A Review and Appraisal. In: Journal of Occupational Psychology, 1, 57, 1-15
- MURPHY, L.R. (1985): Individual Coping Strategies. Cincinnati, Ohio (U.S. Department of Health and Human Services)

- NEWMAN, J.E. & BEEHR, T.A. (1979): Personal and Organizational Strategies for Handling Job Stress: A Review of Research and Opinion. In: Personnel Psychology, 1, 32, 1-43
- NITSCH, J.R. (Hrsg.) (1981): Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- PATRICK, P.K.S. (1984): Preventing Burnout: Coordination the Employee Health Function. In: Family and Community Health, 4, 6, 76-92
- PELLETIER, K.R. (1977): Mind as Healer, Mind as Slayer. A Holistic Approach to Preventing Stress Disorders. New York (Delacorte & Delta)
- PELLETIER, K.R. (1979): Holistic Medicine: From Stress to Optimum Health. New York (Delacorte & Delta)
- PELLETIER, K.R. (1984): Healthy People in Unhealthy Places. Stress and Fitness at Work. New York (Delacorte & Delta)
- PETERS, R.K. et al. (1977): Daily Relaxation Response Breaks in a Working Population. I. Effects on Self-Reported Measures of Health, Performance and Well-Being. In: American Journal of Public Health, 67, 946-953
- QUICK, J.C. & QUICK, J.D. (1979): Reducing Stress through Preventive Management. In: Human Resource Management, 18, 15-22
- RAMSEY, J.M. (1982): Basic Pathophysiology. Modern Stress and the Disease Process. Menlo Park (Addison-Wesley)
- REEVES, J.B. (1985): Exploring Differential Occupational Stress and the Male Sex Role. In: Free Inquiry in Creative Sociology, 1, 13, 5-9
- SCHARDT, L.P. & KNEPEL, W. (1981): Psychische Beanspruchungen kaufmännischer Angestellter bei computergestützter Sachbearbeitung. In: FRESE, M. (Hrsg.), Streß im Büro. Bern (Huber), 125-158
- SCHWARTZ, G.E. (1980): Stress Management in Occupational Settings. In: Public Health Reports, 95, 99-108
- SCHWENDTKE, A. (1986): Krankenverhalten, kritische Lebenssituationen und Coping. Ein medizinsoziologischer Beitrag zu Analysen über Bewältigungen belastender sozialer Situationen bei chronisch Kranken. Konstanz (Hartung-Gorre)
- SCHWERES, M. (1985): Für einen integrierenden arbeitssystemanalytischen Ansatz. In: AFA-Informationen, 3, 35, 3-10
- SEAMONDS, B.C. (1982): Stress Factors and their Effect on Absenteeism in a Corporate Employee Group. In: Journal of Occupational Medicine, 24, 393-397

- SELYE, H. (1946): The General Adaptation Syndrome and the Disease of Adaptation. In: Journal of Clinical Endocrinology, 6, 117
- SELYE, H. (1976): Stress in Health and Disease. Boston/London (Butterworths)
- SEMMER, N. (1984): Streßbezogene Tätigkeitsanalyse: Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Streß am Arbeitsplatz. Weinheim/Basel (Beltz)
- SEMMER, N. & FRESE, M. (1987): Control at Work as Moderator of the Effect of Stress at Work on Psychosomatic Complaints: A Longitudinal Study with Objective Measurement. München (Universität München, Institut für Psychologie)
- SHOSTAK, A.B. (1980): Blue-Collar Stress. Boston (Addison-Wesley)
- SLUYTER, G.V. (1985): Stress and Burnout among Superintendents of Public Residential Facilities. In: Administration in Mental Health, 3, 12, 174-183
- SPELLANE, R. (1984): Stress at Work: A Review of Australian Research. In: International Journal of Health Services, 4, 14, 589-604
- SPURGEON, A. (1986): Current Approaches to Stress At Work. In: Occupational Health, 10, 38, 316-319
- STEINMETZ, J.I. et al. (1982): Stress Management: An Assessment Questionnaire for Evaluating Interventions and Comparing Groups. In: Journal of Occupational Medicine, 24, 923-931
- STEVENSON, H.M. & WILLIAMS, A.P. (1985): Physicians and Medicare: Professional Ideology and Canadian Health Care Policy. In: Canadian Public Policy, 3, 11, 504-521
- STONER, C.R. & ERY, F.L. (1983): Developing a Corporate Policy for Managing Stress. In: Personnel, 60, 66-76
- STRASSER, H. (1984): Zur Bedeutung psychischer Belastungen in der Arbeitswelt und ihrer Wirkung auf die Beanspruchung des Menschen. In: Afa-Informationen, 3, 34, 17-37
- UDRIS, I. (1981): Streß in arbeitspsychologischer Sicht. In: NITSCH, J.R. (Hrsg.), Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern/Stuttgart/Wien (Huber), 391-440
- WARSHAW, L.J. (1979): Managing Stress. Boston (Addison-Wesley)
- WEEKS, J.L. (1984): Occupational Stress in Coal Mining. In: Annals of the American Conference of Governmental Industrial Hygienists, 8, 23-25
- WEISS, R.S. (1985): Men and the Family. In: Family Process, 1, 24, 49-58

WOLF, S. & FINESSTONE, A.J. (Eds.) (1986): Occupational Stress. Health and Performance at Work. Littleton (PSG Publishing Co.)

ZIMMERMANN, L. (Hrsg.) (1982): Belastungen und Streß bei der Arbeit. Körperliche und psychische Beanspruchung, Gesundheit, Erholungspausen. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)

19. ZEIT / ARBEITSZEIT / SCHICHTARBEIT

- AXT, P. (1982): Freizeit und Urlaub als gesundheitliche Chance. Gesichtspunkte der Gesundheitserziehung. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 8, 17, 185-187
- BAMBERG, E. (1985): Arbeit und Freizeit. Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Streß am Arbeitsplatz, Freizeit und Familie. Freie Universität Berlin (Diss.phil.)
- BOLM, W. (1981): Die gesundheitliche Beanspruchung durch Nacht- und Schichtarbeit. Eine methodenkritische Literaturübersicht. Berlin (Reimer)
- BORLAND, R.G., ROGERS, A.S., NICHOLSON, A.N., PASCOE, P.A. & SPENCER, M.B. (1986): Performance Overnight in Shiftworkers Operating a Day-Night Schedule. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 3, 57, 241-249
- DEUTSCHMANN, C. (1982): Zeitflexibilität und Arbeitsmarkt. Zur Entstehung und Funktion des Normalarbeitstags. In: OFFE, C., HINRICHS, K. & WIESENTHAL, H., Arbeitszeitpolitik. Frankfurt/New York (Campus), 32 ff.
- FLEISCHHAUER, K. (1978): Freizeitmöglichkeiten der Bevölkerung im ländlichen Raum. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz (Kohlhammer)
- FRESE, M. & OKONEK, K. (1984): Reasons to Leave Shiftwork and Psychological and Psychosomatic Complaints of Former Shiftworkers. In: Journal of Applied Psychology, 3, 69, 509-514
- GAGNON, P. & LAROUCHE, M. (1985): Leisure Practices of Workers and Their Effects on Work Performance in the Industrial Milieu: A Search for a Theoretical Model of Analysis. In: Society and Leisure, 2, 8, 791-802
- GARDELL, B. (1976): Reactions at Work and Their Influence on Nonwork Activities. In: Human Relations, 29, 885-897
- GRAZIA, S. de (1962): Of Time, Work, and Leisure. New York
- HILDEBRANDT, G. (Hrsg.) (1976): Biologische Rhythmen und Arbeit. Bausteine zur Chronobiologie und Chronohygiene der Arbeitsgestaltung. Wien/New York (Springer)
- HÖBERMANN, F. (1975): Zur Polarisierung von Arbeit und Freizeit. Desintegration und Ansätze zur Reintegration von Arbeit und Freizeit in der Industriegesellschaft. Göttingen (Schwarz)
- HOFF, E.-H. (1984): Gesellschaftlicher Zwang und individueller Freiraum? Naive und wissenschaftliche Theorien zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit. In: MOSER, H. & PREISER, S. (Hrsg.), Umweltprobleme und Arbeitslosigkeit. Weinheim/Basel (Beltz), 167-190

- KELLY, J.R. (1982): Leisure. Englewood Cliffs, N.J. (Prentice-Hall)
- KRAUSE, D. (1984): Erwerbsarbeit und Lebenslage. Auswirkungen von Wandlungen im System der Erwerbsarbeit auf individuelle Lebenslagen im haushaltlichen Zusammenhang in der Bundesrepublik Deutschland. Universität Bremen (Forschungsgruppe "Arbeitszeit und Lebenszeit" (Bericht Nr. 2))
- MARR, R. (Hrsg.) (1987): Arbeitszeitmanagement. Grundlagen und Perspektiven der Gestaltung flexibler Arbeitszeitsysteme. Berlin/Bielefeld/München (Erich Schmidt)
- McDOWELL, C.F. (1981): Leisure: Consciousness, Well-Being & Counseling. In: Counseling Psychologist, 3, 9, 3-31
- MEISSNER, M. (1971): The Long Arm of the Job. A Study of Work and Leisure. In: Industrial Relations, 2, 10, 239-260
- MEHRTENS, M. (1986): Die Auflösung traditioneller Arbeitszeitmuster. Strukturentwicklung und Gestaltungsformen der Zeitorganisation im Handel. Universität Bremen (Forschungsgruppe "Arbeitszeit und Leben" (Bericht Nr. 6))
- MERTENS, D. (1979): Zeitsouveränität und Segmentation. In: Leviathan, 4, 7, 408 ff.
- NEGT, O. (1984): Lebendige Arbeit, enteignete Zeit. Politische und kulturelle Dimensionen des Kampfes um die Arbeitszeit. Frankfurt/New York (Campus)
- OLK, T., HOHN, H.-W., HINRICHS, K. & HEINZE, R.G. (1979): Lohnarbeit und Arbeitszeit. Arbeitsmarktpolitik zwischen Requalifizierung der Zeit und kapitalistischem Zeitregime. Teil 1: Das kapitalistische Zeitregime. In: Leviathan, 2, 7, 151-173
- OLK, T., HOHN, H.-W., HINRICHS, K. & HEINZE, R.G. (1979): Lohnarbeit und Arbeitszeit. Arbeitsmarktpolitik zwischen Requalifizierung der Zeit und kapitalistischem Zeitregime. Teil 2: Requalifizierung der Zeit durch Neue Arbeitszeitpolitik?. In: Leviathan, 3, 7, 376-407
- OSTERLAND, M. et al. (1973): Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD. Frankfurt/M. (EVA)
- PARKER, S.R. & SMITH, M.A. (1976): Work and Leisure. In: DUBIN, R. (Ed.), Handbook of Work, Organization, and Society. Chicago (Rand McNally), 37-64
- RINDERSPACHER, J.P. (1985): Gesellschaft ohne Zeit. Individuelle Zeitverwendung und soziale Organisation der Arbeit. Frankfurt/New York (Campus)
- ROUSSEAU, D.M. (1978): Relationship of Work to Nonwork. In: Journal of Applied Psychology, 4, 63, 513-517

- RUDAT, R. (1978): Freizeitmöglichkeiten von Nacht-, Schicht-, Sonn- und Feiertagsarbeitern. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz (Kohlhammer)
- SALAMAN, G. (1974): Community and Occupation. An Exploration of Work/Leisure Relationships. London (Cambridge University Press)
- SHELLER, R. (1987): Laufbahnentwicklung im Spannungsfeld von Arbeit und Freizeit. In: Psychologische Rundschau, 3, 38, 125-136
- SCHILDMEIER, A. (1978): Freizeitmöglichkeiten ausländischer Arbeitnehmer. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz (Kohlhammer)
- SCHLÖSSER, M. (1981): Freizeit und Familienleben von Industriearbeitern. Frankfurt/New York (Campus)
- STREICH, W. (1986): Bilanz der Schichtarbeitsforschung. Dortmund (Bundesanstalt für Arbeitsschutz (=Schriftenreihe Fb 458))
- TOKARSKI, W. (1979): Aspekte des Arbeitserlebens als Faktoren des Freizeiterlebens. Frankfurt/Bern/Las Vegas (Lang)
- WEBB, W.B. (Ed.) (1982): Biological Rhythms, Sleep and Performance. Chichester (Wiley)
- WIEGAND, E. & ZAPF, W. (Hrsg.) (1982): Wandel der Lebensbedingungen in Deutschland. Frankfurt/New York (Campus)
- WYNNE, R.F., RYAN, G.M. & CULLEN, J.H. (1987): The Effects of Shiftwork on Health and Wellbeing. Implications for Health Education. In: Proceedings of the 12th World Conference on Health Education, Dublin, 1-6 September, 1985. Dublin (Health Education Bureau), 1335-1340
- ZIMMERMANN, L. (Hrsg.) (1982): Organisation der Arbeit. Arbeitsteilung, Qualifikation, Schichtarbeit. Reinbek b. Hamburg (Rowohlt)