

Hauß, Friedrich

Article — Digitized Version

Medizinsoziologische Fragestellungen zum Zusammenhang koronarer Herzkrankheit und Arbeitssituation

Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin: Arbeitshygiene, Arbeitsschutz, Rehabilitation.
Zeitschrift für Praxis, Klinik, Forschung und Begutachtung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1977) : Medizinsoziologische Fragestellungen zum
Zusammenhang koronarer Herzkrankheit und Arbeitssituation, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin,
Präventivmedizin: Arbeitshygiene, Arbeitsschutz, Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis, Klinik,
Forschung und Begutachtung, ISSN 0300-581X, Gentner, Stuttgart, Vol. 12, Iss. 3, pp. 71-73

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112361>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen
Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle
Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich
machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen
(insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten,
gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort
genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal
and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to
exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the
internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content
Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise
further usage rights as specified in the indicated licence.*



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Medizinsoziologische Fragestellungen zum Zusammenhang koronarer Herzkrankheit und Arbeitssituation

Von F. Hauss

Es muß vermutet werden, daß der Arbeitsplatz eine zentrale Bedeutung für die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankheiten einnimmt. Arbeitssituationen müssen als komplexe Systeme physisch und psychisch belastender Faktoren gesehen werden. Das Zusammenwirken dieser Faktoren ist noch nicht annähernd erforscht, obwohl die dabei zu erwartenden Erkenntnisse zur Erarbeitung fundierter Präventions- und Rehabilitationsstrategien ausgesprochen notwendig sind. Wir schlagen vor, über eine Systematisierung des Stressbegriffes Zugang zur Klassifikation belastender Faktoren am Arbeitsplatz zu bekommen und fordern, bereits vorliegende Ergebnisse der Arbeitswissenschaften stärker in der Praxis zu berücksichtigen.

The work situation is likely to have a central importance in the genesis of cardiovascular diseases. It must be seen as a complex system of physical and psychic stress factors. The interplay of these factors has not yet been determined, though this is absolutely necessary for working out well-founded strategies for prevention and rehabilitation. We suggest that stress factors at work be classified via a systematization of the concept of stress and that results which are already available from scientific studies be given greater consideration in practice.

H. Schäfer hat eine „Hierarchie der Risikofaktoren“ postuliert (Abb. 1), aus der mehrfache Ordnungen und Zusammenhänge von Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit untereinander hervorgehen.

Danach werden für die Entstehung dieser Krankheitsgruppe auch Faktoren der Umwelt, des Arbeitsplatzes, der privaten Lebenskonflikte und subjektiver Verhaltensweisen verantwortlich gemacht.

In der Erforschung des Infarkttrisikos konzentriert man sich interdisziplinär in letzter Zeit verstärkt auf den Arbeitsplatz. Hier vermutet man ein Zusammenwirken von Faktoren, die sowohl im unmittelbaren Zusammenhang mit der Arbeit und ihrer Organisation selbst stehen, oder aber von „außen“ auf diese Situation einwirken, um sie in der einen oder ande-

ren Weise zu strukturieren. Konkret: hat ein Arbeitnehmer Schwierigkeiten privater Natur, so kann er entweder durch sein angespanntes Verhalten bestimmte Risikozustände provozieren (er arbeitet sich „den Ärger vom Leibe“) oder aber er reagiert wesentlich sensibler auf Belastungen der Arbeitssituation. Im schlimmsten Falle, der wahrscheinlich zugleich der Regelfall sein wird, treten beide Reak-

tionsmuster gemeinsam auf und potenzieren sich (Latarus 1966, Schachter 1971).

Entsprechend wird auch von den Arbeitenden selbst in allen bekannten empirischen Untersuchungen der Arbeitssituation als „stressauslösendem“ Faktor eine hervorragende Rolle zugeschrieben.

So müssen Arbeitssituationen als komplexe Systeme physischer und psychi-

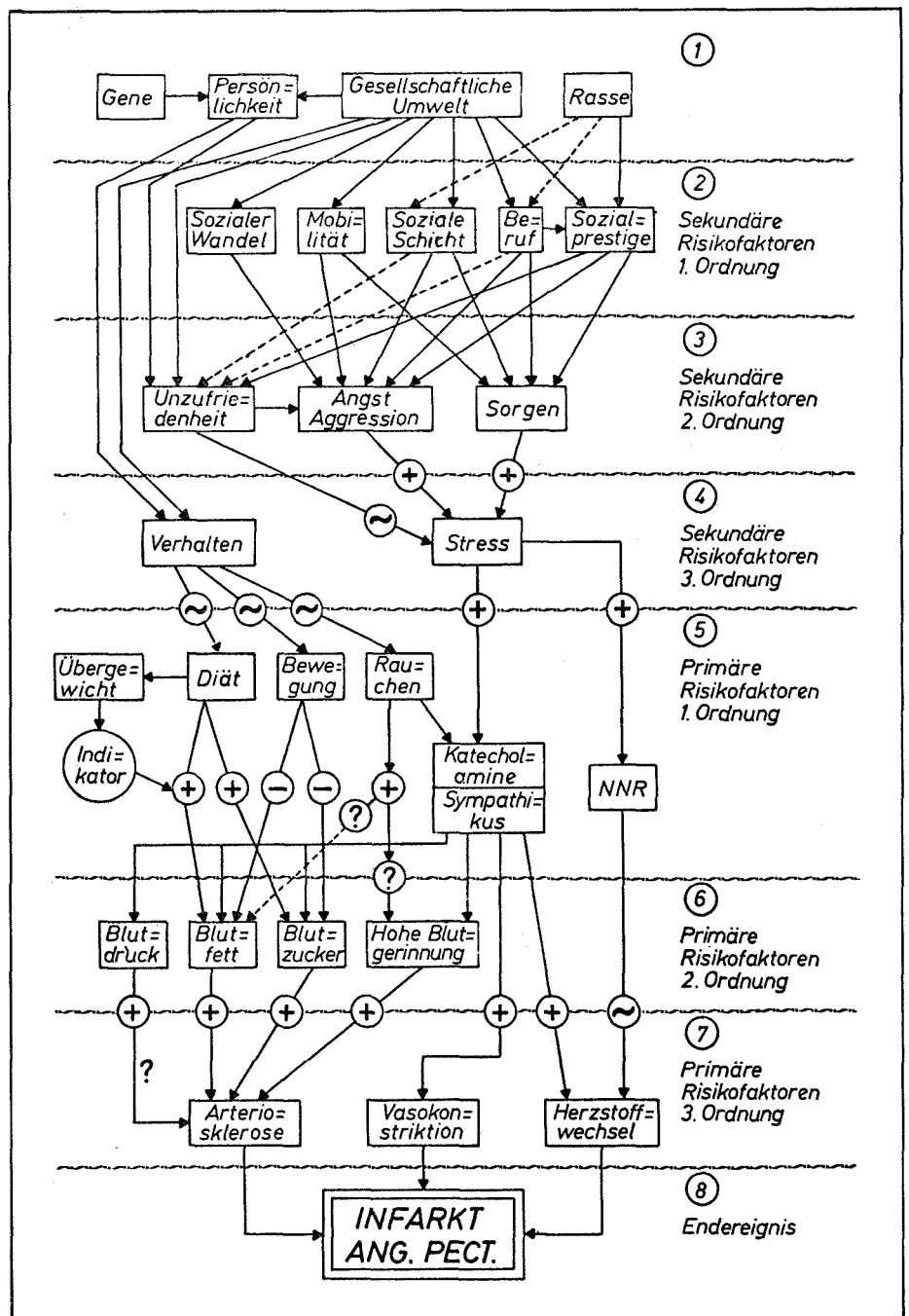


Abb. 1 Hierarchie der Risikofaktoren.

scher Belastung gesehen werden, in denen sich Risikofaktoren verbergen, deren Zusammenwirken noch weitgehend unerforscht ist. Trotz der grundlegenden Übereinstimmung von Medizinern, Arbeitswissenschaftlern, Psychologen und auch Medizinsoziologen über die Bedeutung der Analyse von Arbeitssituationen für die Ursachenforschung, sind die Erkenntnisse über die tatsächlichen Zusammenhänge noch ausgesprochen spärlich.

Sie zeichnen sich, jedenfalls auf der Seite der Soziologie, durch ein abstraktes und vorwiegend theoretisch bestimmtes Niveau aus. Über die Ebene von Systematisierungsvorschlägen glaubt man nicht hinausgehen zu können, und auch die hauptsächlich experimentell gewonnenen Ergebnisse dienen weniger einer praxisgerechten Anwendung, als vorwiegend dem empirischen Nachweis theoretischer Überlegungen. Erst in jüngster Zeit geht man dazu über, die experimentellen Ergebnisse auch in Feldstudien zu überprüfen.

Auf der anderen Seite, hauptsächlich durch Medizin und Psychologie bestimmt, werden die Zusammenhänge lediglich fallorientiert beschrieben, womit sie sich weitgehend einer verallgemeinernden Analyse entziehen. In vorwiegend retrospektiven Studien sind übereinstimmend folgende belastende Momente von Arbeitssituationen genannt worden:

- Arbeitstempo, Unterbrechungen des Arbeitsablaufes, die fremdbestimmt sind,
 - Situationen, die einen zu großen Anspruch an die Qualifikation stellen und deswegen nicht gemeistert werden können,
 - frustrierende Situationen, auf die nicht offen reagiert werden kann,
 - mangelnde Kompetenzabgrenzung,
 - Sanktionen für Verhaltensweisen, die nicht direkt kontrollierbar sind.
- Für Angestellte ergaben sich noch einige zusätzliche Momente:
- lange Arbeitszeiten, Überstunden,
 - Zeitdruck durch Vorgesetzte,
 - Konflikte mit Vorgesetzten,
 - Veränderung des Betriebes,
 - Schwierigkeiten, sich in eine neue Arbeitssituation einzufinden.

Selbstverständlich ist diese Liste nicht annähernd vollständig. Wir meinen aber, daß die bisher gefundenen Ergebnisse durchaus wertvolle Hinweise für eine diagnostische und therapeutische Praxis liefern können, wenn sie unter entsprechend praxisorientierten Fragestellungen gesehen werden.

Aktuelle Fragestellungen

Der Medizinsoziologe darf heute vor allem auf drei Fragestellungen abheben:

1. Welche Faktorenbündel oder einzelne Faktoren der Arbeitssituation können nach dem jetzigen Stand der Erkenntnis die koronare Herzkrankheit mitbedingen?

Diese Fragestellung ist vor allem für die anamnestiche Erhebung von Bedeutung, ihre Beantwortung kann die individuelle Diagnose nachhaltig beeinflussen, denn es ist leider nur zu bekannt, daß Patienten von sich aus wenig geneigt und imstande sind, detailliert ihre Arbeitssituation zu beschreiben. Nur gründliche Kenntnis des Arztes über die möglichen Zusammenhänge erleichtern ihm selbst das Fragen und fördern so interessante Faktoren zutage (siehe dazu auch den Beitrag von Frau Lepper in diesem Heft).

2. Welche belastenden Arbeitssituationen sind für die Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankheiten und damit auch für den therapeutischen Erfolg zu bedenken? Wir haben den Eindruck, daß vorliegende Erkenntnisse noch viel zu wenig in der ärztlichen Rehabilitationspraxis genützt werden.

3. Welche Ergebnisse sollten auf die Gestaltung von Arbeitsplätzen selbst Einfluß haben? Das ist eine Aufgabe, an der Medizin, Psychologie und Soziologie nur mittelbar beteiligt sein können, deren Relevanz dadurch aber nicht kleiner wird. Vielmehr scheint uns dieser dritte Komplex langfristig der wichtigste zu sein, wenn man neben einer vordergründig notwendigen Vermeidungs- oder Anpassungsstrategie darauf abzielt, die objektiven Ursachen von Krankheiten in bestimmten Bereichen selbst zu beseitigen.

An Hand der Ergebnisse eigener Untersuchungen wollen wir versuchen, einige Einzelaufgaben und künftige Fragestellungen auf diesem Gebiet herauszuarbeiten.

In der Praxis sucht man den Zugang zum Problem der Arbeitssituationen gewöhnlich über den Begriff des „Berufs“. Dies hat überwiegend Nachteile, da der Begriff zu pauschal ist und sich hinter gleichen Berufsbe-

zeichnungen höchst unterschiedliche Tätigkeitsmerkmale verbergen können.

Im Rahmen der Höhenrieder Langzeitstudie fanden wir bei den teilnehmenden 1200 Patienten folgende Berufsverteilung (Tab. 1) (Hauß, Stocksmeier, Sozialdemographische Daten von Herzinfarktpatienten, Münchner Medizinische Wochenschrift, Nr. 32/33, 1976).

Das Besondere an dieser Tabelle sind allerdings nicht die Verteilungsergebnisse vor dem 1. Infarkt, die auch an anderer Stelle schon in ähnlicher Form gefunden wurden. Fatal könnte aber die Tatsache sein, daß sich die Verteilung der Berufe nach dem Infarkt kaum unterscheidet von der Verteilung vor Infarkt. Das kann für den einzelnen Infarktpatienten heißen: Selbst bei einem Wechsel des Arbeitsplatzes hat er wiederum gute Chancen, einen Beruf zu ergreifen, der jedenfalls vorläufig als infarktgefährlich angesehen werden muß.

Nun kann eingewandt werden, die Ausübung des gleichen Berufes könne so unterschiedlich erfolgen, daß es nicht möglich ist, verallgemeinernde Schlüsse zu ziehen.

Dieses Argument verkennt zweierlei: Zunächst ist es nicht mehr zufällig, wenn z. B. 4,3mal so häufig von den Teilnehmern der Höhenrieder Langzeitstudie als Beruf „Kraftfahrer“ angegeben wird als in der vergleichbaren bayerischen Population.

Daß hier ein Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen besteht, kann kaum bestritten werden, wenn auch noch nicht geklärt ist, wie dieser Zusammenhang im Detail aussieht.

Zum anderen weisen die Ergebnisse darauf hin, daß offensichtlich selbst auf der begrifflichen Ebene des „Berufs“ gemeinsame Risikofaktoren in der jeweilig verschiedenen Ausfüllung des Berufes deutlich werden.

Wir müssen in diesem Zusammenhang z. B. den Beruf des Kraftfahrers als System von Risikofaktoren werten, ohne ihnen deswegen eine ausschließliche Verursacherfunktion zuschreiben

Tab. 1: Verteilung der Herzinfarkt-Patienten nach verschiedenen Berufen vor und nach dem HI, in Vergleich zur bayerischen Bevölkerung (in der Reihenfolge ihrer Überproportionalität).

Berufe	Vor Infarkt			Berufe	Nach Infarkt		
	Studie	Bayern	Faktor		Studie	Bayern	Faktor
Kraftfahrer	12,9	3,0	4,3	Kraftfahrer	10,2	3,0	3,4
Chemiearbeiter	2,2	0,8	2,8	Pförtner	3,7	1,5	2,5
Monteure	2,2	1,1	2,0	Tischler	3,5	2,3	1,5
Maler	3,2	1,8	1,8	Chemiearbeiter	1,0	0,8	1,3
Pförtner	2,6	1,5	1,7	Warenkaufleute	5,2	4,2	1,2
Drucker	2,1	1,3	1,6	Hilfsarbeiter	5,0	4,4	1,1
Tischler	3,6	2,3	1,5	Monteure	1,2	1,1	1,1
Warenkaufmann	6,1	4,2	1,4	Maler	1,9	1,8	1,0
Hilfsarbeiter	5,2	4,4	1,2				

zu können. Es ist also nicht erlaubt, diese Risikofaktoren bereits als Kausalfaktoren zu werten.

Trotzdem rechtfertigt sich aus der Erkenntnis solcher Risikofaktoren bereits die praktische Konsequenz, die darauf abzielen muß, Patienten mit überstandenem Infarkt (oder auch mit schwerem koronaren Herzleiden) unter Berücksichtigung des individuellen Falls von diesen „risikoreichen“ Berufen abzuraten.

Weiterhin kann geschlossen werden, daß es unter den häufigst vorkommenden Berufen einen „größten gemeinsamen Nenner“ von Risikofaktoren geben muß. Diesen größten gemeinsamen Nenner gilt es aufzuspüren, um vom pauschalierenden Begriff des Berufes zum differenzierenden der Tätigkeitsmerkmale vorstoßen zu können.

Zur Systematisierung des Streß-Begriffs

Zugang zu diesem Problem erhält man über eine Systematisierung des Streß-Begriffs aus medizinsoziologischer Sicht.

Eher verschleiend als erhellend sind belastende Faktoren des Arbeitsplatzes und der Umwelt pauschal als „Streß“ bezeichnet worden. Dies scheint jedoch nur dann sinnvoll, wenn Streß nicht als Phänomen zur scheinbaren Erklärung jeglicher Überbelastung herhalten muß, und damit schließlich nichts mehr erklärt.

Uns dient der Streß-Begriff zur Kennzeichnung eines Systems von Faktoren der Überbeanspruchung, in dem jeder Faktor für sich und in bezug auf andere wirkt. Damit ist gemeint: Die einzelnen Faktoren addieren sich nicht nur, sie potenzieren sich auch nur bedingt. Durch ihre Einbettung in ein System mit anderen Risikofaktoren können sie eine von sich selbst verschiedene Qualität erhalten. In verschiedenen Kombinationen mit anderen Faktoren wirkt der einzelne Faktor als möglicherweise unterschiedlich. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Der Faktor „Autonomie“ kann in einem Streß-System insgesamt minimierende Wirkung haben, wenn er dem Arbeitenden z. B. die Einteilung der Arbeitspausen freistellt, die Auswahl der Fahrtroute usw., ohne daß daraus inkonsistente Situationen oder negative Sanktionen für den Arbeitenden entstehen können.

Andererseits haben Untersuchungen gezeigt, daß der Faktor „Autonomie“ in anderen Streß-Systemen durchaus überbelastenden Charakter annehmen kann, etwa wenn der Arbeitende autonom Entscheidungen treffen kann, dabei aber gleichzeitig zwischen ver-

schiedenen Formen und Stärken der Sanktionierung seiner Arbeitsweise rechnen muß. Die Arbeit des Reparaturschlossers, der autonom genug ist, die Form der Reparatur und die Reihenfolge seines Vorgehens selbst zu bestimmen, dem aber drängelnde Kollegen über die Schulter schauen, die ihn unmittelbar sanktionieren, wenn er den Fehler von der Elektrik her einkreisend gesucht hat, obwohl er sich als Funktionsverlust der Mechanik herausstellte, ist dafür ein Beispiel.

Es ist daher durchaus hilfreich, die arbeitsplatzspezifischen Ursachen für die Entstehung von Streß-Systemen zu systematisieren, um dadurch leichter Zugang zum größten gemeinsamen Nenner zu finden. Als mögliche Einteilung schlagen wir vor:

1. *Stressoren, die unmittelbar in der Zeit- und Sachstruktur der Aufgabe liegen.* Dabei ist es zunächst gleichgültig, ob sie durch die Technologie des jeweiligen Produktionsprozesses oder durch dessen Arbeitsorganisation oder sogar durch Personen gesendet werden.

Hierzu ein Beispiel: Ein Arbeiter steht unter Zeitdruck, d. h. er muß entweder präzise Zeitermine einhalten oder aber die aufgewandte Arbeitszeit minimieren. Trotzdem muß er vielleicht Sicherheitsvorkehrungen oder umständliche bürokratische Formalitäten einhalten. Es stehen also der Erfüllung der Aufgabe sachliche Gegebenheiten des jeweiligen Produktionsprozesses entgegen. „Die Genauigkeit wäre nicht so beklemmend, wenn sie nicht unter Zeitdruck geleistet werden müßte, der Zeitdruck wäre nicht so schlimm, wenn nicht Genauigkeit gefordert wäre“ (Thoma 1964).

2. *Stressoren, die mit negativen oder positiven Sanktionen zusammenhängen, die an die Erfüllung der Aufgabe geknüpft sind.*

Dies ist der Fall, wenn ein Arbeiter beispielsweise zwischen zwei sich ausschließenden Erwartungen steht und damit in der Regel auch zwischen mehreren Sanktionsinstanzen. Ein klassisches Beispiel dafür ist die Position des Werkmeisters, der praktisch stets von seiner übergeordneten Stelle negativ sanktioniert wird, wenn seine Untergebenen ihn positiv sanktionieren. Setzt sich also ein Werkmeister für die Senkung der Taktgeschwindigkeit an einer Bandstraße ein, werden seine Vorgesetzten das in der Regel nicht begrüßen, wohl aber die unmittelbar physisch und psychisch betroffenen Arbeiter.

3. *Stressoren, die in unzureichenden Bedingungen zur Bewältigung einer Aufgabe liegen.* Dazu gehören auch mangelnde Hilfeleistungsbeziehungen

des Arbeitenden durch Kollegen, die Familie, aber auch durch Gewerkschaften und Verbände.

Diese Hilfeleistungsbeziehungen innerhalb von Arbeitsgruppen leiden häufig durch bestimmte Formen der Lohnfindung (vor allem Akkordarbeit). So stellte z. B. Kellner 1971 fest, daß in Gruppen, in denen einzelne Kollegen ständig gegen die informell festgesetzten Leistungsnormen verstoßen, häufiger Herzinfarkte auftraten als in Vergleichskollektiven.

Konsequenzen

Sowohl die Feststellung offensichtlich infarktgefährlicher Berufsgruppen, als auch die Risikofaktoren am Arbeitsplatz erlauben in bestimmten individuellen Fällen eine *Vermeidungsstrategie* des behandelnden Arztes oder entsprechender Institutionen. Dabei ist dieser Weg relativ „sicher“, denn obwohl letzte Klarheit über die Risikoprofile bestimmter Tätigkeitsmerkmale noch fehlt, rät man zum Vermeiden dieser Risikofaktoren und der entsprechenden Tätigkeitsmerkmale oder Berufe.

Schwieriger wird es, die Möglichkeiten einer *Anpassungsstrategie* zu nutzen. Abgesehen davon, daß dazu neben der detaillierten Analyse von Belastungssystemen auch die individuellen Beanspruchungsmuster (etwa gestaffelt nach der Stärke des Infarktes) genauer untersucht werden müßten, fehlen für die Auswahl von passenden Arbeitsplätzen auch noch Informationen auf konkreter Ebene.

Aber gerade darum muß es uns in nächster Zukunft gehen. Solange es nur möglich ist, vor bestimmten Arbeitssituationen zu warnen, ohne „entschärfte“ Arbeitssituationen empfehlen zu können, solange bleibt ein Arbeitsplatz oder gar Berufswechsel eine unsichere Angelegenheit, deren Vor- und Nachteile kaum abzuwägen sind. Vorläufig wird man sich also darauf beschränken müssen, von einigen Berufen ganz sicher abzuraten. Jedenfalls so lange, wie auf Belastungsfaktoren verschiedener Tätigkeiten so wenig Einfluß genommen wird wie bisher.

Darin sehen wir jedoch langfristig die wichtigste Aufgabe für Mediziner und Sozialwissenschaftler, die sie zusammen mit den Sozialpartnern lösen müssen, denn die Belastungen am Arbeitsplatz nehmen zu und es hätte wenig Zweck, ständig nur die damit verbundenen Auswirkungen kurieren zu wollen.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Soz. Friedrich Haub, Projektgruppe für sozialmedizinische Rehabilitation, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.