

Rainer Müller (1996): Krank weiterarbeiten und die Folgen! Vortrag beim Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB), Landesbezirk Niedersachsen/Bremen, Kongreß „Tarifverträge schützen – Lohnfortzahlung erhalten“, Hannover, 28.10.1996

Warum arbeiten Arbeiternehmerinnen und Arbeitnehmer weiter, obwohl sie krank sind?

Es lassen sich 3 Gründe angeben:

1. arbeiten sie weiter, weil sie um den Verlust ihres Arbeitsplatzes fürchten, denn man weiß aus Erfahrung, daß Leistungsgeminderte, d.h. auch Kranke, unter einem erhöhten Risiko stehen, gekündigt zu werden.
2. arbeiten sie weiter, weil sie bei der Einschränkung der Lohnfortzahlung, einen Einkommensverlust hinzunehmen hätten, der bei den sowieso vorhandenen Lohneinbußen deutlich spürbar wäre.
3. gehen Kolleginnen und Kollegen zur Arbeit bei Erkrankung, weil in der letzten Zeit ein Klima in der Bundesrepublik und auch in den Betrieben erzeugt worden ist, das Kranke und Leistungsgeminderte in ein ungutes Licht stellt. Es wird mit Unterstellungen, wie Leistungsunwilligkeit und Drückebergerei gearbeitet. Diese negativen Zuschreibungen will man als Person für sich vermeiden.

Die genannten Gründe, trotz Erkrankung zur Arbeit zu gehen, haben zweifelsohne einen Zwangscharakter. Gegen die objektive medizinische Notwendigkeit und das subjektiv erlebte Bedürfnis nach Ruhe, Erholung und Entspannung, nimmt man zusätzlich zum Unwohlsein, Müdigkeit und Abgeschlagenheit die Belastung auf sich und geht zur täglichen Arbeit. Dies ist als Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung als Mißachtung individueller berechtigter Erholungsbedürfnisse und damit auch als Mißachtung der Würdigung der bisherigen Arbeitsleistung und des Engagements im Betrieb zu verstehen.

Welche negative Bedeutung dies für den Erkrankungs- bzw. Heilungsprozeß hat, möchte ich mit einigen Überlegungen ansprechen. Gesundheits-, sozial- und eben auch arbeitspolitisch sind diese Strategien betrieblicher und überbetrieblicher Art - nämlich Minderung der Lohnfortzahlung auf 80 % - zur Senkung des Krankenstandes und zur angeblichen Kostenreduktion höchst problematisch und zeigen einen dramatischen Wandel unseres kulturellen, sozialpolitischen Klimas im Umgang mit Erkrankten, Leistungsgewandelten, Älterwerdenden und Behinderten.

Aber noch mehr als dies: Diese Pläne stehen in eklatantem gesundheitspolitischen Widerspruch zu den Plänen zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit und zur Erschwerung der Frühverrentung. Wenn jemand auf die Idee käme, die Dauer eines Profiboxkampfes von 12 auf 15 Runden zu erhöhen, so würde man vielleicht noch skeptisch mit der Stirn runzeln. Wenn dazu dann aber auch noch der Vorschlag käme: "Und wir kürzen oder streichen gleichzeitig die Erholpausen zwischen den Box-Runden", so würde man ihn nicht mehr ernst nehmen. Zu Recht.

Denn die Regeneration und Rekonvaleszenz nach abklingender Krankheit und noch mehr die Schonung während einer Krankheit sind durchaus gleichzusetzen mit den notwendigen "Erholpausen" im Rahmen sportlicher oder auch beruflicher Anstrengung. Mißachtet man dieses körperliche Grundbedürfnis, so rächt sich dies später meist umso mehr. Eine schwedische Untersuchung bei 6.000 Arbeitnehmern in über 200 Betrieben hat folgendes höchst aufschlußreiche Ergebnis gezeigt (1.): Beschäftigte, die öfter kurzzeiterkrankt sind, die sich also konsequent bei leichteren Erkrankungen "Erholpausen" nehmen, sind im Alter sehr viel seltener als andere langzeiterkrankt. Wer häufiger auf die innere Stimme seines Körpers hört, treibt nicht Raubbau mit seinen Kräften und trägt dazu bei, die später immens hohen Kosten von chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter (medizinisch, Entgeltfortzahlung) zu vermeiden.

Welche Folgen stellen sich ein, wenn zur Erholung bzw. Wiedergenesung von einer Erkrankung, Ruhe, Entspannung und Erholung nicht gewährt werden? Im Vordergrund meiner Überlegungen stehen die Folgen für die Person, bezogen auf Gesundheit/Krankheit wie auch auf ihre Lebenserwartung bzw. vorzeitiger Tod. Zu bedenken sind sicherlich ebenso die Folgen für die Familie, für den Betrieb wie auch für die sozialpolitischen Sicherungssysteme, wie z.B. die Krankenversicherung, die die späteren Folgewirkungen, nämlich Zunahme von chronisch Erkrankten und damit Anstieg der monetären Kosten zu bewältigen haben.

Bei dem Bemühen um eine Antwort auf die Ausgangsfrage, muß man sich mit folgenden Komplexen auseinandersetzen:

1. Wie sieht die tatsächliche Situation von Morbidität und Mortalität, von Erkrankung und Sterblichkeit bei der Erwerbsbevölkerung, differenziert nach Branchen, Berufen, Tätigkeiten, Belastungen/Beanspruchungen, Streßsituationen sowie Alter, Geschlecht und Nationalität aus?
2. Mit welchen Formen von Belastung und welchen Typen von Arbeitsstreß und in welchen Ausmaßen waren und sind Beschäftigte konfrontiert? Welche Kompetenzen, Rechte, Unterstützungen (Ressourcen) standen und stehen ihnen zur Verfügung, um mit den negativen Beanspruchungen erfolgreich umgehen zu können?
3. Welche wissenschaftlichen Konzepte und Ergebnisse zur Verursachung und Entstehung von Erkrankung, eben auch von arbeitsbedingten Erkrankungen liegen vor?
4. Welche wissenschaftlichen Vorstellungen und Erkenntnisse zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit haben sich theoretisch und praktisch bewährt?

Was wissen wir über die tatsächliche Situation von Morbidität und Mortalität in der Erwerbsbevölkerung? Hier soll nur eine zentrale Aussage herausgestellt werden, nämlich: Die soziale Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod ist auch Ausgangspunkt des 20. Jahrhunderts in sozial hochentwickelten und reichen Industriegesellschaften ein sozialer Tatbestand, nicht nur im Vergleich zwischen entwickelten und unterentwickelten Ländern, so auch in der BRD (2., 3.). Dies belegen Analysen auf Basis von amtlichen Statistiken und eigens erhobenen Daten. Sie zeigen einen engen Zu-

sammenhang zwischen sozialökonomischer Schicht, d.h. zwischen beruflichem Status sowie Einkommen und Indikatoren der Morbidität, Mortalität und Gesundheit. Zwar haben sich durchschnittliche Lebenserwartung und andere Gesundheitsindikatoren für die Gesamtbevölkerung im Laufe der Zeit verbessert, jedoch weisen Personen in den unteren sozialökonomischen Schichten (Hilfsarbeiter und angelernte ArbeitnehmerInnen) nicht nur eine höhere Sterblichkeitsrate auf, sie sind auch im Verlauf des Lebens häufiger krank und dies in einem jüngeren Alter (4.). Große Unterschiede fand man bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens. Die größten Differenzen in der Krankheitshäufigkeit zwischen den sozialen Schichten existieren in der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen. Selbst in Schweden und den Niederlanden hat sich in den 1980er Jahren die Ungleichheitsschere geöffnet (5.). Für Großbritannien wurden diese Tatbestände besonders genau erforscht (6., 7.). Anstelle vieler Tabellen und Statistiken hierzu nur zwei Zahlen: In Frankreich hat ein Professor im Alter von 35 Jahren statistisch gesehen noch eine weitere Lebenserwartung von rund 43 Jahren. Ein ungelernter Arbeiter darf hingegen im Durchschnitt nur noch mit 34 weiteren Jahren rechnen (8.).

In der Bundesrepublik ist die Berichterstattung und Forschung über soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod unterentwickelt. Die vorliegenden empirischen Befunde allerdings weisen eindeutig die soziale Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod aus (9.)

In der Bilanzierung der Forschungsergebnisse wird der Schluß gezogen, daß der sozialökonomische Status, die soziale Lage der Person bzw. der Gruppe den Hauptgrund für die Unterschiede abgibt. Je niedriger der soziale Status, also Einkommen, Qualifikation, Qualität der Erwerbsarbeit und der allgemeinen Lebenssituation, umso größer die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und vorzeitig zu sterben (10.).

Die Annahme, daß mit zunehmendem Alter quasi automatisch als natürlicher Prozeß durch chronische Erkrankungen und Behinderungen sich eine mindere Lebensqualität einstellt, wird durch Studien nicht belegt (11.). Eine Langzeitstudie über 25 Jahre kommt zu der Aussage, daß zwar die Zahl der chronischen Einschränkungen für alle untersuchten Personen unabhängig von der sozialen Schichtzugehörigkeit mit dem Alter ansteigt, jedoch eine deutliche Differenz zwischen den unteren zu den oberen sozialen Schichten beim Eintritt der chronischen Erkrankung sich zeigt. Für die oberen sozial-ökonomischen Schichten gilt, daß, wenn überhaupt chronische Erkrankungen auftreten, sie ins hohe Alter verschoben sind. In den unteren und mittleren sozialen Schichten treten solche Chronifizierungsprozesse als Manifestationen deutlich früher (etwa 10 Jahre) auf.

Die sozialökonomische Situation von Personen bzw. Gruppen konstituiert also ihr soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden, d.h. ihre Gesundheit.

Welches Wissen über Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von Erwerbsarbeit haben wir?

Gesundheit ist Ausdruck einer individuellen Lebensgeschichte, d.h. Ergebnis einer tätigen Auseinandersetzung mit den inneren Bedürfnissen und den äußeren Arbeits- und Lebensumwelten.

Der Mensch als lebendiger Organismus ist auf ökologische Situationen, Umwelten, eben auch der Arbeitswelten, bezogen. Dies erfolgt durch Informationen zwischen den situationalen Kontexten einschließlich der sozialen in der fließenden Gegenwart. Über

biorhythmische Regulation werden die Prozesse koordiniert und gekoppelt. Dem Gehirn kommt mit seinem Gedächtnis eine zentrale Steuerungsfunktion zu. Das Körperliche ist so gesehen ein geronnener Lebensprozeß, in den das artspezifische und individuelle Gedächtnis eingeschrieben ist. Das Körperselbstbild, d.h. das eigene "Ich" mit seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen ist das Produkt der Lebenstätigkeit in der Biographie, d.h. eben auch Arbeitsbiographie. In dieser tätigen Vermittlung zwischen inneren und äußeren Raum-Zeit-Strukturen, in denen Gleichgewichte (Homöostase) aufrechterhalten bzw. wieder hergestellt werden, bildet sich ein "funktionales Optimum" (12.) heraus, was als Gesundheit bezeichnet werden kann. In der Ottawa-Deklaration der WHO kommt dies zum Ausdruck, wenn es dort heißt: "Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können".

Arbeit ist eine Bedingung von Gesundheit, jedoch auch Quelle von Gesundheitsgefährdung und Schädigung.

Psychologie und Soziologie - Streßforschung - haben herausgefunden, daß gesundheitsförderlich diejenigen Arbeitsbedingungen sind, die ein günstiges Verhältnis von Zuständen der positiven und negativen emotionalen Befindlichkeit herbeiführen. Als gesundheitsgerecht erweist sich eine Arbeit, wenn Voraussetzungen für optimale Aktiviertheit geschaffen sind, Gelegenheiten zur Selbstverwirklichung geboten werden und die Entfaltung von Kompetenzen und produktivem Verhalten möglich ist. Außerdem ist wichtig, daß die eigene Tätigkeit als sinnvoll erlebt wird und zu einem persönlichen Engagement motiviert. Weiterhin müssen Autonomiebedürfnisse der Person und eigene Kontrollüberzeugungen sowie Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit befriedigt werden (13.).

Zur Pathogenität von Erwerbsarbeit liegen zahlreiche empirische und theoretische Befunde vor. Nicht nur zu den klassischen Risiken, wie Arbeitsunfall und Berufskrankheit (14.), sondern ebenso zu dem Themenkomplex arbeitsbedingte Erkrankungen haben Belastungs-Beanspruchungs-Forschung, Streßstudien sowie epidemiologische Analysen das Risikos Erwerbsarbeit offenkundig gemacht (15., 16.).

Auf die Verursachung und Entstehung von Herz-/Kreislauferkrankungen möchte ich in diesem Zusammenhang näher eingehen:

Herz-/Kreislauferkrankungen sind bei dem Geschehen der Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen, neben grippalen Infektionen und Wirbelsäulenerkrankungen, die häufigsten Krankheiten. In den Industrieländern gehören Herz-/Kreislauferkrankungen und hier besonders die coronaren Herzkrankheiten wie auch die Gefäßerkrankungen des Gehirns, zu den vorrangigen Todesursachen (17.). Diese Gruppen haben eine hohe Sterblichkeit für Männer unter 65. Mehr als die Hälfte der Todesfälle mit Herz-/Kreislauferkrankungen gehen auf plötzlichen Herztod zurück (18.). Eine wachsende Anzahl von experimentellen, klinischen und epidemiologischen Studien hat in den letzten Jahren nachgewiesen, daß eine Reihe von spezifischen chemischen Stoffen und physikalischen Belastungen sowie psycho-soziale Risikofaktoren des Erwerbslebens eine Rolle bei der Entstehung der Herz-/Kreislauferkrankungen spielen. Insbesondere haben kombinatorische Wirkungen von chemischen Gefahrstoffen, Schichtarbeit, Lärm und Bewegungsarmut ein hohes Erkrankungspotential (19.). Die psychosoziale Streßforschung hat weiterhin auf die stressenden Einwirkungen über psychomen-

tale und sozioemotionale Erfahrungen aufmerksam gemacht. Die psychomentalen und sozioemotionalen Arbeitsbedingungen bekommen gerade in einer Zeit der verschärften Rationalisierung, Technisierung, Chemisierung und Automatisierung mit den Konsequenzen für erhöhte Flexibilität und Mobilität sowie Arbeitsplatzunsicherheit und strukturelle Arbeitslosigkeit eine wachsende Bedeutung als Erkrankungsquelle. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang der wachsende Anteil von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Betrieb. Für die altersgerechte Gestaltung von Arbeit muß geklärt werden: Sind ältere Menschen streßempfindlicher? Beschleunigt psycho-sozialer Streß den Alterungsprozeß? Wie gesundheitsschädlich erweist sich psychosozialer Streß in Kombination mit z.B. Lärm, Gefahrstoffen, Infektionserregern, auch wenn es nur zu unterschweligen Einwirkungen kommt?

Die Streßstudien analysieren den Zusammenhang von Arbeitsanforderung mit den Fähigkeiten der Arbeitsperson, selbstbewußt, qualifiziert und kontrolliert mit den Anforderungen umzugehen. Bei den Personen, bei denen es zu einem Mißverhältnis zwischen Anforderung und Leistungsfähigkeit kommt, stellen sich sowohl auf der biologischen Ebene, gemessen an physiologischen Parametern wie z.B. Blutdruck, Gerinnungsfaktoren, Hormone, eine Disregulationen ein, die längerfristig zu Herz-/Kreislaufkrankungen führen. Diese Studien belegen besonders die sehr große Schädigungspotenz des Faktors "Verlust von Kontrolle über die Arbeitssituation". Dies meint ein starkes Erleben von Zwang, Mißachtung und Zeitdruck. Auf der Erlebensdimension wirkt als stressend ein Mißverhältnis zwischen hoher, erbrachter Qualität in der Arbeitsleistung zu der Belohnung (Gratifikation), die man vom Betrieb dafür zurückbekommt, sowohl auf der finanziellen wie auch auf der sozialen bzw. emotionalen Ebene. Das Mißverhältnis von Arbeitsleistung und Gratifikation führt zu einer Demoralisierung und Entmutigung, erst recht wenn es verbunden ist mit den Erfahrungen von Arbeitsplatzunsicherheit und Leistungsdruck (20.).

Für die Frage nach den Folgen, wenn denn bei Krankheit weitergearbeitet wird, läßt sich folgende Zwischenbilanz ziehen: Die Situation wird als Fremdbestimmung, als Kontrollverlust, als Zwang von den Betroffenen erlebt. Dieses Erleben wirkt als enormer psychomentaler-sozioemotionaler Stressor. Solche Stressoren haben sowohl einen akuten als auch langfristigen negativen Effekt auf den Erkrankungs- bzw. Heilungsprozeß. Sie führen zu einer Chronifizierung der Erkrankung, zu einer Verschlechterung des Heilungsprozesses. Das Mißverhältnis zwischen persönlichem Arbeitsinsatz und Würdigung sowie Wertschätzung stellt ein Risikofaktor dar, der die Wahrscheinlichkeit der Verschlimmerung und Förderung von Erkrankungen, so auch von Herz-/Kreislaufkrankungen, einschließlich coronaren Herzkrankheiten wie auch von einem akuten Myokardinfarkt verstärkt, erst recht, wenn bereits Vorschädigungen vorliegen. Einschlägige Erkenntnisse wurden in fortlaufenden Kohortenstudien einer größeren Zahl von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gewonnen. Sie lassen sich durch moderne Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie belegen.

Die Psychoneuroimmunologie hat nachgewiesen, daß bewußte, vor- und unbewußte Vorgänge in unserem Gehirn, also Gedanken, Einschätzungen, Wünsche, Emotionen, Wahrnehmungen, sich auf die Funktionsfähigkeit unseres Immunsystems auswirken. Das Immunsystem bekämpft Bakterien und Viren, stellt Antikörper her und wehrt eine Krebsentstehung ab.

Psychomentale-sozioemotionale Stressoren, wie hier die Erfahrung von Zwang und Mißachtung, schwächen die Immunkompetenz, indem Abwehrfunktionen, wie Bildung

neuer Lymphozyten (weiße Blutkörperchen) und ihre Ausschüttung in den Blutkreislauf, die Herstellung von Antikörpern als Reaktion auf Infektionserreger und die Kommunikation vermittelt Botenstoffe unter den Lymphozyten gestört werden (21).

Wie gesundheitsschädlich ist eine chronische Unterdrückung der Immunfunktion, der Abwehrfähigkeit? Wird man dann anfälliger für Krankheiten oder, wenn man bereits Vorschäden, wie Bluthochdruck, Arteriosklerose oder Diabetes hat oder an chronischen Infektion der Atemwege leidet, leichter krank? Erhöht streßbedingte Immununterdrückung das Risiko und den Schweregrad von Erkrankung? Welche Chance hat die Immunfunktion, also die Abwehrfähigkeit einer Person, sich wieder zu erholen im Falle einer Grippe mit Fieberschüben, wenn die Person gezwungenermaßen zur Arbeit geht?

Zahlreiche Forschungsergebnisse deuten darauf hin, daß Streß tatsächlich das Immunsystem schädigen und das Erkrankungsrisiko ansteigen läßt. Nicht nur massive Streßfaktoren, wie Tod eines Lebenspartners oder eheliche Streitigkeiten, sondern auch alltägliche Stressoren, wie die des Arbeitslebens oder emotionaler Streß in Form der Nötigung, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen, vermindern die Immunfunktionen und werden mit erhöhter Krankheitsanfälligkeit in Verbindung gebracht. Über die Ereigniskette Chronifizierung von Gesundheitsschädigungen wird ein Verschlimmerungsprozeß angestoßen, der u.U. auch zu einem vorzeitigen Sterben führt. Solche Zusammenhänge sind nicht nur in Studien über Herz-/Kreislauf-Krankheiten, sondern auch in Untersuchungen zum Zusammenhang von psychosozialen Streß und Krebs gefunden worden (22). Psychisch stärker belastete Personen sind weniger widerstandsfähig gegenüber Atemwegsinfektionen (23.).

In der Psychoneuroimmunologie wird zwischen dem psychosozialen Streß und dem Erkrankungs- bzw. Sterberisiken folgende Stadien angenommen:

1. Es wirken verschiedene Muster und Häufigkeiten von Stressoren. Die Muster und Häufigkeiten der Stressoren variieren auch in der Arbeits- und allgemeinen Lebensbiographie der Person.
2. Die Variationen der einwirkenden Muster und Häufigkeiten bestimmen das Ausmaß und die Häufigkeit, mit der es individuell zu einer Streßantwort kommt mit den entsprechenden neuralen und hormonalen Effekten.
3. Das Ausmaß und die Häufigkeit der Streßantwort im Körper entscheiden über die Immunkompetenz.
4. Vom Niveau der Immunkompetenz wiederum hängt es ab, welche Krankheiten sich einstellen und wie leicht man ihnen widerstehen kann. Allerdings gibt es zwischen Immunkompetenz und der Erkrankung keine eindeutigen direkten Beziehungen, sondern komplexe Verbindungen, die im einzelnen auch bei den verschiedenen Erkrankungen noch nicht in Gänze verstanden werden. So haben aber die Forschungen zu AIDS wie auch zu Krebs zutage gebracht, daß sich psychosozialer Streß auf den Verlauf von AIDS- wie auch bestimmten Krebserkrankungen nachteilig auswirkt. Psychosoziales Wohlbefinden hat einen krankheitslindernden oder sogar heilenden Effekt.

"Die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer zu fördern und zu schützen" ist eine Forderung, die im § 75.2 des Betriebsverfassungsgesetzes erhoben wird. Daß der Zwang, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen, diesen Absichten nicht eben entgegenkommt, daß die Einschränkung der Entgeltfortzahlung ein sozialer und kultureller Schritt (freilich mit Siebenmeilenstiefeln) zurück ist - dies ist das eine. Daß indes aus medizinischer und gesundheitspolitischer Sicht der Zwang, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen, mittel- bis langfristig die aktuellen gesundheitsökonomischen und damit gesellschaftlichen Probleme weiter verschärfen wird, dies ist das andere, was festzuhalten bleibt. Je mehr von Politik Gestaltungskonzepte und Lösungen für die weitere Zukunft verlangt sind, umso mehr scheint es, als würde völlig konträr dazu der Zeithorizont auf ein "Heute und die nächsten Tage" eingeschränkt.

Literatur

1. Froemer, F.: Gesünder durch "Krankfeiern"? Coping - Kurzzeiterkrankungen als Sicherheitsventil für die Gesundheit, in: Soziale Sicherheit, 1, 1991, S. 20f
2. Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen 1994
3. Oppholzer, A.: Wenn Du arm bist, mußt Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit, Hamburg 1986
4. Whitehead, M.: The health divide. In: Inequalities in health, London 1992, S. 263
5. Whitehead, M., ebenda, S. 215-356
6. Abel-Smith, B.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die britische Diskussion. In: Zeitschrift für Sozialreform Heft 3/4 1990, S. 169-178
Townsend, P.: Individuelle oder gesellschaftliche Verantwortung für vorzeitigen Tod? In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 3/4 1990, S. 178-201
Whitehead, M., ebenda, S. 215-356
7. Townsend, P., Davidson, N.: The Black report. In: Inequalities in health, London 1992, S. 1-213
8. Proebsting, H.: Entwicklung der Sterblichkeit, in: Wirtschaft und Statistik, H.1, 1984
9. Ritz, H.-G.: Soziale Ungleichheit vor Tod in der Bundesrepublik Deutschland, Bremerhaven 1992
Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Lage. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen 1994
Vogel, J. u.a.: Inequality in Sweden. Trends and Current Situation, Stockholm 1988

10. Abel-Smith, B., ebenda, S. 169-178
11. House, J.S., Kessler, R.C. u.a.: Age, Socioeconomic Status, and Health: In: The Milbank Quarterly, Band 68, Nr. 3, 1990, S. 383
12. Löther, R.: Gesundheit und Krankheit. In: Hörz, H. u.a. (Hg.): Wörterbuch Philosophie und Naturwissenschaften, Berlin/DDR 1983, S. 323-324
13. Ulich, E.: Arbeitspsychologie, Zürich 1994
14. Konietzko, J., Dupuis, H. (Hg.): Handbuch der Arbeitsmedizin, Landsberg, München, Zürich 1989
15. Milles, D., Müller, R. (Hg.): Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt 1985
16. Karasek, R.A., Theorell, T.: Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life, New York 1990
17. Feachem RGA, Kielstrom T., Murray CJL.: The health of adults in the developing world, Oxford 1992
18. Löwel, H., Dobson, A., Keil, U. et.al.: Coronary heart disease case fatality in four countries. A community study, in: Circulation, 1993, 88, p. 6
19. Kristensen, T.S.: Cardiovascular diseases and the work environment. In: Cheremisinoff, P.N. (Ed.), Encyclopedia of Environmental Control Technology, Houston 1994, Vol. 7, pp. 217-243
20. Siegrist, J.: Soziale Krisen und Gesundheit, Göttingen 1996
Evans, R.G., Morris, L.B., Marmor, Th. R. (Ed.): Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health of Populations, Berlin/New York 1995
21. Ader, R., Velten, D., Cohen (Hg.): Psychoneuroimmunology, San Diego 1991
22. Selye, H. et al. (Eds.): Cancer, Stress and Death, 2nd rev. edn., New York, 1989
Levy, S.M.: Behavior and Cancer. Life-Style and Psychosocial Factors in the Initiation and Progression of Cancer, San Francisco, London 1985
23. Cohen, S., Tyrrel, D., Smith, S.: Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold, in: New England Journal of Medicine, 1991, 325, p. 606