

Christian von Ferber

Erkenntnisfortschritte in der Arbeits- und Streßforschung seit Beginn des HdA-Programms

Abstract

Für die Abschätzung des Erkenntnisfortschritts in der arbeitssoziologischen Forschung werden in Weiterführung von R.K. Merton 4 Beurteilungsdimensionen herangezogen: Generierung von Theorien mittlerer Reichweite, Paradigmenwechsel, Verknüpfung von sozialpolitischer Normsetzung und Implementationsforschung, Generierung neuer Feldzugänge.

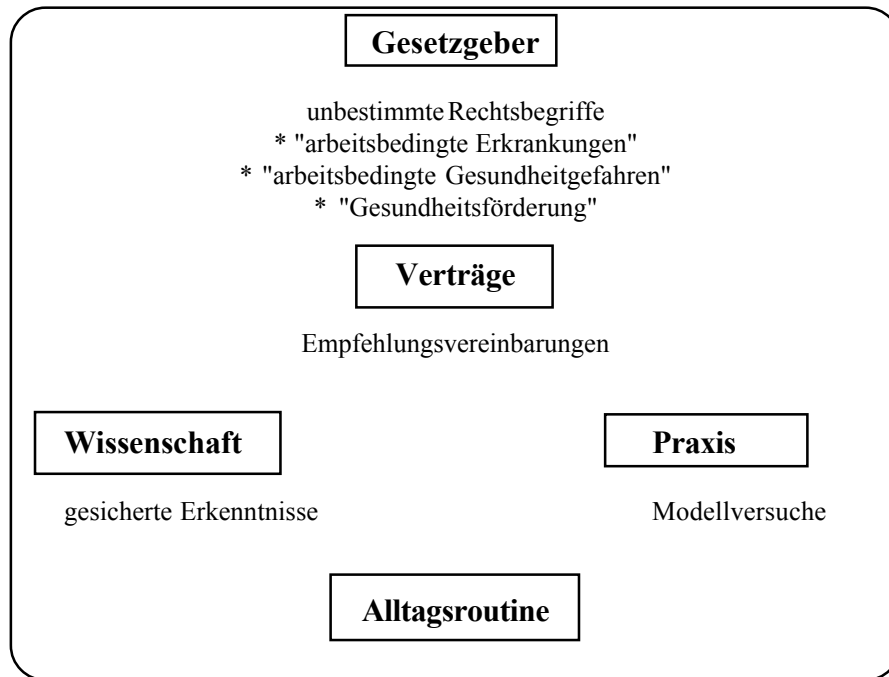
Die Streßforschung bildet ein Schlüsselthema für die soziologische Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen und für die betriebliche Gesundheitsförderung. In allen vier Beurteilungsdimensionen können wesentliche Erkenntnisfortschritte durch das HdA-Programm festgestellt werden. Die Frage: Hat das HdA-Programm zum Fortschritt in der Arbeits-, insbesondere der Streßforschung beigetragen, kann daher eindeutig positiv beantwortet werden.

Die Vorstellung von Wissenschaft verbindet sich mit Fortschritt, genauer gesagt mit Erkenntnisgewinn. Diese Vorstellung liegt ausgesprochen den für das Programm *Humanisierung des Arbeitslebens* wegweisenden Bestimmungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zugrunde.

Es sollen die "gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse von der menschengerechten Arbeitsgestaltung" (§§ 90/91 BetrVG) angewendet werden. Diese Bestimmung macht nur dann Sinn, wenn die gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse zumindest mit den technischen und wirtschaftlichen Veränderungen schritthalten.

Der Schutz gegen "arbeitsbedingte Erkrankungen" (ASiG) und neuerdings gegen "arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren" ebenso wie die "betriebliche Gesundheitsförderung" (SGB V § 20) bauen darauf, daß die als unbestimmte Rechtsbegriffe erlassenen Arbeitsschutznormen durch methodisch gesicherte Erkenntnisse aufgefüllt werden, um in der Praxis angewendet zu werden (Abb. 1).

Pöhler und Peter haben in der Mitteilung ihrer "Erfahrungen mit dem Humanisierungsprogramm" (1982) zurecht darauf aufmerksam gemacht, daß die programmatische Inpflichtnahme der zum Arbeitsschutz beitragenden Wissenschaften auch wissenschaftsimmanent Neuorientierungen und Innovationen erwartet.

Abb.1.: Regelungsebenen der Gesundheits- und Sozialpolitik

- Die Zusammenarbeit über die Fachgrenzen hinweg, nicht "Reduktion der Komplexität" durch Spezialisierung, sondern problemorientierte "Bewältigung der Komplexität" durch gemeinsame Anstrengung,
- Öffnen der Zielfindungs- und Arbeitsprozesse der Forschung für die Beteiligung der arbeitenden Menschen,
- Strategisches Denken im Hinblick auf die Folgen technischer und arbeitsorganisatorischer Veränderungen.

Pöhler und Peter haben mit diesen Erwartungen Kriterien für eine *Evaluation* des Beitrages der Arbeitswissenschaft zum Humanisierungsprogramm formuliert und aus ihrer Sicht das Urteil gesprochen: "Gewogen und zu leicht befunden".

Mir geht es in meinem Beitrag nicht um eine Evaluation, sie müßte ohnehin materialreicher angelegt sein, als das im Augenblick möglich ist. Es geht mir nicht um die Frage: Was haben die Arbeitswissenschaften zum HdA-Programm beigetragen, sondern um eine Beschäftigung mit der Frage: Hat das HdA-Programm zum Fortschritt in der Arbeits-, insbesondere der Streßforschung beigetragen?

Das Thema "*Kumulativer Erkenntnisgewinn der Arbeitswissenschaften am Leitfaden der Streßforschung*" betrifft wissenschaftsimmanente Prozesse, die zu Fort-

schritten

- in der Gewinnung der Daten, einschließlich der Forschungsmethoden, mit denen sie gewonnen werden,
- in der Theoriebildung und
- in den Methoden der Datenanalyse und -interpretation führen.

Zur Bewertung dieser *wissenschaftsimmanenten Prozesse* bedarf es der Kriterien, unter denen Projekte, Projektdesign, Forschungsergebnisse, aber auch die Diskussion über Forschung selbst hinsichtlich des Erkenntnisfortschritts beurteilt werden können. In Anknüpfung an R. K. Merton und in Weiterführung und Zuspitzung seiner Überlegungen, die auf die *kumulative Erkenntnisgewinnung in der Soziologie* gerichtet sind, möchte ich auf die HdA-Forschung zum Streß folgende Kriterien vorschlagen.

Merton nennt zwei Beurteilungsdimensionen:

- *Theorien mittlerer Reichweite* diesseits gesellschaftstheoretischer Ansprüche und jenseits von Arbeitshypothesen zur Datensammlung und -Interpretation. Theorien mittlerer Reichweite verknüpfen Konzepte, um Beobachtungen logisch zu integrieren, die in der herkömmlichen Sicht, sei es die von Einzelprojekten, sei es die der Nutzer, nicht miteinander verknüpft werden. Neue Theorien mittlerer Reichweite überschreiten definitionsgemäß den bisherigen Erkenntnisstand und tragen zum Erkenntnisfortschritt bei (Merton 1957, 5/6).
- Paradigmatische Vorgehensweise in der Soziologie. Merton (1957, 12ff.) meinte damit die "strategischen Erfahrungen" in der Forschung. Beispiele hierfür sind bei Merton die funktionale Analyse (19ff.), für unser Thema das Belastungs- und Beanspruchungskonzept und die phänomenologische Arbeitssoziologie. Paradigmen fördern den kumulativen Erkenntnisgewinn in der theoretischen Interpretation. Daher sind sie ebenso wie Paradigmenwechsel ein Indiz für Erkenntnisfortschritt.
- Diese beiden Dimensionen sollte man - das wäre mein Vorschlag - für die Beurteilung des *Erkenntnisfortschritts in der Programmforschung* ergänzen um zwei weitere Dimensionen - Verknüpfung von sozialpolitischer Normsetzung und empirischer Forschung im Sinne von "*experimenteller Normsetzung*" einerseits - Normen werden gesetzt, um ihre Geltungsfähigkeit zu erproben, und *Wirkungs- oder Implementationsforschung* andererseits zur Korrektur geltender und zur Generierung neuer Normen. Programmbegleitende und -unterstützende Forschung richtet sich vor allem auf Rahmen- und Randbedingungen, unter denen Normen ihre soziale Verhältnisse gestaltende oder verändernde Wirksamkeit entfalten können. Der Forschung fällt dabei die Feststellung zu - mit Bertolt Brecht zu sprechen - "die Verhältnisse, sie sind nicht so." Forschung wird zur Normenkontrolle.
- Die Gewinnung neuer Zugänge zur gesellschaftlichen Wirklichkeit und damit die Erschließung und Rekonstruktion neuer beobachtbarer Felder sozialer Wirklichkeit.

Unter den genannten vier Dimensionen:

- Generierung von Theorien mittlerer Reichweite,
- Einführung eines neuen Paradigma der arbeitswissenschaftlichen Analyse,
- Verknüpfung von "experimenteller Normsetzung" und Implementationsforschung
- Generierung methodisch neuer Feldzugänge und auf dieser Basis die Rekonstruktion neuer beobachtbarer Wirklichkeiten

hat die Forschung zum psychosozialen Streß und eng damit verknüpft zu den arbeitsbedingten Erkrankungen und den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Gesundheitsförderung durchaus beachtliche kumulative Erkenntnisfortschritte aufzuweisen. Diese werden allerdings erst im Rückblick auf Jahrzehnte (!) sichtbar (Merton 1957, 617).

1 Neue Theorien mittlerer Reichweite

Streßforschung ist ebenso wie Forschung zu arbeitsbedingten Erkrankungen Bewältigungsforschung (Lucas 1993)¹. Die zunächst vorherrschende, wissenschaftlich-analytische Orientierung Stressoren, überdauernde Einstellungen, psychische oder biomedizinische Streßindikatoren zu identifizieren, auf dieser Basis kausal interpretierbare Zusammenhänge zwischen Stressoren einerseits und Streßreaktionen andererseits zu sichern (z. B. life-event Forschung oder Forschung zu Dauerstreß am Arbeitsplatz), mußte zunehmend vor der Komplexität der sich den Forschern eröffnenden Wirklichkeit kapitulieren (Chr. v. Ferber 1992). Die Generierung immer neuer Modelle auf hoch abstraktem Niveau (z. B. Lazarus 1981; Badura/Pfaff 1989) ist einerseits symptomatisch für die unbefriedigende Forschungssituation, reproduzierbare und prognosehaltige Zusammenhänge zu sichern, andererseits aber kein Ersatz für prognosefähige Theorie. Die unüberhörbaren Forderungen aus der Praxis, handhabbare Erkenntnisse für den Umgang mit der inzwischen unbestrittenen Tatsache der ubiquitären Bedeutung des psychosozialen Streß am Arbeitsplatz vorzulegen, haben der Streßforschung eine neue Wende gegeben: von der Belastungsforschung zur Gesundheitsförderung. Die damit verbundene theoretische Wende möchte ich am Beispiel der Gesundheitszirkel verdeutlichen (Slesina 1991, 1992; Chr. v. Ferber 1992).

Die Gesundheitszirkel nehmen Erfahrungen auf, die in der Krankheitsforschung während der vergangenen Jahrzehnte erarbeitet wurden (Badura 1981). Hier war allerdings die Ausgangslage einfacher, sie bahnte von vornherein den Weg in die Bewältigungsforschung. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Querschnittslähmung können nicht rückgängig gemacht werden; als Handlungsfeld steht nur der Umgang mit den psychischen und zwischenmenschlichen Folgen offen. Coping, Bewältigungsstrate-

¹ Diese Arbeit gibt einen ebenso sorgfältigen wie umfassenden Überblick über den Stand der Literatur

gien sind gefragt. Persönliche und soziale Ressourcen, aber auch aktivierende Bewältigung in Selbsthilfegruppen bestimmen das Ergebnis der Streßbewältigung.

Psychosozialer Streß am Arbeitsplatz läßt weitere zusätzliche Handlungsfelder erkennen: die menschengerechte Arbeitsgestaltung. Das hat - rückblickend gesehen - den Weg in die Umsetzung erschwert, weil es zunächst die Suche nach *analytischen* gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen gefördert hat.

Gesundheitszirkel sind ein Weg, die persönlichen und sozialen Ressourcen des Einzelnen mit den betrieblichen Ressourcen der Organisationsentwicklung zu verknüpfen, um Stress am Arbeitsplatz aktiv zu bewältigen.

Eine Theorie der Gesundheitszirkel, deren Elemente zunehmend sichtbar werden (Slesina u.a. 1993), ist eine emergente, eine neue Theorie mittlerer Reichweite im Sinne von R. K. Merton. Sie integriert die Streßbewältigung am Arbeitsplatz mit der Organisationsentwicklung und verbindet ihre Erfahrungen und Beobachtungen mit denen aus der Krankheitsbewältigungsforschung. *Sie verbindet theoretisch mehrere, bisher getrennt bearbeitete Felder empirischer Forschung.* Sie verknüpft das Problemlösungsverhalten in Organisationen mit der Bewältigung individueller Probleme. Die bei der Belastungsforschung ständig gegenwärtige Gefahr, psychosozialen Streß auf seine biomedizinischen Folgen zu reduzieren, wird mit der Eigenständigkeit der psychosozialen Dimension der Gesundheitsförderung vermieden.

2 Neues Paradigma der arbeitswissenschaftlichen Analyse

Gängiges Paradigma, auch für die Forschung zum psychosozialen Streß am Arbeitsplatz, zu den arbeitsbedingten Erkrankungen und Gesundheitsgefahren, ist das Belastungs- und Beanspruchungskonzept (Slesina u.a. 1988) Dieses Konzept verliert jedoch erheblich an analytischer Schärfe, wenn - wie beim psychosozialen Streß - die Belastung "im Auge des Betrachters liegt". "Wahrgenommene Belastungen" zu "wahrgenommenen Beanspruchungen" in Beziehung zu setzen, ist künstlich und wird damit willkürlich. Sie mit biomedizinisch gemessenen Streßindikatoren wie Pulsfrequenz, Hautwiderstand, Katecholamin-Ausschüttung zu verknüpfen, verletzt den Grundsatz der Eigenständigkeit der psychosozialen Dimension.

Eine Orientierung am Paradigma der phänomenologischen Arbeitssoziologie (Pöhler 1991) löst die logischen und methodischen Probleme auf eine überzeugende Weise. Denn dieses Paradigma macht das Arbeitssubjekt zum Ausgangs- und Endpunkt der Analyse. Pöhler und Peter (1982) haben in ihrer Evaluation des HdA-Programms dieses Paradigma konsequent und mit überzeugendem Ergebnis angewendet. Auf allen Ebenen des Forschungs- und Entwicklungsprogramms zur Humanisierung des Arbeitslebens fordern sie nicht nur die Beteiligung der Beschäftigten ein, sondern sie

geben Lösungen oder wenigstens Bedingungen für Lösungen an, wie diese Beteiligung praktisch gesichert und hergestellt werden kann.

Streßerfahrungen am Arbeitsplatz sprengen das traditionelle Schema von "externer", genauer gesagt, von subjektexterner Belastung und "innerer" Beanspruchung. Sie führen damit an die Grenze eines Begriffs von menschlicher Arbeit heran, der von dem menschlichen Subjekt der Arbeit abstrahiert. Menschliche Arbeit ist in diesem Schema die Bereitstellung und die Abgabe von muskulären und intelligenten Leistungen nach Vorgabe von positionsbezogenen und situativen Anforderungen. Konsequenter Weise spricht die Arbeitswissenschaft in einer depersonalisierten Form von "Arbeitssystem", aber auch der Soziologe von Arbeits- und Berufsrolle.

Neben diesem "objektiven" depersonalisierten Begriff von menschlicher Arbeit gibt es jedoch einen "subjektiven" Arbeitsbegriff, der die *Subjektbezogenheit menschlicher Arbeit* in das Zentrum der Überlegungen rückt. In der Arbeitssoziologie hat er eine beachtliche Tradition hinter sich, die sich mit Bahrtdt (1953, 1958), H. Popitz u.a. (1957), Pöhler (1969) verbindet. Seine wesentlichen Merkmale sind:

- Arbeit und Arbeitssituation sind auf ein Handlungssubjekt bezogen. Dieses strukturiert durch seine Wahrnehmung und sein Handeln die Situation
- Arbeitsanforderungen sind stets wahrgenommene, interpretierte und vor allem internalisierte Anforderungen; letzteres macht betroffen und verletztlich.

Die phänomenologische Arbeitssoziologie hat für die vom Subjekt in die Situation eingebrachten Leistungen den Begriff der "Intentionalität" eingeführt (Bahrtdt 1953, 1958; Pöhler 1991). Dieser Begriff betont die Leistungen, die das Arbeitssubjekt, also jeder Beschäftigte einsetzt, um eine Arbeitssituation in ihren Bedeutungsaspekten als für sich relevant zu konstituieren. In dem Begriff kommen mehrere empirisch meßbare Merkmale zusammen:

- die gerichtete Aufmerksamkeit,
- die selbstkontrollierte Wahrnehmung der Arbeitssituation (Konzentration),
- die Selbstbetroffenheit durch die Situation (Internalisierung von Arbeitsanforderungen, Verantwortung und Gesundheitsrisiko),
- die bewertende und verändernde Auseinandersetzung mit der Situation (Arbeits erleichterung, Verbesserungsvorschläge, aber auch Kritik, Resignation, Rückzug),
- das aktive Sich-einbringen in die Situation (Effort).

Der subjektive Arbeitsbegriff der phänomenologischen Arbeitssoziologie systematisiert die Primärerfahrungen der Beschäftigten aus der Perspektive der *Betroffenen* und *Handelnden*. Die Zuordnung einer Arbeitssituation auf ein wahrnehmendes und handelndes Subjekt ebenso wie die Strukturierung der Situation durch die Wahrnehmung des Subjekts sind kennzeichnende Merkmale dieses methodischen Zugriffs.

Psychosozialer Streß beeinträchtigt und gefährdet die Strukturierungsleistungen des Subjekts, weil die Situation z. B. als nicht beherrschbar, als konfliktthaft, als unangemessen, weil über- oder unterfordernd erlebt wird. Dies provoziert die Stress-

reaktion - den strain. Hieraus ergeben sich zwei wichtige Konsequenzen für die Bewältigung von Streß:

- Mit dem phänomenologischen Arbeitsbegriff verbindet sich ein Verständnis von Arbeitsorganisation, das diese als eine von Subjekten getragene Ordnung der Zusammenarbeit begreift. Organisatorische Veränderungen implizieren daher stets auch Veränderung der Subjekte in ihren Konstitutionsleistungen für die Arbeitssituation. Daraus ergibt sich eine eindeutige Vorzugsstellung für partizipative Formen der Organisationsentwicklung.
- Der Zugang zum psychosozialen Streß am Arbeitsplatz muß den Weg über die Wahrnehmung der Beschäftigten nehmen. Den empirischen Methoden der Sozialforschung kommt damit eine Vorrangstellung für die Feststellung von psychosozialen Streß als Arbeitsbelastung zu. Nur die Beschäftigten können letztlich darüber Auskunft geben, welche Arbeitsbedingungen ihre Konstitutionsleistungen für die Arbeitssituation und für die Arbeitsorganisation beeinträchtigen oder gefährden.

Der Schwenk von der Belastungsforschung zur Gesundheitsförderung ist ein Paradigmenwechsel vom Belastungs-/Beanspruchungskonzept zur phänomenologischen Arbeitssoziologie - und ein Erkenntnisfortschritt! Er ist auch ein Paradigmenwechsel im Arbeitsschutz vom normengeleiteten, durch Experten dominierten Arbeitsschutz zu einer beschäftigtenorientierten Arbeitsweise.

3 Verknüpfung von experimenteller Normsetzung und Implementationsforschung

Die Einführung des Begriffs "Arbeitsbedingte Erkrankungen" durch das ASiG war in seiner handlungsorientierenden Formulierung ein bewußter Vorgriff auf eine Erweiterung des Arbeitsschutzes in einen für den überkommenen Arbeitsschutz schwer zugänglichen Bereich hinein. Dem arbeitsbedingten Aufbrauch der Gesundheit im Vorfeld von Rehabilitation und vorzeitiger Berentung präventiv zu begegnen, sollte der Beitrag der Betriebe zur Prävention werden. Der Gesetzgeber baute mit seinem Vorgriff bewußt auf den Beitrag der Arbeitswissenschaften, insbesondere auf den der Arbeitsmedizin, der er mit dem ASiG ein Berufsfeld von großer praktischer Bedeutung geöffnet und gesichert hatte. Damit löste er nicht nur eine fruchtbare Kontroverse über das Selbstverständnis der Arbeitswissenschaften, insbesondere der Arbeitsmedizin aus, er bahnte nicht nur einer neuen Vorgehensweise zur Risikoabschätzung, der Epidemiologie, den Weg in den Betrieb (Betriebliche Epidemiologie, Betriebliche Gesundheitsberichte), auch forderte er nicht nur die Soziologie heraus, sich mit dem Arbeitsschutz zu beschäftigen, sondern dank HdA und anderer Förderprogramme brachte er eine größere Anzahl von Forschungsprojekten auf den Weg, deren Ergebnisse Grundlage für weitere gesetzgeberische Schritte wurden: das Gesundheitsreformgesetz mit dem 20 SGB V und seiner Verstärkung und Erweiterung im Gesundheitsstrukturgesetz. Inzwi-

schen gibt es auf der Grundlage dieser gesetzlichen Bestimmungen eine Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger (zum 1. Januar 1992) über die Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsverfahren. Der Text dieser Vereinbarung zieht aus den Ergebnissen vorliegender Untersuchungen bis hin zu wörtlichen Formulierungen praktische Konsequenzen für Gesundheitsberichte als eine Form des social monitoring in Abhebung von bio-monitoring und für die betriebliche Gesundheitsförderung (Die Betriebskrankenkasse 80. Jg. 1992, 220-222). Eine Wechselwirkung zwischen normsetzender Gesetzgebung und Implementationsforschung ist in einer durchaus beachtlichen Weise durch das HdA-Programm auf den Weg gebracht worden.

4 Generierung neuer methodischer Feldzugänge Auf dieser Basis: die Rekonstruktion neuer sozialer Gegebenheiten

Arbeitsbedingte Erkrankungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren haben nicht nur individuelle, sondern auch betriebliche und überbetriebliche soziale Folgen: sie führen zur zeitweisen Arbeitsunfähigkeit und zu vorzeitigem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß. Wegen ihrer sozialen Folgen werden sie routinemäßig dokumentiert bei den Krankenkassen und bei den Rentenversicherungsträgern, aber auch bei den Berufsgenossenschaften. Es ist daher verständlich, daß diese Daten, die primär für Zwecke der Sozialverwaltung erhoben werden, zu einer *sekundären* Nutzung für betriebsepidemiologische und arbeitssoziologische Auswertungen herausfordern. Projekte mit dieser Zielsetzung sind im HdA-Programm, aber auch in anderen Programmen wie z.B. "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" gefördert worden. Ein Ergebnis dieser Förderung stellen die routinemäßig von den Krankenkassen erstellten betrieblichen Gesundheitsberichte dar, ein anderes Ergebnis zeichnet sich mit der Zielsetzung der Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände von Kranken- und Unfallversicherung ab, einen gemeinsamen Datenkörper für ein routinemäßiges Gesundheitsmonitoring aufzubauen.

Jeder soziologischen Beobachtung wohnt ein konstruktives Element inne, weil der *Standort der Beobachtung und die bedeutungsbezogene ebenso wie die methodisch fixierte Aufmerksamkeit das Beobachtete bestimmt*. Ob soziale Wirklichkeit - wie Max Weber postulierte - "amorph" ist und erst durch die soziologische Beobachtung Gestalt gewinnt, mag dahingestellt bleiben; in jedem Fall ist soziale Wirklichkeit prozeßhaft. Die Dokumentation von Kranken- und Rentenversicherung erfaßt personenbezogene bzw. prinzipiell personenbeziehbare Ereignisse: Eintritt und Austritt aus der zeitweisen Arbeitsunfähigkeit, Eintritt in die vorzeitige Rente und deren Begründung sowie Eintritt und Austritt aus der Arbeitslosigkeit etc. Diese Ereignisse werden mit den Verfahren, die ihrer Dokumentation dienen, standardisiert, wie gesagt: Standort und Verfahren der Beobachtung bestimmten das Beobachtete. Die auf diese Weise abgebildete und

geronnene, weil dokumentierte soziale Wirklichkeit wird in einem zweiten Beobachtungsprozeß der Sekundäranalyse auf ihren medizinisch-epidemiologischen und sozial-epidemiologischen Gehalt befragt. Die hierfür einzusetzenden Verfahren der Sekundäranalyse "konstruieren" eine neue soziale Wirklichkeit: z.B. Arbeitsunfähigkeit als Indikator für Arbeitsbedingtheit (Slesina 1987; L. von Ferber 1988; Frentzel-Beyme u.a. 1990).

Die Erschließung der Daten der Sozialversicherungsträger in großem Umfang bedeutet daher für die Arbeits- und Streßforschung nicht nur die Gewinnung eines neuen Zugangs zur Realität von Krankheit, zu arbeits- und streßbedingten Krankheiten, sondern auch zu einer neuen, in Dokumenten geronnene Realität. Ganz neue Beobachtungen werden durch die Sekundäranalyse der Daten der Sozialverwaltungen in breitem Maßstab möglich. Dieser Situation hat die Methodologie der empirischen Sozialforschung bisher zuwenig Aufmerksamkeit zugewendet.

Da empirische soziologische Forschung überwiegend, um nicht zu sagen ausschließlich, Arbeit an selbsterhobenen Primärdaten ist, beschäftigt sich die Methodologie der empirischen Sozialforschung nur ausnahmsweise mit den Methoden der Sekundäranalyse. Herausragende Ausnahmen sind die Beiträge etwa von Albrecht 1975 sowie von Klingemann und Mochmann 1975 in den "Techniken der empirischen Sozialforschung" von van Koolwijk u.a.

Die naheliegende Erwartung, die Wissenschaft könne die Daten der Sozialverwaltungen einfach "nutzen" (Bundesanstalt für Arbeitsschutz 1985) trägt. Übersehen wird in dieser Erwartung, daß die wissenschaftliche Arbeit schon bei dem Nachvollzug der Gewinnung der Daten in den administrativen Verfahren ansetzen muß. Verwaltungen, nicht der Forscher selbst oder nach seinen Vorgängen arbeitende Erhebungsinstitute, erheben nach ihren eigenen Zweckmäßigkeitvorstellungen die Daten. Inhalt und Struktur, aber auch Veränderungen dieser Daten, werden von verwaltungsinternen Gesichtspunkten bestimmt. Anders als bei den Erhebungen der Statistischen Ämter, die die Wissenschaft auch "sekundär" nutzt, gibt es für Sozialverwaltungsdaten keine methodische Dauerkontrolle, auch keine öffentliche Diskussion über Veränderungen. Was bei der Arbeit mit selbsterhobenen Daten als schlechter Standard gilt, Forschungshypothesen und Daten aneinander anzugleichen, ist bei der Arbeit mit Sekundärdaten die Regel. Es ist zu prüfen, welche Hypothesen überhaupt an dem Material geprüft und ferner wie die Verwaltungsdaten aufbereitet werden müssen, um gehaltvolle Hypothesen prüfen zu können. Ein- und Ausschlußkriterien werden im Nachhinein formuliert (Chr. v. Ferber 1994).

Diesen - aus der Sicht der Methodologie der Primärdaten - Nachteilen stehen allerdings erhebliche Vorteile gegenüber. Es werden reale Ereignisse, keine vom Forscher erzeugten Ereignisse abgebildet, daher gibt es keinen Interviewer- oder Recall-Bias. Die Datensätze sind vollständig, es entstehen keine Probleme mit den Non-Response. Kontinuierliche Langzeitbeobachtungen, die in der Primärdatenforschung nahezu unüberwindliche Schwierigkeiten (Organisation und Kosten) aufwerfen, kön-

nen problemlos durchgeführt werden.

Ein Problem jedoch, das besondere methodische Anstrengungen zu seiner Lösung erfordert, werfen die im Verwaltungsprozeß nicht standardisierten Informationen, die ärztlichen Diagnosen und Gutachten, auf. Dieses Problem wird oft zu einem grundsätzlichen Einwand gegen die Verwendung von Daten der Sozialversicherung gemacht; in der Regel argumentieren mit diesem Einwand Mediziner, die nur einen beschränkten Einblick in die Methoden der Sozialforschung haben. Daß mit sprachsoziologischen, soziolinguistischen und kulturanthropologischen Methoden dieses Problem erfolgreich angegangen werden kann, wurde wiederkehrend gezeigt (L. v. Ferber 1971). Auch die Evaluationsforschung bearbeitet dieses Problem mit der Methode der sogenannten "internen Validierung". Sie eignet sich wegen der Vielzahl einander ergänzender Informationen aus den Daten der Sozialversicherung, insbesondere der Krankenkassen ausgesprochen für die Bearbeitung ärztlicher Diagnosen (Projekt "Patientenbezogene Verordnungsverläufe" 1991).

Wir können abschließend auf der vierten der einleitend genannten Beurteilungsdimensionen "Generierung neuer methodischer Feldzugänge" eine durchaus positive, die zukünftige Forschung stimulierende Wirkung des HdA-Programms und anderer Förderungsprogramme des BMFT auf die zum Arbeitsschutz beitragenden Wissenschaften feststellen.

Literatur

- Albrecht, Günther (1975): Nicht-reaktive Messung und Anwendung historischer Methoden; in: Jürgen van Koolwijk, Maria Wieken-Mayser, Techniken der empirischen Sozialforschung, 2. Bd. München, 9-81
- Badura, Bernhard (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt
- Badura, Bernhard, H. Pfaff (1989): Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 41. Jg., 644-688
- Bahrdt, Hans Paul (1953): Arbeitsplan einer industriesoziologischen Untersuchung, durchgeführt als Sozialforschung in einem Hüttenwerk des Ruhrgebietes, Manuskript (Archiv SOFI Göttingen)
- Bahrdt, Hans Paul (1972): Industriebürokratie. Stuttgart, 1958, 2. Aufl.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz (1985): Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit insbesondere Sekundäranalysen von Prozeßdaten der Kranken- und Sozialversicherer. Kolloquium in Dortmund
- von Ferber, Christian (1992): Arbeitswissenschaft - psychosozialer Streß - gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung; in: Arbeit, 1. Jg. 2, 123-143
- von Ferber, Christian: Fehlzeiten und Krankenstand - Forschungsansätze und offene Probleme; in: Arbeit, 3. Jg., 1, 40- 66

- von Ferber, Liselotte (1971): Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben. Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Bd. 43. Stuttgart
- von Ferber, Liselotte (1988): Die ambulante ärztliche Versorgung im Spiegel der Verwaltungsdaten einer Ortskrankenkasse. Stuttgart
- Frentzel-Beyme, Rainer, Michaela Marcolini, Arndt Steinhäuser (1990): Arbeitsunfähigkeitsdaten - eine Informationsquelle für die epidemiologische Berufsrisikoforschung; in: Sozial- und Präventivmedizin. 35. Jg., 117-124
- Klingemann, Hans D., Eckehard Mochmann (1981): Sekundäranalyse; in: Jürgen van Koolwijk, Maria Wicken-Mayser: Techniken der empirischen Sozialforschung. 2. Bd. München
- Lazarus, Richard S. (1981): Stress und Stressbewältigung - ein Paradigma; in: Sigrun-Heide Filipp (Hg.). Kritische Lebensereignisse. München, 198-232
- Lucas, Marc Guy (1993): Streßbewältigung und Führungsaufgabe: personale, organisationale und soziale Einflüsse. Diplomarbeit Studiengang Psychologie, Universität zu Köln
- Merton, Robert K. (1957): Social theory and social structure, New York
- Pöhler, Willi (1969): Information und Verwaltung. Stuttgart
- Pöhler, Willi, Gerd Peter (1982): Erfahrungen mit dem Humanisierungsprogramm. Von den Möglichkeiten und Grenzen einer sozial orientierten Technologiepolitik. Köln
- Pöhler, Willi (1991): Arbeit und Subjekt; in: Reinhard P. Wippert, Willi Pöhler, Wolfgang Slesina, Kritik und Engagement. Soziologie als Anwendungswissenschaft. München
- Popitz, Heinrich (1957): Technik und Industriearbeit. Tübingen
- Slesina, Wolfgang (1987): Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse. Stuttgart
- Slesina, Wolfgang, Alfred Schroer, Christian von Ferber (1988): Soziologie und menschengerechte Arbeitsgestaltung; in: Soziale Welt, 39. Jg., 205-223
- Slesina, Wolfgang (1991): Betroffene und Experten - Einige Bemerkungen zu Wissen und sozialer Kontrolle; in: Reinhard P. Wippert, Willi Pöhler, Wolfgang Slesina (Hg.): Kritik und Engagement. München, 257-269
- Slesina, Wolfgang, Manfred Broekmann (1992): Gesundheitszirkel zur Verstärkung des Gesundheitsschutzes im Betrieb; in: Arbeit, 1. Jg., 2, 166-186
- Slesina, Wolfgang u.a. (1993): Das "Gesundheitszirkel"-Verfahren. Abschlußbericht für den Projektträger

Anschrift des Verfassers:

Prof.Dr.phil. Christian von Ferber
Arbeitsgruppe Primärmedizinische Versorgung Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie (Direktor UnivProf. Dr. G. Lehmkuhl) der Universität zu Köln
Robert Koch Str. 9
50937 Köln