

## Soziale Wahrnehmung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen: Das Beispiel RSI

### 1. Einleitung

In den vergangenen Jahren mehren sich in der Presse Berichte über eine Diagnose, die bei deutschen Ärzten bisher kaum bekannt zu sein scheint, mit Namen RSI! Die Meldungen sprechen von RSI als der Berufskrankheit der Zukunft (Frankfurter Rundschau vom 23.3.1991) und bringen sie mit der weiten Verbreitung von Bildschirmarbeitsplätzen in Zusammenhang. So wird in den »Arbeit und Ökologie-Briefen« (Heft 25 vom 2.12.1992) von RSI als der Bildschirm-Krankheit gesprochen.

Falls es sich bei RSI um die Berufskrankheit der Zukunft handeln sollte, so könnte man annehmen, daß sie auch in den entsprechenden Fachorganen für Schlagzeilen sorgt. Dem ist aber nicht so, RSI ist in der deutschen arbeitsmedizinischen Literatur bisher kein Thema.

Pointiert zu fragen ist demnach, ob es sich bei RSI um eine Zeitungssente handelt oder ob die deutsche Arbeitsmedizin nicht auf der Höhe der Zeit ist. Dies zu beurteilen, setzt Kenntnis der australischen Erfahrung mit dem Phänomen RSI voraus. Seine Kenntnis mag vielleicht aber auch grundlegendere Einsichten in die sozialen Determinanten und die sozialen Konsequenzen unterschiedlicher Problemwahrnehmung, -bewertung und -bearbeitung »objektiv« gleicher medizinischer Tatbestände liefern.

### 2. Erste Hinweise auf RSI

Erkrankungen der oberen Extremitäten sind nicht erst in den letzten Jahren zum Thema in der Arbeitsmedizin geworden. Bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg wurden aber zur Diagnostik die traditionellen Namen wie Epicondylitis, Tendosynovitis und Carpal-Tunnel-Syndrom herangezogen. Dies gilt auch für Australien.

Zu Beginn der siebziger Jahre wurden dort jedoch Studien durchgeführt, die sich nicht mehr an die bekannte klinische Terminologie hielten. Ferguson (1971) untersuchte in der Fertigung beschäftigte Frauen eines Elektrobetriebes. Er fand je nach der Art der Tätigkeit bei einem Viertel bis einem Drittel der Frauen Erkrankungen der oberen Extremitäten. Von den Kabelwinderinnen waren 20 Prozent

in den letzten vier Monaten aufgrund dieser Erkrankungen der Arbeit ferngeblieben. Ferguson stellte jedoch auch fest, daß die diagnostische Einordnung der vorgebrachten Beschwerden in vielen Fällen nicht gelang. Deshalb faßte er unter dem Namen »repetition injuries« einmal relativ klar umrissene Krankheitsbilder wie die Tendosynovitis zusammen, ordnete hier aber gleichzeitig unklare Befunde wie Muskelschmerzen unter. Über die Hälfte der Beschwerden ließ sich keiner spezifischen Diagnose zuordnen.

Diese Studie verdient Beachtung, weil sich in der Wahl der Bezeichnung »repetition injuries« ein Paradigmawechsel andeutet. Einmal was die Anerkennung unspezifischer Beschwerden betrifft, die in dem Sammelnamen die gleiche Stellung erhalten wie klinische Diagnosen. Zwar ist dies bei niedergelassenen Ärzten auch in Deutschland allgemein üblich. Nicht jedoch in der Arbeitsmedizin und um eine solche Studie handelte es sich bei der zitierten von Ferguson.

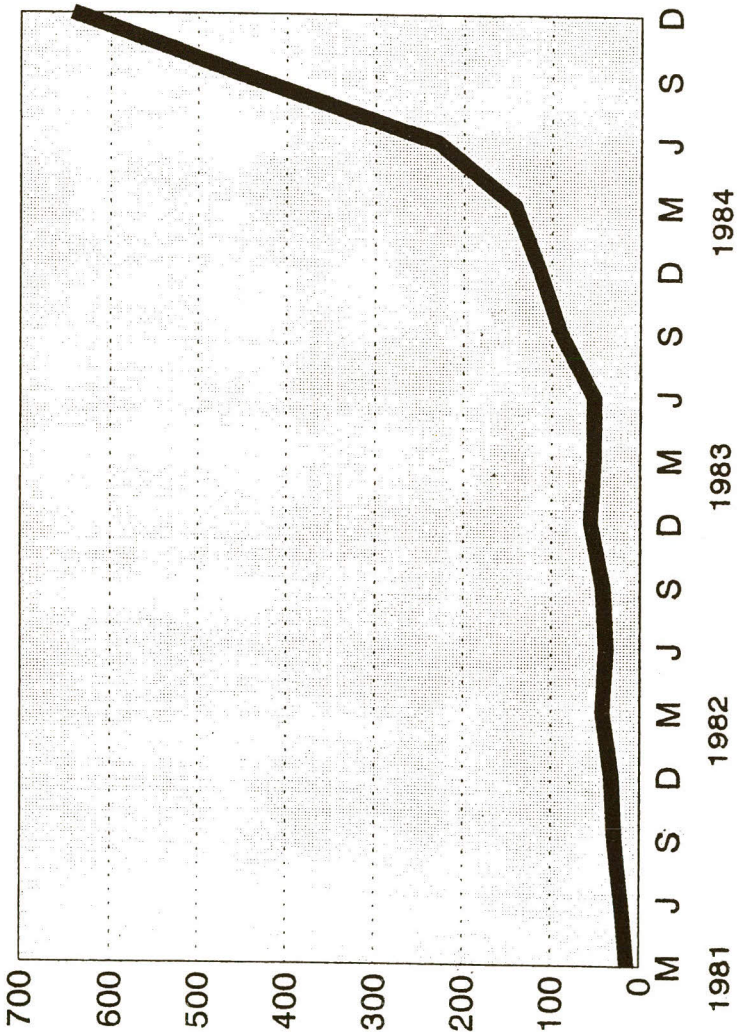
Zum anderen fällt die immerhin von einem Arbeitsmediziner bereits in der Namensgebung vorgenommene Attribuierung in Richtung Arbeit auf. Ein Vorgehen, das die Arbeitsmedizin sonst meidet und uns eher aus der Alltagssprache in Bezeichnungen wie Schreiberkrampf oder Dienstmädchenknie bekannt ist.

Beide Aspekte sind wichtig für das Verständnis von RSI. Sie reichen zur Erklärung der RSI-»Epidemie« in Australien aber nicht aus. Hierfür ist weiter wichtig, daß Tendosynovitis, wie RSI bis zum Beginn der achtziger Jahre meist noch genannt wurde, seit Ende der siebziger Jahre mit Bürotätigkeiten und mit der neuen Bildschirm-Technologie in Verbindung gebracht wurde. Zwar ist immer noch nicht letztendlich geklärt, ob es überhaupt zu einer Erhöhung der Prävalenz kam oder sich nur das Berichtsverhalten der Betroffenen änderte. Daß zumindest im Berichtsverhalten eine grundsätzliche Änderung eintrat, zeigen die Zahlen der Abbildung 1.

Mitte der achtziger Jahre, also zum Zeitpunkt des Höhepunktes der Epidemie bei Telecom Australia, war der Begriff RSI bereits in aller Munde und es hatten sich diverse Kommissionen zur Bewältigung des Problems etabliert. Eine davon (National Occupational Health and Safety Commission 1986) definierte RSI folgendermaßen

RSI ist eine Weichteilerkrankung, verursacht durch eine Überbelastung spezifischer Muskelgruppen durch repetitiven Gebrauch oder Zwangshaltungen. Sie tritt bei Beschäftigten auf, die Tätigkeiten ausführen, die entweder durch repetitive Bewegungen der Arme oder das langzeitige Verharren in derselben Arbeitshaltung gekennzeichnet sind.

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der RSI-Fälle bei Telecom Australien 1981 bis 1984 (Hocking 1989)



Man unterschied bei RSI drei Stufen, die ein weiteres Charakteristikum der Krankheit deutlich macht; zur Diagnose waren Befunde im medizinischen Sinne nicht notwendig (Browne et al. 1984):

- Stufe 1: Schmerzen und Ermüdung der betroffenen Extremität, die während der Arbeitszeit auftreten, aber über Nacht und an freien Tagen verschwinden. Es zeigen sich keine organischen Befunde. Dieses Stadium kann wochen- oder monatelang dauern und ist reversibel.
- Stufe 2: Wiederholte Schmerzen und Ermüdungserscheinungen, die früher am Arbeitstag auftreten und länger anhalten. Die Symptome lassen in der Nacht nicht nach und verursachen Schlafstörungen. Organische Befunde können sich jetzt zeigen. Auch dieses Stadium kann Monate dauern.
- Stufe 3: Schmerzen, Ermüdung und Kraftlosigkeit halten auch bei Ruhe an und erzeugen Schlafstörungen. Die betroffene Person wird unfähig, leichte Tätigkeiten, auch außerhalb der Arbeit, auszuführen. Organische Befunde treten auf. Das Stadium kann Monate und Jahre dauern.

### 3. RSI – Hysterie oder Überbelastungs-Syndrom?

Die klassische Sichtweise von RSI, wie sie bis Mitte der achtziger Jahre vorherrschend war und wie sie in der obigen Definition zum Ausdruck kommt, brachte sie in Zusammenhang mit repetitiver Tätigkeit, hohen Anteilen statischer Muskelarbeit und schlechter Gestaltung des Arbeitsplatzes. Diese Sichtweise, wenn sie auch einen Bezug zur Arbeitswelt (explizit ja bereits in dem Begriff RSI) herstellt, folgt doch immer noch einem recht traditionellen Verständnis von Krankheit und deren Ursachen. Mit dem Begriff *injuries* verbindet sich eine ätiologische Sichtweise: der Ursprung der Beschwerden wird in Verletzungen gesehen. Es sind organische Tatbestände, die durch physische Ursachen, hier mechanische Überbelastungen durch Bewegung und Haltung, erklärt werden.

Interessant ist nun in diesem Zusammenhang, daß es zu dem Zeitpunkt der Einführung des Begriffs kaum empirische Befunde gab, die diese Ätiologiehypothese hätten stützen können. Zwar kann man argumentieren, daß Befunde wie die von Ferguson eine gewisse Plausibilität beanspruchen können. Relativ schnell fanden sich aber Studien, die Zweifel an der kausalen Beziehung zwischen Repetitivität, statischer Muskelarbeit und Erkrankung aufkommen ließen.

Es fanden sich erhebliche regionale Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten, obwohl die betroffenen Berufe in den Regionen die gleiche Arbeit verrichteten. So waren im Zeitraum 1981 bis 1985 in West-Australien die Hälfte aller Telefonistinnen von RSI

betroffen, während es in New South Wales nicht einmal jede Fünfte war (Tabelle 1).

Tabelle 1: Regionale Unterschiede in der Häufigkeit von RSI bei Telephonistinnen 1981 bis 1985 (Hocking 1987)

| Staat             | Zahl der RSI-Fälle | Fälle (in Prozent der beschäftigten Telefonistinnen) |
|-------------------|--------------------|--|
| New South Wales   | 501                | 18.2   |
| Victoria          | 487                | 33.1   |
| Queensland        | 286                | 21.2   |
| South Australia   | 225                | 31.7   |
| Western Australia | 329                | 50.4   |
| Tasmania          | 58                 | 37.9   |
| Alle Staaten      | 1886               | 26.6   |

Erst recht erstaunen mußten solche Befunde, wie sie in Untersuchungen bei Telecom Australien zu Tage traten. Dort zeigte sich einmal, daß die Rate an Erkrankten für die Halbtagskräfte höher war als für die Ganztagsbeschäftigten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Häufigkeit von RSI bei Telecom Australien (Hocking 1987)

| Arbeitszeit | RSI      |           |
|-------------|----------|-----------|
|             | ja       | nein      |
| Teilzeit    | 12 (15%) | 68 (85%)  |
| Vollzeit    | 64 (10%) | 566 (90%) |

Zum anderen stellte sich heraus, daß die Häufigkeit der Erkrankung ein umgekehrt proportionales Verhältnis zur Zahl der Anschläge bildete (Tabelle 3). Zwar könnten Vertreter der Repetitivitäts-These darauf hinweisen, daß das Alter in den Angaben der Tabelle 3 nicht kontrolliert wurde und die Gruppe derjenigen, die Teilzeit arbeiten dies tun, weil sie gerade aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ohne Beschwerden die normale Arbeitszeit absolvieren können. Allerdings waren mit solchen Einwänden bei weitem nicht alle der These entgegenstehende Befunde erklärbar.

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Anschlagszahlen und Häufigkeit von RSI bei Telecom Australien (Hocking 1987)

|                          | RSI-Fälle |         |
|--------------------------|-----------|---------|
|                          | absolut   | Prozent |
| Telegraphist (12000/h)   | 17        | 3.4     |
| Angestellte (ca. 6000/h) | 1421      | 28.4    |
| Telephonistin (> 1000/h) | 1886      | 34.4    |

Diese und andere Befunde, die in die gleiche Richtung zeigten, waren mit der Grund dafür, daß sich immer häufiger der Verdacht artikuliert, daß es sich hier um Massenhysterie oder andere psychopathologische Erscheinungen handele. Die Vertreter dieser Meinung sahen RSI nicht als real im Sinne einer Krankheit mit organischem Ursprung oder als nicht arbeitsbezogen bzw. beides an. Sie mutmaßten damit entweder eine Art Kompensationsneurose oder eine Konversionsneurose (Bammer/Martin 1988, Clelland 1987).

Im Rahmen des ersten Konzeptes wurde prinzipiell das Vorliegen einer Erkrankung anerkannt. Nur wurde aus dem Unvermögen der Mediziner, ihr Bild der Krankheit mit der ihnen präsentierten Symptomatik in Einklang zu bringen, abgeleitet, daß die Betroffenen ein bewußtes oder unbewußtes Interesse an der Verlängerung der Kompensationszahlungen hätten und deshalb zu einer Dramatisierung der Symptomatik neigen würden (Hadler 1986).

Mit dem zweiten wurde angenommen, daß keine Erkrankung vorliege, daß vielmehr Schmerzen, die aus unbewältigten Konflikten resultieren, an einem gesellschaftlich anerkannten Ort somatisiert würden. Verwiesen wurde auf Fälle von »mass psychogenic illness«, in denen in einem beruflichen Umfeld eine Epidemie ausgebrochen war, für die es keine biomedizinische Erklärung gab (Colligan/Pennebaker/Murphy 1982).

#### 4. Bewertung der Ansätze im Lichte empirischer Befunde

Wie bereits angedeutet, stand die Argumentation der Vertreter des klassischen Verständnisses von RSI im Widerspruch zu empirischen Befunden. Allerdings gilt auch für die Anhänger der Hysterie- oder Neurose-Theorie, daß es für ihre Sichtweise kaum stützende Erkenntnisse gab.

- Von einem strengen methodologischen Standpunkt aus muß konstatiert werden, daß die Studien beider Sichtweisen meist nicht einmal die zentralen Merkmale Alter und Geschlecht kontrolliert haben, von der Berücksichtigung arbeitsweltbezogener Charakteristika einmal ganz abgesehen.
- Bis in die Mitte der achtziger Jahre veröffentlichte außerdem kein Autor, welcher Provenienz auch immer, seine diagnostischen Kriterien, die ihn zur Annahme oder auch zur Ablehnung der klassischen Position führte.
- Auch blieb das Argument der Konversion psychischer Probleme stumpf, da nie nachgewiesen werden konnte, daß Betroffene von RSI mehr oder spezifische psychische Probleme hatten. Einige Studien fanden überhaupt keine Unterschiede zwischen von RSI Betroffenen und Kontrollgruppen, andere fanden bei den Patienten besonders häufig den Typus des sehr motivierten und zufriedenen Beschäftigten, während nach dem Neurose-Paradigma eigentlich der unzufriedene und wenig motivierte Typ hätte vorherrschen müssen (Spillane/Deves 1987).
- Das Theorem der Konversion litt auch darunter, daß bei den in der Literatur dokumentierten Fällen von »mass psychogenic illness« die Symptomatik örtlich engstens begrenzt war und innerhalb weniger Tage oder höchstens Wochen wieder verschwand (z.B. Kerckhoff 1982).
- Ebenso war das Argument der Kritiker, daß RSI eine australische Krankheit sei, für die es in anderen Ländern keine Parallelen gäbe, nicht korrekt. Vor dem »Ausbruch« von RSI in Australien waren in Japan berufliche Cervicobrachiale Syndrome beschrieben und anerkannt worden. Und ebenso wie in Australien wuchs in Japan die Zahl der entschädigten Fälle in den siebziger Jahren immens an (Maeda 1977).

##### 5. Die Bearbeitung des Problems RSI im Arbeitsschutzsystem

Warum aber wurde das Phänomen RSI in Australien so deutlich? Neben den angesprochenen Faktoren, die unter RSI viel mehr und viel Mehrdeutigeres subsumierbar machte als zum Beispiel unter eine klassische klinische Diagnose, spielt die Art, wie das Problem RSI im System der Sozialen Sicherung bearbeitet wurde, eine zentrale Rolle: Viele der großen Unternehmen und die staatlichen Betriebe sind Eigen-Versicherer mit einer eigenen Institution zur Bearbeitung von Entschädigungsfällen (Zahlung von Krankengeld),

dem »Office of the Commissioner for Employee Compensation«. Dieses delegierte bis Ende der achtziger Jahre seine Autorität an Angehörige der versicherten Betriebe. Die Aufgaben nahm dort oftmals ein Vertreter der Personalabteilung wahr. Um zu garantieren, daß dieses Verfahren nicht allein den Interessen der Beschäftigten diene, war der Delegierte des Offices zwar befugt, Entschädigungen zu genehmigen, nicht aber, sie abzulehnen. In der Praxis ging das Verfahren meist so vonstatten, daß dem Antrag auf Entschädigung auf der Basis einer Bescheinigung stattgegeben wurde, daß der oder die Betroffene RSI habe und daß er/sie aus diesem Grunde der Arbeit fernbleiben müsse. Dieses Testat konnte von dem Hausarzt des bzw. der Erkrankten selbst stammen. Zwar konnte der Arbeitgeber, ebenso wie der/die Beschäftigte, ein »Administrative Appeals Tribunal« anschreiben. Dies geschah allerdings in den seltensten Fällen (Willis 1986, Hopkins 1990).

Dieses Verfahren steht in krassem Gegensatz zu dem in der Bundesrepublik herrschenden Vorgehen. Nicht nur, daß die Entschädigungsfähigkeit als Berufskrankheit einer Erkrankung zugesprochen wurde, für die es kaum diagnostische Kriterien gab und die zugestandenermaßen zumindest in dem ersten Stadium häufig keine objektivierbaren Befunde zeigte. Darüber hinaus war das Verfahren der Anerkennung derart kodifiziert, daß das gesamte System den Ansprüchen des bzw. der Erkrankten wenig Widerstand entgegen bringen konnte. Und als Grundlage der Entscheidung wurde nicht das Gutachten eines klinischen Experten gewertet, sondern das Testat des Hausarztes der Betroffenen.

Um eine Vorhersage treffen zu können, ob RSI in der Bundesrepublik zu der Berufskrankheit der Zukunft wird, sind die genannten Unterschiede der Bewältigung arbeitsbezogener Erkrankungen von eminenter Bedeutung. Es sei daran erinnert, daß in Deutschland seit 1952 in der Liste der Berufskrankheiten unter der Ziffer 2101 äquivalente Diagnosen als entschädigungspflichtige Berufskrankheiten anerkannt sind. Unter diese Ziffer fallen Erkrankungen der Sehnen-scheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- und Muskelansätze. Es ist aufschlußreich, sich die Statistik der Verdachtsanzeigen und die Zahl der entschädigten Fälle einmal anzuschauen und mit den Zahlen aus Australien zu vergleichen (Tabelle 4). Deutlich wird, daß die Zahlen der Verdachtsanzeigen zumindest in den ersten Jahren nach der Aufnahme der Ziffer 2101 in die BeKV vergleichbare Dimensionen wie die aus Australien berichteten aufweisen. Anders bei der Zahl der entschädigten Fälle. Leider sind keine



Quelle bekannt, aus denen das Verhältnis »angezeigt« zu »entschädigt« für Australien ersichtlich würde. In der Literatur wird nur angemerkt, daß Mitte der achtziger Jahre fast alle angezeigten Fälle auch entschädigt wurden.

Tabelle 4: Entwicklung der Meldungen und Entschädigungen zur Berufskrankheit 2101 (BK-Dok der jeweiligen Jahrgänge)

| Jahr | Zahl der Anzeigen | Erstmals absolut | entschädigte Fälle Prozent |
|------|-------------------|------------------|----------------------------|
| 1955 | 3862              | 67               | 1.7                        |
| 1960 | 4286              | 13               | 0.3                        |
| 1965 | 2900              | 4                | 0.1                        |
| 1970 | 1514              | 3                | 0.2                        |
| 1975 | 1022              | 3                | 0.3                        |
| 1980 | 1342              | 5                | 0.4                        |
| 1985 | 1084              | 3                | 0.3                        |
| 1990 | 1698              | 6                | 0.4                        |

## 6. Resümee

Aus der obigen Gegenüberstellung läßt sich ableiten, daß wir in Deutschland mit größter Wahrscheinlichkeit in der Zukunft keiner »RSI-Epidemie« gegenüberstehen werden. Es zeigt sich aber auch, daß Krankheiten nicht nur und im Falle von RSI vielleicht nicht einmal primär biologische Gegebenheiten sind, sondern daß hinter ihnen soziale Prozesse und Strukturen stehen.

Es kann angenommen werden, daß zu jeder Zeit ein nicht geringer Anteil der Beschäftigten Schmerzen oder andere Symptome in den verschiedenen Körperregionen haben. Normalerweise kommen diese Beschwerden nicht ins öffentliche Bewußtsein und der Einzelne bewältigt solche Mißempfindungen, ohne daß das medizinische System davon Kenntnis erlangt. Rationalisierungsschübe, forcierte Implementation neuer Technologien oder auch Änderungen im »betrieblichen Klima« können jedoch die Bewältigungsformen modifizieren (Williams 1985, Bammer/Martin 1992).

Solche sozialen Faktoren waren im Australien der achtziger Jahre eine ganze Reihe wirksam:

- Einmal eine rasch wachsende Arbeitslosigkeit, die dazu führte, daß Beschäftigte signifikant weniger Chancen hatten, einen belastenden Arbeitsplatz aufzugeben.

- Organisatorische und technologische Neuerungen, die (a) die angeschuldigten Risiken vermehrten, (b) Bewältigungsmöglichkeiten für diese Risiken minderten und (c) zum Verschwinden vieler Schonarbeitsplätze führten.
- Eine starke Gewerkschaftsbewegung, die den Arbeitsschutz hoch auf ihre Agenda schrieb und eigene »workers health centers« gründete.
- Eine sehr starke feministische Bewegung, die ebenfalls eigene Selbsthilfegruppen und Gesundheitszentren schuf. Auch sie machte RSI zu ihrem Thema (Meekosha/Jakubowicz 1986).
- Nicht zuletzt war die Anerkennung der Krankheit auch eine Folge der Namensgebung. Es waren Ärzte, die den Terminus geprägt und die Risikofaktoren benannt hatten.

Alle diese Faktoren führten dazu, daß körperliche Beschwerden zum einen vielleicht häufiger wurden, auf jeden Fall häufiger genannt wurden. Dadurch, daß diese Beschwerden im Begriff RSI ihre gesellschaftliche Anerkennung als arbeitsbedingt erfuhren, wurde RSI derart stark thematisiert. Denn mit jedem anerkannten Fall stiegen die Versicherungssummen für die öffentlichen und privaten Unternehmen. So wurde RSI wahrscheinlich weniger durch seine Häufigkeit als durch seinen Preis in Australien zum Thema Nummer 1.

Indem das von Arbeitsmedizinern geschaffene Label RSI auch in der niedergelassenen Praxis weithin übernommen wurde (die Diskussionen über RSI fanden in dem zentralen Publikationsorgan der australischen Ärzte statt!), wurde die Basis für seine Verbreitung geschaffen. Indem auf der anderen Seite die Bewältigung nicht dem allgemeinen Krankenversicherungssystem überantwortet wurde, sondern im betrieblichen Versicherungssystem stattfand, welches durch seine permissive Entschädigungspraxis die Betriebe äußerst empfindlich traf, wurde die Chance zu einer effektiven betrieblichen Bewältigung des Problems vergrößert. Daß diese Chance genutzt wurde, das zeigt die weitere Geschichte von RSI: Nirgendwo sonst als in Australien sind derart zahlreiche Erfahrungen mit betrieblichen und nationalen Maßnahmen zur primären und sekundären Prävention gemacht worden (z.B. Liddicoat/Ellis 1987, Rowe et al. 1987, Stevenson 1985, Ryan et al. 1987). Und sicherlich bilden diese Maßnahmen einen Teil der Erklärung, warum die RSI-»Epidemie« am Anfang der neunziger Jahre so gut wie verschwunden ist (Hocking 1993).

Die Herausarbeitung sozialer Determinanten bedeutet nicht, daß RSI nicht auch als objektivierbarer medizinischer Befund real ist. Es

bedeutet vielmehr, daß in Deutschland durch die Dethematisierung der Arbeitswelt die Bearbeitung des Problems in anderer Form geschieht. Studien in unserem Lande haben ebenfalls gezeigt, daß Schmerzen und Beschwerden im Nacken-Schulter-Armbereich in vielen Berufen fast ebenso häufig sind wie Rückenschmerzen.

Die bundesrepublikanische Auffassung von arbeitsweltbezogenen Erkrankungen, die auch nur aus der engen Verbindung der Arbeitsmedizin mit dem Unfallversicherungssystem zu verstehen ist, verschiebt das Problem nur in die Krankenversicherung und läßt es erst in Form erheblicher Krankenstände wieder zu einem betrieblichen Problem werden. In dieser Form ist aber sein Bezug zu den unterschiedlichen Facetten der Arbeitswelt nur noch schwer rekonstruierbar. Zu befürchten ist, daß die Verquickung der Art der Beantwortung der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit sowie die Restriktivität der Anerkennung als Berufskrankheit den deutschen Arbeitsschutz erheblicher Chancen beraubt, in den Betrieben präventiv wirksam zu werden, bevor es überhaupt zu einem Ausmaß an Schädigung kommt, der die Frage nach einer Entschädigung aufkommen läßt.

Korrespondenzadresse:

Uwe Osterholz

NORDIG, Institut für Gesundheitsforschung und Prävention

Alte Kollaustraße 32a, D-22529 Hamburg

### *Literatur*

- Bammer, Gabriele, Martin, Brian, 1988: The arguments about RSI: An examination. In: *Community Health Studies*: 348-358
- Bammer, Gabriele, Martin, Brian, 1992: Repetition strain injury in Australia: Medical knowledge, social movement, and de facto partisanship. In: *Social Problems*: 219-237
- BK-Dok: Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in der Bundesrepublik Deutschland. Herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Sankt Augustin
- Browne, Christopher, Nolan, Bernard and Faithfull, Donald, 1984: Occupational repetition strain injuries. In: *The Medical Journal of Australia*: 329-332
- Cleland, Leslie, 1987: »RSI«: A model of social iatrogenesis. In: *The Medical Journal of Australia*: 236-239
- Colligan, Michael, Pennebaker, James and Murphy, Lawrence (eds.), 1982: *Mass psychogenic illness*. Hillsdale
- Ferguson, David, 1971: Repetition injuries in process workers. In: *The Medical Journal of Australia*, 408-412
- Hadler, Nortin, 1986: Industrial rheumatology. In: *The Medical Journal of Australia*: 191-195

- Hall, Wayne, Morrow, Louise, 1988: Repetition Strain Injury: An Australian epidemic of upper limb pain. In: *Social Science and Medicine*: 645-649
- Hocking, Bruce, 1987: »Repetition strain injury« in Telecom Australia. In: *The Medical Journal of Australia*: 724
- Hocking, Bruce, 1989: Epidemiological aspects of »Repetition strain injury« in Telecom Australia. In: *The Medical Journal of Australia*: 218-222
- Hocking, Bruce, 1993: The aftermath of RSI in Telecom Australia. In: *The Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*: 131-135
- Hopkins, Andrew, 1990: The social recognition of repetition strain injuries: An Australian/American comparison. In: *Social Science and Medicine*: 365-372
- Kerckhoff, Alan, 1982: Analyzing a case of mass psychogenic illness. In: Colligan, Michael, u.a. (eds.): *Mass psychogenic illness*. Hillsdale
- Kiesler, Sara, Finholt, Tom, 1988: The mystery of RSI. In: *American Psychologist*: 1004-1015
- Liddicoat, K., Ellis, N., 1987: A national strategy for the prevention and management of RSI. In: Buckle, Peter (ed.): *Musculoskeletal disorders at work*. London
- McDermott, Francis, 1986: Repetition strain injury: a review of current understanding. In: *The Medical Journal of Australia*: 196-200
- Meekosha, Helen, Jakubowicz, Andrew, 1986: Women suffering RSI: the hidden relations of gender, the labour process and medicine. In: *The Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*: 390-401
- National Occupational Health and Safety Commission, 1986: *Repetition Strain Injury (RSI) A report and model code of practice*. Canberra
- o.A., 1992: Repetition Strain Injury (RSI): Bundesregierung sieht keinen Handlungsbedarf bei Bildschirm-Krankheit. In: *Arbeit & Ökologie-Briefe*, Heft 25: 13-14
- Reid, Janice, Ewan, Christine and Lowy, Eva, 1991: Pilgrimage of pain: The illness experiences of women with repetition strain injury and the search for credibility. In: *Social Science and Medicine*: 601-612
- Rowe, Susan, Oxenburgh, Maurice and Douglas, David, 1987: Repetition strain injury in Australian VDU users. In: Knave, B. and Widebäck, P.G. (eds.): *Work with display units*. North- Holland
- Ryan, G.B., Hage, B. and Bampton, A., 1987: Postural factors, work organisation and musculoskeletal symptoms. In: Buckle, Peter (ed.): *Musculoskeletal disorders at work*. London
- Spillane, Robert, Deves, Leigh, 1987: Psychosocial correlates of RSI reporting. In: *Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*: 21-27
- Stevenson, M.G., 1985: Work design guidelines for the minimisation of repetition strain injuries. In: *The Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*: 113-121
- Walker, Jim, 1979: Tenosynovitis. A crippling new epidemic in industry. In: *New Doctor*: 19-21
- Williams, Trevor, 1985: Visual display technology, worker disablement, and work organization. In: *Human Relations*: 1065- 1084
- Willis, Evan, 1986: Commentary: RSI as a social process. In: *Community Health Studies*: 210-219
- Wright, Graham, 1987: The failure of the »RSI« concept. In: *The Medical Journal of Australia*: 233-236