

4 Fazit: Subjektivierte Arbeit und psychische Gesundheit als Herausforderung

Vor dem Hintergrund der Tertiärisierung, der damit verbundenen Zunahme an individuell-kognitiven und sozial-koordinativen Arbeitsanforderungen sowie des abnehmenden Stellenwerts manueller Tätigkeiten gewinnt der Zugriff auf die subjektiven psychischen Leistungspotenziale von Arbeitnehmer*innen an Bedeutung. Nicht nur auf Arbeitnehmer*innenseite zeigen sich vermehrt subjektive Ansprüche an Sinnstiftung und Identitätsbildung durch Arbeit, auch Arbeitgeber*innen verbinden mit der Nutzung der Subjektivität ihrer Mitarbeiter*innen zunehmend eine Möglichkeit zur Produktivitätssteigerung und zum individualisierenden Umgang mit betrieblich-organisatorischer Überforderung. Vor dem Hintergrund größerer Unsicherheiten am Arbeitsmarkt und im Erwerbsverlauf sowie verschärfter Zugangsbedingungen zu öffentlichen Versicherungsleistungen im Sinne der sogenannten aktivierenden Arbeitsmarktpolitik erhöht sich der externe Druck auf Arbeitnehmer*innen, den unternehmerischen Leistungsmaximen zu entsprechen. Während das Erfüllen von Arbeitsanforderungen und unternehmerischen Leistungsmaximen für die Existenzsicherung, für Anerkennung und Verbesserung von Karriereoptionen kurzfristig Erfolg versprechend sind, wirkt sich die Beachtung von gesundheitlichen Grenzen und Bedürfnissen erst mittel- bis langfristig positiv auf die Erhaltung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit aus. Nicht zuletzt deshalb erscheint eine völlig individualisierte Form des Gesundheitsschutzes problematisch.

4.1 Kollektiver Arbeitnehmer*innenschutz

Der Arbeitnehmer*innenschutz und seine öffentlichen Vermittlungsinstanzen können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Rahmenbedingungen von Arbeit gesundheitsförderlich beziehungsweise krankheitsvorbeugend zu gestalten. Sie können vor allem praktische Möglichkeiten zum (Selbst-)Schutz der Arbeitnehmer*innen vor Überlastung anbieten. Neue Anforderungen an die betriebliche Prävention entstehen dabei nicht nur durch veränderte Belastungen. Sie ergeben sich auch

aus der Frage nach den geeigneten Settings für Prävention, nach geeigneten Orten für die institutionelle Aushandlung von Arbeitsbedingungen sowie nach den Adressat*innen der betrieblichen Präventionsarbeit. Letztere befinden sich gemäß ASchG insbesondere auf kollektiver Ebene. Die »Grundsätze der Gefahrenverhütung« legen unter anderem fest, dass Maßnahmen an der Quelle ansetzen sollen. Somit hat der kollektive Gefahrenschutz vor dem individuellen Vorrang (vgl. ASchG § 7). Parallel zum tayloristischen Ansatz wurde der Mensch in seiner Ganzheit tendenziell auch aus der betrieblichen Prävention ausgeklammert. Punktuelle technische Maßnahmen – von der Schutzvorrichtung für gefährliche Maschinen bis hin zur Absaugung von gesundheitsschädigendem Rauch und Dampf – sollten Arbeitsunfällen und beruflich bedingten Krankheiten vorbeugen. Dadurch wurde das Arbeitssystem als Ganzes nicht infrage gestellt.

Die Diskussion, inwieweit Arbeitsbedingungen »menschengerecht« sind, wurde erst mit dem Erstarken der Arbeits- und Organisationspsychologie relevant. Staatliche Programme wie die *Humanisierung des Arbeitslebens* in der Bundesrepublik Deutschland (1974 bis 1989) griffen die Belastungen tayloristischer und automatisierter Arbeit auf. Humane Arbeitsbedingungen sollten nicht nur Krankheiten vorbeugen und einen Beitrag zur Gesundheit leisten, sondern darüber hinaus die Persönlichkeitsentwicklung fördern.

»Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht oder allenfalls vorübergehend beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potentiale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen.« (Ulich 1984, zitiert nach Ulich 1998, S. 141)

In dem 1995 in Kraft getretenen, auf europäischen Richtlinien basierenden ArbeitnehmerInnenschutzgesetz wird der Begriff menschengerecht bereits mehrfach eingesetzt.¹ In Österreich gewinnt die Arbeitspsychologie als Disziplin der betrieblichen Prävention mit der ASchG-Novellierung 2013 nachhaltig an praktischer Bedeutung. Seither ist gesetzlich klargestellt, dass unter arbeitsbedingten psychischen Gefahren auch psychische Belastungen zu verstehen sind. Damit etabliert sich zunehmend ein breiterer Gesundheitsbegriff, der allerdings in der institutionalisier-

1 Österreich musste infolge des Beitritts zum *Europäischen Wirtschaftsraum* (EWR) die strenger Bestimmungen der Europäischen Union im Bereich des Arbeitsschutzes in nationales Recht umsetzen. Hier sei insbesondere auf die Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie (89/391/EWG) hingewiesen. Darüber hinaus betrifft die Verpflichtung auch eine Reihe von Einzelrichtlinien (z.B. zur Bildschirmarbeit).

ten betrieblichen Prävention in Österreich nur sehr langsam Fuß fassen kann, weil die Prävention nach wie vor überwiegend technisch ausgerichtet ist.²

Auch in stärker ganzheitlich ausgerichteten Präventionsansätzen bleibt der Bezugspunkt der Prävention sehr oft der klassische Industriebetrieb mit seinen technikzentrierten, monotonen und bezogen auf die Lebensplanung »sicheren« Arbeitsbedingungen. Klassische Formen von psychologischen Arbeitsgestaltungsmaßnahmen hingegen fokussieren auf Empowerment durch Job-Enlargement, Job-Enrichment und Job-Rotation sowie auf die Schaffung von mehr Partizipationsmöglichkeiten und auf höhere zeitliche und örtliche Autonomie (vgl. Schermuly 2016). Dagegen stellt Bröckling (2019) anschaulich dar, dass auch emanzipationsorientierte Diskurse ökonomisch funktionalisiert werden. Gesundheitliche Folgen von flexibler, entgrenzter und subjektiverter Arbeit werden zwar wissenschaftlich problematisiert und empirisch untersucht (vgl. z.B. Pröll 2003), finden aber kaum oder nur unsystematisch Eingang in die betriebliche Präventionsarbeit in Österreich.

4.2 Normalarbeitsverhältnis als Standard

Von besonderer Relevanz für die Ausrichtung der betrieblichen Prävention arbeitsassoziiierter Erkrankungen ist die Frage nach den Betrieben, da geschichtlich betrachtet industrialisierte Großbetriebe und ihre männliche Arbeiterschaft als dominante Orientierungspunkte dienen. Der Fokus liegt also auf einer unbefristeten Vollzeitbeschäftigung als Normalarbeitsverhältnis, ergänzt durch ein traditionelles Familienmodell mit männlicher Ernährer- und weiblicher Versorgerinnenrolle. Weitgehend vernachlässigt werden dadurch Dienstleistungsberufe, die von Frauen-erwerbstätigkeit geprägt sind.

Schwerpunkt betrieblicher Präventionsaktivitäten sind nach wie vor Arbeitsplätze im Produktionsbereich. Beobachtet und behandelt werden überwiegend physikalisch-materielle Einflussfaktoren. Themen sind beispielsweise Lärmschutz, Maschinensicherheit, Absturzsicherung, gefährliche Arbeitsstoffe, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung oder die Hygiene bei der Arbeit. Dieser Fokus wird auch bei Betrachtung der inhaltlichen Ausrichtung von Präventionsunterlagen für Betriebe deutlich. Ihr Schwerpunkt liegt auf traditionellen Themen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes.

Aufgrund gesetzlicher Erweiterungen und europäischer Impulse kamen zwar Publikationen hinzu, die sich mit psychosozialen Belastungen oder mit alterns-

2 Der Gesundheitsbegriff wurde von der Weltgesundheitsorganisation bereits 1948 breit gefasst. Gesundheit ist demnach nicht nur das »Freisein von Krankheit«, sondern ist auf einen »Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens« ausgerichtet.

gerechtem Arbeiten auseinandersetzen,³ aber auch hier stehen Arbeitstätigkeiten und die Arbeitsorganisation im Produktionsbereich im Zentrum. Zu den zugehörigen öffentlichen Institutionen bestehen schlicht die besseren Kontakte, da es mehr Anknüpfungspunkte aus der bisherigen Präventionsarbeit gibt. Ob und wie die vielfältigen Formen von Dienstleistungsarbeit mit ihren personenbezogenen, produktionsbezogenen oder wissensintensiven Tätigkeitsprofilen besser mit Präventionsthemen adressiert werden sollen und können, ist noch weitgehend ungeklärt. Je nach Ausrichtung können Dienstleistungen mit hohen Anforderungen an die individuelle Affektregulation verbunden sein und eine hohe Konzentrationsfähigkeit erfordern. Darüber hinaus sind sie oft mit einer steigenden Anzahl an weitgehend standardisierten Arbeitsvorgaben und digitalisierten Dokumentationsverpflichtungen kombiniert, die teilweise im Widerspruch zu affektiven Anforderungen und professionellen Überzeugungen stehen.

4.3 Unterschätzte Komplexität des Wirkungsgefüges

Arbeitsintensivierungen treffen insbesondere den tertiären Sektor und den Angestelltenbereich, in denen unkalkulierbare Arbeitsmengen immer schon ein Problem waren (vgl. Ahlers 2020). Angesichts des von Rosa (2005) beschriebenen immer schnelleren Wandels von Sozialstrukturen, Beziehungsmustern und Lebensstilen in modernen westlichen Gesellschaften, der durch die technologische Beschleunigung weiter angetrieben wird, erhöht sich nicht nur das Lebenstempo, sondern auch der innere und äußere Zwang, immer mehr Aktivitäten in einem begrenzten Zeitrahmen zu absolvieren und ein Maximum an Möglichkeiten auszuschöpfen. Indirekte Steuerungsformen, die auf Selbstoptimierung und Zielerreichung abzielen, wirken tendenziell verstärkend auf diesen Zwang. Das ständige Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen und unzulänglich zu sein, nimmt zu.

Ein weiterer Aspekt, der in der Tradition der betrieblichen Prävention so gut wie nicht bearbeitet wird, ist das Thema der Mehrfachbelastung. Diese ist insbesondere mit dem individuellen Austarieren von Erwerbsarbeit und Betreuungspflichten verbunden. Letztere werden trotz stark gestiegener Erwerbsbeteiligung nach wie vor meist von Frauen übernommen. Angesichts der Ausweitung mobiler Arbeitsplätze und der Möglichkeiten zum Homeoffice, die durch die Coronapandemie über das Jahr 2020 hinaus einen weiteren Schub erfahren dürften, treten diese Mehrfachbelastungen vermehrt simultan auf.

3 Im Bereich des österreichischen Arbeitnehmer*innenschutzes ist der Großteil an einschlägigen Publikationen unter <http://www.auva.at/publikationen> und <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/Service/Publikationen> zu finden.

Eine weitere grundlegende Problematik der Prävention von arbeitsassoziierten Erkrankungen sind die komplexen Wirkungsgefüge (Multikausalitäten) und die langen Latenzzeiten einer Vielzahl dieser Krankheiten. Ein typisches Beispiel dafür sind Expositionen gegenüber bestimmten Arbeitsstoffen wie Asbest, die zu Krebserkrankungen führen können, aber nur marginal in den Berufskrankheiten-Statistiken aufscheinen. Zwar gibt es theoretisch verschiedene Möglichkeiten ihrer Anerkennung, praktisch werden Krebserkrankungen jedoch selten als Verdachtsfälle für Berufskrankheiten gemeldet und infolgedessen noch seltener anerkannt.⁴

Im Gegensatz zu arbeitsassoziierten Krebserkrankungen, die über diverse Berufskrankheiten-Positionen und – sofern sie sich in Zusammenhang mit der Einwirkung von schädigenden Stoffen und Strahlen entwickelt haben – über die sogenannte Generalklausel anerkannt werden können, gibt es bei den Folgeerkrankungen von arbeitsbedingten psychischen Fehlbelastungen keinerlei theoretische Möglichkeiten der Anerkennung. Abgesehen von regelmäßigen Umfragen auf EU-Ebe-

4 Dafür verantwortlich zu machen sind beispielsweise das mangelnde Wissen und Bewusstsein in der Ärzt*innenschaft über den Zusammenhang von Arbeit und Krankheit. Zudem besteht die Schwierigkeit, eindeutige Kausalitäten herzustellen, was durch Latenzzeiten von bis zu mehreren Jahrzehnten verschärft wird. Trotz hoher Kosten arbeitsassoziiierter Krebserkrankungen für Gesellschaft und Wirtschaft – in einem konservativen Rechenmodell werden sie in Europa auf rund 2,4 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt – gibt es kaum öffentliches Bewusstsein zu dieser Thematik (Jongeneel et al. 2016). Das hängt – und hier scheint sich ein Kreis zu schließen – auch mit der fehlenden statistischen Erfassung und mangelhaften Datengrundlage zusammen, die als Argumentationsgrundlage für Präventionsaktivitäten dienen könnte. Erst mit dem Arbeitspapier von Jukka Takala aus dem Jahr 2015 entstand eine neue Dynamik (vgl. Takala 2015). Laut der Hochrechnung von weltweiten Daten zu arbeitsassoziierten Krebserkrankungen und ihrer länderspezifischen Zuordnung machen Todesfälle durch Krebserkrankungen mehr als die Hälfte aller arbeitsassoziierten Todesfälle in der Europäischen Union aus. Für Österreich errechnete die Studie 1.820 arbeitsassoziierte Krebstote pro Jahr. Mit Blick auf die Arbeitsunfallstatistik der AUVA von 2009 bis 2018 wären das jährlich mehr als 13-mal so viele Tote wie durch anerkannte Arbeitsunfälle (vgl. AUVA 2020, S. 14). Seit Veröffentlichung dieser Zahlen wurde unter anderem eine Europäische Kampagne zu gefährlichen Arbeitsstoffen mit Fokus auf deren krebserzeugende Wirkung durchgeführt. Außerdem wurde die europäische Roadmap on Carcinogens initiiert (und bereits bis 2024 verlängert), die sogenannte Karzinogene-Richtlinie der EU mehrfach überarbeitet und in Österreich von der AUVA und der Arbeitsinspektion gemeinsam koordinierte Präventionsschwerpunkte für Betriebe durchgeführt. Zudem wurde und wird die Problematik insbesondere von Arbeitnehmer*innenverbänden und Arbeitnehmer*innenschutz-Organisationen aufgegriffen und auch auf wissenschaftlicher Ebene weiterbearbeitet (vgl. Musu/Vogel 2018).

ne⁵ ist die statistische Datengrundlage schlecht ausgestaltet und ein Handlungsbedarf in der betrieblichen Prävention schwer zu argumentieren.⁶

Arbeitsassoziierte Erkrankungen sind herausfordernd, was ihre Definition und statistische Erfassung betrifft. Das setzt sich in der praktischen Präventionsarbeit fort. Faller (2010, S. 25) sieht die Nachteile der betrieblichen Prävention darin, dass »multikausale Einflüsse auf Gesundheit sowie die subjektive Bewertung von Einflüssen« weitgehend ausgeklammert werden. Daran anknüpfend stellt sich die Frage, wie Qualität und Wirksamkeit von Präventionsarbeit sichergestellt werden können, wenn eindeutige kausale Zusammenhänge schwer herstellbar sind und mögliche Erfolge weit in der Zukunft liegen. Hier versuchen evidenzbasierte Präventionsansätze und Evaluationszugänge Grundlagen zu schaffen (vgl. Kliche et al. 2006; Mayring 2017; Spiel et al. 2013). Für den Bereich der Verhaltensprävention (Maßnahmen, die direkt auf das Verhalten von Individuen Einfluss nehmen) gibt es vergleichsweise umfassende Literatur und ausgereifte sozialpsychologische Modelle, etwa das Health Belief Model nach Becker oder die Theory of Planned Behavior nach Ajzen (vgl. Schwarzer 2004).

Die betriebliche Prävention verfolgt gemäß der Ausrichtung des AschG jedoch einen verhältnisorientierten Ansatz. Durch Einflussnahme auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen soll eine Gesundheitsschädigung der Arbeitnehmer*innen a priori soweit wie möglich ausgeschlossen werden. In diesem Bereich sind theoretische Modelle, die das Vorgehen der Prävention rahmen, weitaus weniger verbreitet (z.B. Braunger et al. 2009). Um Erfolgsfaktoren und Widerstände präventiver Maßnahmen in Organisationen herauszuarbeiten, können Anleihen bei der wissenschaftlichen Literatur zur systemtheoretisch orientierten Unternehmensberatung genommen werden (z.B. Willke 1996). Diese bildet einen inhaltlichen und habituellen Kontrast zur Fachberatung der betrieblichen Prävention und kann Ansatzpunkte für das Überdenken institutionalisierter Vorgehensweisen der betrieblichen Prävention liefern.

Mit dem Beitritt zur Europäischen Union wurde die Berücksichtigung psychischer Belastungsdimensionen zunächst in Bezug auf Bildschirmarbeit im Rahmen der Arbeitsplatzevaluierung ausdrücklich gefordert. Darunter ist die im ASchG § 4 geregelte Verpflichtung von Arbeitgeber*innen zur Ermittlung und Beurteilung von Gefahren sowie zur Festlegung von geeigneten Maßnahmen zu verstehen. Implizit waren die gesetzlichen Regelungen zum Arbeitnehmer*innenschutz auch

5 Siehe <https://osha.europa.eu/de/facts-and-figures/esener> (zuletzt abgerufen am 22.06.2022).

6 Das Europäische Gewerkschaftsinstitut (ETUI) kritisiert hinsichtlich der Systeme der gesetzlich verankerten Berufskrankheiten insbesondere die Unterrepräsentation von Frauen. Die Systeme seien in erster Linie am Modell des klassischen männlichen Industriearbeiters orientiert. Der Dienstleistungsbereich werde dagegen kaum abgebildet (vgl. Spreitzer 2017).

bei anderen Arbeitsplätzen nicht auf Unfallgefahren und den körperlichen Bereich beschränkt. Allerdings fehlte es in Betrieben und bei den gesetzlich festgelegten Akteur*innen an Wissen und Bewusstsein. Die Aktivitäten gingen selten über einzelne und unzusammenhängende Aktionen oder Projekte hinaus und wurden – wenn überhaupt – nur von größeren Unternehmen durchgeführt, die personell und strukturell entsprechend ausgestattet waren.

Im Jahr 2013 wurde schließlich im ASchG für alle Unternehmen und Arbeitsplätze explizit klargestellt: Psychische Belastungen gelten als Gefahren am Arbeitsplatz. Arbeitgeber*innen sind seitdem dazu verpflichtet, die Gefahren für die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer*innen zu ermitteln, zu beurteilen und darauf aufbauend Maßnahmen zur Gefahrenverhütung festzulegen. Mit dieser Gesetzesnovelle bekamen diesbezügliche Aktivitäten von Arbeitsinspektion, Unfallversicherungsträger*innen und Sozialpartner*innen Rückenwind. So wurde erstmals gezielt und umfassend an der Bewusstseinsbildung sowie an der Festlegung und Vermittlung handlungswirksamer Leitlinien gearbeitet. Die EU-OSHA-Kampagne 2014–2015 »Gesunde Arbeitsplätze – den Stress managen« gab einen weiteren Impuls dazu. Sie wurde auch von der Arbeitsinspektion, der AUVA und den Sozialpartner*innen (insbesondere der Arbeitnehmer*innenvertretung) aufgegriffen.

Wenn also Kratzer und Dunkel (2013) feststellen, Arbeit und Gesundheit seien in einen systematischen Konflikt geraten, der sich zunehmend in die Arbeitnehmer*innen verlagere, braucht es neue Strategien des Arbeitnehmer*innenschutzes. Das Versprechen eher kurzfristiger Win-Win-Lösungen (etwa durch die Verbesserung von Arbeitsprozessen oder die Optimierungen von Arbeitnehmer*innen und Arbeitsorganisation) kann selbst Teil des Problems der Überlastung werden, weil die Ressourcen nicht parallel zu den Anforderungen erhöht werden beziehungsweise an die Grenzen ihrer Steigerbarkeit gelangen. Es stellt sich folglich die Frage, wie die dargestellten Herausforderungen im Feld der betrieblichen Prävention aufgegriffen und weitervermittelt werden. Dafür, wie betriebliche Prävention aussehen und worauf sie sich stärker konzentrieren soll, gibt es durchaus normative Vorschläge, insbesondere im deutschen Kontext von Arbeitsschutzbehörden und Berufsgenossenschaften (vgl. Lempert-Horstkotte/Wellmann 2009; Cernavin et al. 2018). In Österreich ist dieser übergeordnete Blickwinkel weniger stark ausgeprägt. Am ehesten findet sich ein solches Anliegen in der »Österreichischen ArbeitnehmerInnenschutzstrategie«, in deren Rahmen sich nationale und regionale Akteur*innen des Arbeitnehmer*innenschutzes vernetzen, um eine gemeinsame Strategie zur Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen zu entwickeln und umzusetzen.⁷ Wie und mit

7 Im Jahr 2020 läuft die zweite österreichische *ArbeitnehmerInnenschutzstrategie* aus, die 2013 startete. Sie nennt die Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen in Zusammenhang mit psychischen Belastungen als eine der Zielsetzungen. Diesbezügliche In-

welchen Herangehensweisen und theoretischen Grundlagen versucht wurde, das Thema in den Betrieben zu verankern, soll die empirische Analyse klären.

formationen und Dokumente sind unter https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Uebergreifen-des/Arbeitsschutz_-_Allgemeines/Arbeitsschutz_-_Allgemeines.html abrufbar (zuletzt abgerufen am 23.01.2021).