

Einleitung: Psychosoziale Risiken und betriebliche Krankheitsprävention

Arbeitsassozierter Stress und seine vermeintlichen Folgen wurden in den letzten Jahren mit Schlagzeilen wie »Stress im Job verkürzt Lebenszeit bei Männern« oder »7600 Krankenstände wegen Depressionen und Burnout« verstärkt problematisiert. Ursachen und Verbreitung werden als neue Risiken der Arbeit in unterschiedlichen Disziplinen und organisatorischen Kontexten wissenschaftlich untersucht.¹ Ein Blick auf die Statistik der arbeitsbezogenen Fehlzeiten zeigt, dass sich die Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen seit Mitte der 1990er Jahre verdreifacht haben (vgl. Leoni 2019). Allerdings sind eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen psychosozialen Belastungen von Erwerbsarbeit und Krankheitsfolgen schwer herzustellen.

In den letzten Jahrzehnten treten die erhöhten Anforderungen an die Fähigkeiten zum Selbstmanagement sowie ein steigender Druck zur ständigen Selbstoptimierung in einer marktdominierten Gesellschaft zunehmend in das Blickfeld sozialwissenschaftlicher Analysen. Diese legen vielfach einen Zusammenhang mit neuen Formen von Erkrankungsrisiken nahe und diskutieren gesellschaftliche Entwicklungen wie Individualisierungstrends, die Subjektivierung von Arbeit, Aktivierungsbestrebungen am Arbeitsmarkt und den Übergang von der Disziplinar- zur Leistungsgesellschaft als soziale Kontextfaktoren. Betriebliche Prävention soll entsprechend dem österreichischen *ArbeitnehmerInnenschutzgesetz* (ASchG) für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit sorgen, das heißt insbesondere Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen vorbeugen. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind sozialversicherungsrechtlich definierte Tatbestände, an die spezifische Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger*innen geknüpft sind. Berufskrankheiten sind in der Anlage 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gelistet und können unter den dort angeführten Voraussetzungen anerkannt werden. Dem Kausalitätsprinzip folgend

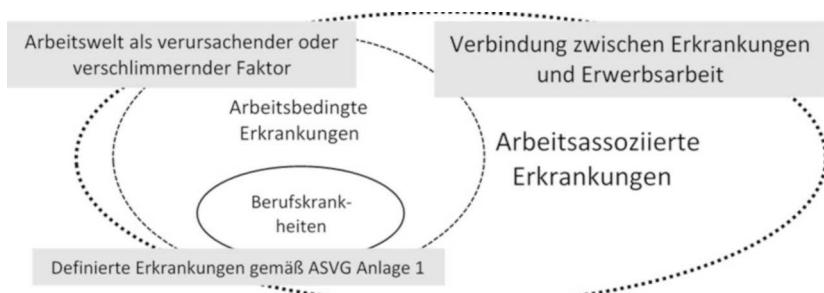
¹ Vgl. u.a. Eichmann/Saupe 2014; EU-OSHA 2016; Eurofound/ILO 2017; Haubl et al. 2013; Keupp/Dill 2010; Kivimäki et al. 2018; Neckel/Wagner 2014; Scheibenbogen et al. 2017; Siegrist/Dragano 2008.

müssen sie durch Ausübung der die Versicherung begründenden Beschäftigung verursacht sein (vgl. ASVG §177). Dagegen ist der allgemeinere Begriff Arbeitsbedingte Erkrankung zwar im ASchG zu finden, aber nicht näher definiert. Im Gegensatz zur Berufskrankheit ist mit ihm kein Anspruch auf Leistungen verbunden. Die Arbeitswelt ist »verursachender oder verschlimmernder Faktor« (Kuhn 2001, S. 3).

In jüngster Zeit wird zunehmend der Begriff Arbeitsassoziierte Erkrankungen verwendet, der noch breiter angelegt ist. Er verweist auf die Verbindung zwischen der Erwerbstätigkeit und dem Auftreten bestimmter Erkrankungen, ohne Kausalitäten festzulegen. Das ist unter anderem dem Umstand geschuldet, dass die Ätiologie² vieler Krankheiten (etwa Krebserkrankungen oder Depressionen) einen komplexen, multifaktoriellen und längerfristigen Prozess darstellt. Wissenschaftliche Forschung zum Einfluss von Erwerbsarbeit auf die Krankheitsentstehung wird selten quantitativ auf empirisch höherem Niveau durchgeführt. Sie ist aufwendig, selten als Längsschnittuntersuchung angelegt und – bezogen auf wissenschaftliche Gütekriterien – oft nicht hinreichend aussagekräftig.

Nachfolgend werden arbeitsassoziierte Erkrankungen als übergeordnete Bezeichnung für Krankheiten verwendet, die in Verbindung mit der Erwerbsarbeit stehen. Es handelt sich daher um einen Oberbegriff, der arbeitsbedingte Erkrankungen und Berufskrankheiten als spezifische Teilmengen miteinschließt. Zwar fußt er auf wissenschaftlich plausibel dargelegten Zusammenhängen zwischen Arbeit und Krankheit, allerdings müssen diese nicht an quantitative empirische Forschungsergebnisse mit eindeutigen und verallgemeinerbaren Kausalitäten geknüpft sein (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Arbeitsassoziierte Erkrankungen als Oberkategorie für Erkrankungen in Zusammenhang mit Erwerbsarbeit



(Quelle: eigene Darstellung)

² Ätiologie beschreibt die Beschäftigung mit den Ursachen für das Entstehen einer Krankheit.

Da sich die Prävention im Betrieb aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte auf die Vermeidung von Arbeitsunfällen spezialisiert und als ingenieurwissenschaftliche Disziplin etabliert hat, stellt die Vorbeugung von arbeitsassoziierten Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar. Das gilt umso mehr für den Umgang mit aktuellen psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz, die mit Erkrankungen wie Depressionen und Burnout in Zusammenhang gebracht werden. Dazu zählen etwa Leistungs- und Zeitdruck, Selbstoptimierungszwänge und die Angst vor Arbeitsplatzverlust. Diese sind in der technikorientierten Sinnwelt der betrieblichen Vorbeugung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur schwer zu fassen und primärpräventiv, also vor Eintritt einer Schädigung zu bearbeiten. Die Integration der psychosozialen gesundheitsbezogenen Herausforderungen einer veränderten Arbeitswelt in die betriebliche Prävention geschieht daher eher zögerlich, indem neue Belastungen mit ›altbewährten‹ technikorientierten Methoden behandelt werden, ohne der Spezifität dieser Belastungen ausreichend Rechnung zu tragen.

In der Folge stimmen die Arbeitsrealität vieler Arbeitnehmer*innen und die durch betriebliche Prävention behandelten Problemlagen immer weniger überein. Die durch fortschreitende Individualisierung, Flexibilisierung und Entgrenzung veränderte Arbeitswelt lässt sich nicht in die nach wie vor ›traditionell‹ hierarchische und mechanistische betriebliche Prävention einpassen. Daran angelehnt lautet meine Arbeitshypothese: Durch die – in der betrieblichen Prävention vorherrschende – ingenieurwissenschaftliche Fiktion von Unternehmen als rationale, streng hierarchische und nach eindeutigen Ursache-Wirkungs-Beziehungen funktionierende Industriebetriebe haben betriebliche Präventionskonzepte und -praktiken immer weniger Anknüpfungspunkte an die sich im Zuge von gesellschaftlichen Individualisierungs- und Subjektivierungsprozessen verändernde Arbeitswelt. Daraus resultieren drei forschungsleitende Fragstellungen:

- 1) Was sind – bezogen auf die psychische Belastungssituation – die wesentlichen Veränderungen der Arbeitswelt seit den 1980er Jahren, die für die Gestaltung der institutionalisierten Prävention von arbeitsassoziierten Erkrankungen in Österreich relevant sein können – sowohl auf einer thematischen (*welchen Erkrankungen vorbeugen*) als auch auf einer methodischen Ebene (*wie vorbeugen*)?
- 2) Inwieweit können diese Veränderungen der Arbeitswelt in die institutionalisierte betriebliche Prävention Eingang finden? Welche Grenzen zeigen sich?
- 3) Welche Bedeutung haben die Veränderungen in der Erwerbsarbeit für die Gestaltung der institutionalisierten Prävention von arbeitsassoziierten Erkrankungen? Welche Rolle spielen dabei die gesetzlich zuständigen Institutionen der öffentlichen Verwaltung: die Arbeitsinspektion und die gesetzliche Unfallversicherung?

In die Analyse fließen wissenschaftliche Literatur, gesetzliche Grundlagen, statistische Daten sowie ausgewählte Publikationen von Akteur*innen der betrieblichen Prävention ein. Nähere Einblicke in die Vermittlung von Präventionsthemen zwischen gesetzlichen Vorgaben und betrieblicher Praxis gibt meine empirische Untersuchung.

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Individualisierungsthese von Ulrich Beck (1986; 1995; siehe Kapitel 1.1). Er beschreibt Individualisierung in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungen als einen ambivalenten Prozess im Übergang zur zweiten reflexiven Moderne.³ Dieser Prozess ist mit Chancen auf mehr Selbstbestimmung ebenso verbunden wie mit Risiken gesellschaftlicher Destabilisierung und veränderten Formen der sozialen Reintegration durch Standardisierung. Zudem spielen das Selbst und vor allem die zunehmende Selbstbezogenheit von Individuen eine wesentliche Rolle. Implikationen des Individualisierungsprozesses für die gesundheitlichen Belastungen bei der Erwerbsarbeit lassen sich daraus allerdings kaum ableiten. Daher werden weitere theoretische Grundlagen herangezogen, um mögliche Zusammenhänge zwischen den prognostizierten individualisierten Verhältnissen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene und spezifischen Arbeitsanforderungen und Ansprüchen an die Arbeit sowie den damit assoziierten Gesundheitsgefahren für Arbeitnehmer*innen herauszuarbeiten.

Anknüpfungspunkte bietet die Debatte zur Subjektivierung von Arbeit, die einerseits die steigenden Ansprüche von Arbeitnehmer*innen an die Arbeit berücksichtigt und andererseits höhere Arbeitsanforderungen von Arbeitgeber*innenseite im Sinne eines intensivierten Zugriffs auf die Subjektivität von Beschäftigten thematisiert. Wie bereits Ende der 1990er Jahre mit dem Konzept des Arbeitskraftunternehmers von G. Günter Voß und Hans J. Pongratz herausgearbeitet wurde, sollen Arbeitnehmer*innen durch vermehrte Selbstkontrolle sowie zunehmende Selbstökonomisierung und -rationalisierung verstärkt unternehmerisch agieren. Dabei werden sowohl Organisations- und Strukturierungsleistungen innerhalb der Erwerbsarbeit als auch Grenzziehungen beziehungsweise die Koordination unterschiedlicher Lebensbereiche zunehmend Arbeitnehmer*innen überantwortet. Fragen der Gesundheit sollen ebenso wie Fragen der Produktivität eigenverantwortlich durch die Beschäftigten bearbeitet und gelöst werden.

3 Beck unterscheidet zwischen der industriegesellschaftlich und naturwissenschaftlich geprägten ersten Moderne, die gesellschaftliche Problemstellungen durch verbesserten Technikeinsatz und Wirtschaftswachstum, durch wissenschaftlichen Fortschritt und durch den Ausbau der funktionalen Differenzierung zu lösen versucht. Daraus entstehen aber neue, selbst geschaffene Problemlagen, die durch diese institutionalisierten Lösungswege kaum adäquat bearbeitet werden können. Die Gesellschaft muss sich in der Folge zunehmend mit sich selbst auseinandersetzen. Die Moderne wird reflexiv. Für dieses Stadium der Moderne verwendet Beck die Begriffe zweite oder reflexive Moderne.

Die Ausbreitung von Marktprinzipien und die gesellschaftliche Idealisierung von Menschen als unternehmerische, sich permanent selbst optimierende Wesen fördert nicht nur Autonomie und die Entfaltung individueller Potenziale, sondern kann auch zu Überforderung und negativen Gesundheitsfolgen wie Erschöpfung, Burnout und Depressionen führen. Geringe soziale Unterstützung und existenzielle Absicherung verschärfen die Problematik, die insbesondere bei prekär Beschäftigten und Arbeitslosen ihren Ausdruck findet. Das Ideal zunehmender Selbstbestimmung in der Erwerbsarbeit wird zudem widersprüchlich in die Praxis umgesetzt. Selbst in Bereichen, die formal mehr Gestaltungsautonomie eröffnen, sind die Arbeitsprozesse und -ergebnisse durch digitalisierte Systeme einer stärker standardisierten Kontrolle unterworfen. Dieses Spannungsfeld ist bei personenbezogenen Dienstleistungen besonders deutlich ausgeprägt (z.B. mobile Pflegekräfte, die in einem knappen Aufgaben- und Zeitkorsett die Klient*innen individuell und empathisch unterstützen sollen) und kann das Entstehen von persönlichen und beruflichen Krisen forcieren.

Im Rahmen seiner Individualisierungsthese hebt Beck (1986) die zunehmende Widersprüchlichkeit der Lebensrealität von Individuen und der normativen Kraft gesellschaftlicher Institutionen hervor. Daran anschließend wird im Folgenden die Passung von Erfahrungen und Belastungen individualisierter und subjektivierter Arbeit einerseits und institutionalisierten Praktiken der betrieblichen Prävention andererseits genauer unter die Lupe genommen. In diesem Zusammenhang ist die zunehmende Vermarktlichung ein wichtiges Thema, insofern sich die Intention, den Markt als zentrales Organisations- und Regulationsprinzip von Staat und Gesellschaft zu etablieren, verbreitet. Marktprinzipien werden auch zu einer inneren Anforderung, nach der Subjekte ihr Leben und Handeln, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen, ihre Wünsche und Ziele gestalten, entwickeln und organisieren sollen. So beschreibt es etwa Ulrich Bröckling (2019) anhand der Subjektivierungsform des unternehmerischen Selbst. Als zunehmend bedeutsame Belastungsformen werden diese marktorientierten Anforderungen in der betrieblichen Prävention allerdings kaum aufgegriffen. Das kann unter anderem mit einer geringen Wahrnehmungsfähigkeit von Themen außerhalb des technisch-industriell institutionalisierten Blickfeldes der betrieblichen Prävention zusammenhängen, aber auch auf eine Überforderung im präventiven Umgang mit diesen neueren Belastungskonstellationen von Arbeit verweisen, welche die Grenzen der klassischen Präventionsarbeit sprengen.

Betriebliche Prävention in einem eng begrenzten Verständnis ist auch demokratiepolitisch problematisch, da sie einen immer größer werdenden Teil der Arbeitnehmer*innen ausklammert. Für viele Gefährdungen, die diese Gruppe der Erwerbstätigen treffen, werden keine präventiven Strategien entwickelt und keine entsprechenden Interventionen gesetzt. Vor diesem Hintergrund gilt es, die historische Etablierung und Institutionalisierung der Krankheitsprävention im

Erwerbskontext und die ingenieurwissenschaftlichen Ursprünge der betrieblichen Prävention genauer in den Blick zu nehmen. Die konstruktivistische Perspektive von Berger und Luckmann (2009) liefert einen geeigneten Analyserahmen, um die historische Entwicklung, den Einfluss von Technik und Ingenieurwesen sowie den hierarchischen Zuschnitt betrieblicher Prävention theoretisch zu fassen. Ein Schwerpunkt betrifft die Frage, wie die gesellschaftliche Wirklichkeit der betrieblichen Krankheitsprävention auf Ebene der öffentlichen Institutionen – Arbeitsinspektion und Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – sozial konstruiert und weitervermittelt wird. Dabei sollen nicht nur der Konstruktionsprozess und die historisch tradierten Herangehensweisen der betrieblichen Prävention analysiert, sondern auch deren Legitimation diskutiert werden. Es stellt sich die Frage, ob und wie veränderte Menschenbilder und Herrschaftstechniken sowie damit verbundene Belastungen für Arbeitnehmer*innen inhaltlich und methodisch in der betrieblichen Prävention berücksichtigt werden.

Abgesehen von der engen Koppelung an die Entwicklung von Technik und Ingenieurwesen liegen die Wurzeln der *betrieblichen* Krankheitsprävention in Abgrenzung zur Unfallverhütung in der *allgemeinen* Krankheitsprävention. Bis heute spielen Präventionsdiskurse eine wesentliche Rolle und sind mit gänzlich unterschiedlichen Sichtweisen auf Arbeitnehmer*innen verbunden. Sie unterscheiden sich unter anderem in Hinblick auf Gefahren- versus Risikoorientierungen, individuelle versus kollektive Ansätze, gesetzliche Verpflichtungen versus freiwillige Angebote sowie krankheitsvorbeugende versus gesundheitsfördernde Zugänge. Es gibt also einerseits eine strukturalistische, bedingungsbezogene Perspektive, die das Subjekt weitgehend ausblendet oder als widerständigen Störfaktor betrachtet. Andererseits existiert eine subjektzentrierte Perspektive, die Autonomie und Selbstverantwortung in den Vordergrund rückt. Letztere ist häufig mit einer Individualisierung von Gesundheitsverantwortung verbunden und problematisiert kollektive Eingriffe zum Schutz von Arbeitnehmer*innen tendenziell als Autonomieverlust und Einschränkung individueller Freiheiten.

Nach dieser konzeptionellen Einordnung wird ein Überblick über die Linien des Wandels von Erwerbsarbeit geleistet, bevor konkrete Zusammenhänge mit dem Krankheitsgeschehen hergestellt werden (siehe Kapitel 2). Das Zusammenspiel nationaler Entwicklungen und globaler Vernetzung manifestiert sich unter anderem in Outsourcing-Prozessen, Fortschritten im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien, Tertiärisierung von Arbeit, in Privatisierungstendenzen und einer abnehmenden Verhandlungsmacht von Arbeitnehmer*innenvertretungen. Belastungen für Arbeitnehmer*innen entstehen vermehrt im Kontext weniger stabiler und unsicherer Erwerbsbiografien und damit verbundenen Abstiegsängsten. Hinzu kommen Herausforderungen des individuellen Austarierens von Anforderungen aus bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter gesellschaftlicher Arbeit, etwa Kinder- und Altenbetreuung.

Die Erwerbsarbeit selbst weist ebenfalls veränderte Belastungskonstellationen auf. So haben sich allein durch den Tertiärisierungsprozess die Arbeitsanforderungen von physisch-manuellen zu kognitiven und affektiven Tätigkeiten verschoben. Verbunden mit Arbeitsintensivierung, verstärkter Ergebnisorientierung und einer auf diese abzielenden indirekten Steuerung von Arbeit entstehen neuartige Phänomene, die unter dem Begriff Interessierte Selbstgefährdung⁴ Eingang in die wissenschaftliche Literatur gefunden haben. Zudem erhöhen Entgrenzungsentwicklungen von Arbeit im Kontext des steigenden Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, flexibler Arbeitszeiten und mobiler Arbeitsorte die Anforderungen an die Selbstorganisationsfähigkeiten der Beschäftigten enorm. Diese äußeren Anforderungen treffen häufig auf erweiterte innere Ansprüche von Selbstverwirklichung und sozialer Anerkennung durch Erwerbsarbeit, die mit einer hohen Verausgabungsbereitschaft verbunden sind. Das kann die Gefahr von Selbstüberforderung bis hin zur Erschöpfung erhöhen und langfristig insbesondere für die soziale und finanzielle Absicherung problematisch sein, die immer mehr an die Arbeitsfähigkeit und selbstverantwortliche Gesundheitserhaltung der Arbeitnehmer*innen gekoppelt ist.

Angesichts der Aus- und Wechselwirkungen der veränderten Erwerbsarbeit und dem Gesundheits- und Krankheitsgeschehen lohnt sich ein Blick in statistische Daten und wissenschaftliche Erkenntnisse zu Fehlzeiten und subjektiv wahrgenommenen Belastungen sowie die Analyse aktueller Diskussionen rund um das Burnout-Syndrom und andere Erschöpfungsphänomene. So zählen nach Muskel-Skelett-Erkrankungen Stress, Depressionen und Angsterkrankungen zu den meistgenannten gesundheitlichen Problemen in Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit in Europa. Das epidemiologisch gut untersuchte Arbeitsstressmodell von Robert Karasek (Job-Demand-Control-Modell) stellt einen Zusammenhang her zwischen hohen Arbeitsanforderungen – kombiniert mit geringen Entscheidungsspielräumen – und einem erhöhten Risiko, an Depressionen zu erkranken. Ähnliches zeigt sich anhand Johannes Siegrists Modell beruflicher Gratifikationskrisen, wenn erbrachte Arbeitsleistungen nicht entsprechend wertgeschätzt und honoriert werden (vgl. Siegrist 2019). Die klare Grenzziehung zwischen äußeren Bedingungen und persönlichen Dispositionen, die diese Modelle nahelegen, ist allerdings vor dem Hintergrund der Vermischung innerer und äußerer Zumutungen von Arbeit sowie im Kontext der Ideologisierung⁵ des unternehmerischen Selbst (vgl. Bröckling 2019) und

4 Damit ist die Bereitschaft von Arbeitnehmer*innen gemeint, die eigene Gesundheit für eine höhere Arbeitsleistung zu riskieren.

5 Mit dem Begriff der ideologisierten Subjektivität bezeichnen Kleemann u.a. (2019) die gesellschaftliche Formierung von Subjektivität, um Individuen auf die Übernahme subjektivierter Arbeitsbedingungen vorzubereiten.

der Machttechnik der Psychopolitik⁶ nur schwer aufrechtzuerhalten. Kontinuierliche und schier grenzenlose am Subjekt ansetzende Selbstoptimierungsforderungen können ohne Gegengewicht in die totale Selbstausbeutung münden – inklusive des Raubbaus an der eigenen Gesundheit.

Um negative gesundheitliche Auswirkungen von Erwerbsarbeit zu verhindern, wurde im Zuge der Industrialisierung betriebliche Krankheitsprävention im System der sozialen Sicherheit institutionalisiert. Es stellt sich also die Frage, wie eine institutionalisierte Prävention arbeitsassozierter Erkrankungen als Feld der Sozialpolitik mit den Herausforderungen, die sich im Zuge der Veränderung der Arbeitswelt ergeben, umgehen kann (siehe Kapitel 3). In der Diskussion dieser Fragestellung wird die betriebliche Prävention im Kontext des Systems sozialer Sicherheit analysiert, wobei vier von Dixon (1999) herausgearbeitete wohlfahrtsstaatliche Denkmuster von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der betrieblichen Prävention sind: die Meister-Knecht-Tradition, der Versicherungsgedanke, der wohlfahrtsstaatliche Paternalismus und die Tradition der Vermarktlichung. Anknüpfend an das letztgenannte Denkmuster wurden in den letzten Jahrzehnten einerseits finanzielle und verhaltensbezogene Folgewirkungen des Sozialstaates zunehmend öffentlich problematisiert und andererseits die Reduktion sozialstaatlicher Leistungen und die Einführung von Marktprinzipien in das soziale Sicherungssystem im Sinne von ›weniger Staat‹ legitimiert. Der Faktor Angst als vermeintlicher Motivator gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung und wird zu einem Prinzip der aktivierenden Sozialpolitik.

Von diesem sozialpolitischen Paradigmenwechsel ist die Prävention arbeitsassozierter Erkrankungen bisher kaum direkt betroffen. Es zeigen sich allerdings einige wechselseitige Einflüsse und Verbindungen im Feld des Arbeitnehmer*innen-schutzes. Auf Ebene der Akteur*innen kommen der Arbeitsinspektion und der gesetzlichen Unfallversicherung als öffentliche Vermittlungsinstanzen zwischen Gesetz und Betrieb eine wesentliche Bedeutung zu. Sie können die Möglichkeiten des Umgangs mit Themen der psychischen Gesundheit und Krankheit bei der Arbeit nicht nur eröffnen und fördern, sondern auch einschränken und begrenzen. Die skizzierten gesellschaftlichen und arbeitsbezogenen Entwicklungen stellen sie zudem vor neue Herausforderungen. So müssen unter anderem neuere psychosoziale Belastungsformen in die Präventionsarbeit inkludiert werden. Darüber hinaus scheinen etablierte konzeptuelle Differenzierungen zwischen kollektiven und individuellen Ausrichtungen von Prävention immer weniger adäquat und die bislang

6 Individuen werden durch die Nutzung der Machtstruktur der Psyche regiert und regieren sich dadurch gleichsam selbst. Psychopolitik bildet daher nach Rau (2010) die Grundlage für die weitgehend unkritische Übernahme und aktive Mitwirkung von Arbeitnehmer*innen an der Vermarktlichung ihrer Subjektivität.

dominante Orientierung an klassisch männlich geprägten Industriebetrieben wird zunehmend hinterfragt.

In der hier vorgestellten empirischen Untersuchung werden die Ausrichtung und die Praxis der öffentlichen Vermittlungsinstanzen als Nahtstellen zwischen gesetzlicher Rahmung und betrieblicher Umsetzung von Präventionsagenden näher beleuchtet (siehe Kapitel 5). Erweitert und ergänzt wird diese Annäherung durch qualitative Expert*inneninterviews mit Führungskräften und Mitarbeiter*innen des für Arbeit zuständigen Ministeriums, der gesetzlichen Unfallversicherungsträger*innen und der Sozialpartner*innen sowie mit Anbieter*innen von Präventionsleistungen in Betrieben. Zu den ausgewählten öffentlichen Dokumenten zum präventiven Umgang mit arbeitsbedingter psychischer Belastung gehören Gesetze und Normen ebenso wie einschlägige Informationen und Unterstützungsangebote für Betriebe. Die Grounded Theory bildet den forschungsstrategischen Ausgangspunkt für den Umgang mit den Dokumenten, die Auswahl der Expert*innen sowie die Analyse des verschriftlichten empirischen Materials (vgl. Glaser/Strauss 2005). Im Sinne der interpretativen Sozialforschung stehen die Wahrnehmungs-, Beobachtungs- und Handlungsregeln der öffentlichen Vermittlungsinstanzen bei der betrieblichen Prävention arbeitsassozierter Erkrankungen im Fokus.

Abschließend werden die Schlussfolgerungen der vorangegangenen Abschnitte zusammengeführt und resümierend diskutiert, um schlussendlich Ansatzpunkte aufzuzeigen, die eine umfassendere Integration von psychosozialen Risiken in die betriebliche Prävention arbeitsassozierter Krankheiten ermöglichen. Zudem wird der weitere Forschungs- und daran anknüpfende Handlungsbedarf erörtert. Schließlich liefert das Ergebnis der Untersuchung einen Beitrag zu einer materialen Theorie⁷ über die Praktiken der betrieblichen Prävention arbeitsassozierter Erkrankungen vor dem Hintergrund einer sich verändernden Arbeitswelt. Aufgezeigt werden also konkrete Anknüpfungspunkte für eine inhaltliche und methodische (Neu-)Ausrichtung. Außerdem werden die grundlegenden Handlungsprämissen betrieblicher Prävention geklärt. Das könnte es den Akteur*innen in diesem Feld erleichtern, die eigenen Traditionen und Wertvorstellungen zu reflektieren und neue gesellschaftliche Entwicklungen, die für Lebens- und Arbeitsrealität von Arbeitnehmer*innen relevant sind, in die Präventionsarbeit zu integrieren.

7 Eine materiale Theorie bezieht sich auf ein bestimmtes Sachgebiet der Sozialforschung (vgl. Glaser/Strauss 2005; siehe Kapitel 5.1).

