

Einer für alle(s) – Alle(s) für einen? Zur Arbeitssituation und Kooperation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen¹

Christian Seubert, Lisa Hopfgartner, Sylvia Peißl, Jürgen Glaser & Pierre Sachse

Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Institut für Psychologie

ZUSAMMENFASSUNG

Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitspsychologen sind gleichermaßen, aber mit unterschiedlichen Schwerpunkten mit Arbeitnehmerschutz, betrieblicher Gesundheitsförderung und lern- und persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung befasst. Der Arbeitssituation der präventiv Tätigen selbst wurde in der Wissenschaft, vor allem in Österreich, bisher jedoch wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Studie, die von der Bundesarbeitskammer sowie von den jeweiligen Berufsgruppenvertretungen unterstützt wurde, leistet einen Beitrag zur Reduktion dieses Forschungsdefizits. In einer Vorstudie (N = 31) wurden Experteninterviews mit Praktikern, Berufsgruppenvertretern, Sozialpartnern und Arbeitsinspektoren durchgeführt. Die dabei mittels qualitativer Inhaltsanalyse identifizierten Themen bildeten die Grundlage für die Hauptstudie (N = 530), eine österreichweit durchgeführte Onlinebefragung unter Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen. Ziele der Studie waren die Ermittlung der Arbeitssituation jeder Berufsgruppe sowie die Identifikation von Chancen und Hindernissen in der interdisziplinären Kooperation. In diesem Beitrag werden die wichtigsten Befunde dargestellt, sofern sie alle Berufsgruppen betreffen. Im Mittelpunkt steht dabei die Kooperation der Berufsgruppen. Auf Basis dieser Ergebnisse leiten wir Handlungsempfehlungen für die berufliche Praxis und für politische Entscheidungsträger ab, um die Arbeitssituation und interdisziplinäre Kooperation der Berufsgruppen nachhaltig zu stärken.

Schlüsselworte

Arbeitssituation – Kooperation – Arbeitsmediziner – Sicherheitsfachkräfte – Arbeitspsychologen

ABSTRACT

Occupational physicians, safety specialists, and work psychologists are engaged equally, but with distinct foci, in occupational health and safety, workplace health promotion, and work design that promotes learning and personality development. However, working conditions in these professions themselves have been largely neglected by current scientific research, especially in Austria. A study that was supported by the Federal Chamber of Labor as well as by associations of the respective occupational groups contributes to close this research gap. In a preliminary study (N = 31), expert interviews were conducted with practitioners, occupational group representatives, social partners, and labor inspectors. The results were subjected to qualitative content analysis and subsequently identified topics served as a base for the main study (N = 530), an Austria-wide online survey among occupational physicians, safety specialists, and work psychologists. The aims of the study were to analyze the labor situation of each occupational group as well as to identify opportunities and obstacles in interdisciplinary cooperation. In this article, we report the essential findings as far as they concern all occupational groups, with a special focus on cooperation. On the basis of these results, we offer recommendations for further action for both practitioners and policy makers, guided by the overall objective to improve working conditions of and interdisciplinary cooperation among the occupational groups.

Keywords

Labor situation – cooperation – occupational physicians – safety specialists – work psychologists

¹ Die Studie war Bestandteil des Forschungsprojektes „Bestandsaufnahme der Arbeitssituation der ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte und ArbeitspsychologInnen“ gefördert durch die Bundesarbeitskammer (BAK), die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ÖGA), den Verband Österreichischer Sicherheits-Experten (VÖSI), den Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und die Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP).

1 Arbeitnehmerschutz² in Österreich

Der Arbeitnehmerschutz hat in Österreich eine lange geschichtliche Entwicklung aufzuweisen. Der Ursprung geht bis ins Kaiserreich zurück. Bereits 1859 wurde mit dem staatlichen Auftrag der Gewerbeordnung Prävention verpflichtend festgelegt. Erste präventive Tätigkeiten entstanden aber erst durch einen kaiserlichen Erlass im Jahr 1895, wodurch die Arbeiterunfallversicherungsanstalten erstmals bei der Vorschreibung der Beiträge die Gefährlichkeit der Betriebe berücksichtigen mussten (Friedl, 2002). Aufgrund der zunehmenden Industrialisierung zu Beginn des 20. Jahrhunderts nahmen Arbeitsunfälle drastisch zu. Um dieser Fehlentwicklung entgegenzuwirken, wurden in Unternehmen sog. „Sicherheitsmänner“ (heute als Sicherheitsfachkräfte bekannt) eingesetzt, die für Sicherheit am Arbeitsplatz sorgen sollten (Schmalhofer, 2002). Sicherheitsfachkräfte hielten somit als erste Präventivfachkräfte Einzug in die Arbeitswelt. Vor allem durch die rasch voranschreitende Technisierung und die damit einhergehenden, steigenden Unfallraten in Betrieben wurden Sicherheitsfachkräfte nach dem 2. Weltkrieg vermehrt von Unternehmern bestellt. Wie sich später herausstellen sollte, gab ihnen der Erfolg Recht. So ist die Zahl der Arbeitsunfälle in Österreich seit Jahren rückläufig und erreichte im Jahr 2013 ihren Tiefstand seit 1974 (Leoni, 2014).

Mitte des 20. Jahrhunderts gewann der Zusammenhang von Arbeit und berufsbedingten Erkrankungen, und damit das Fachgebiet Medizin, für den Arbeitnehmerschutz zunehmend an Interesse. Den Begriff „Arbeitsmedizin“ führte die ständige Kommission für Berufskrankheiten und Arbeitshygiene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Lyon schon im Jahr 1929 ein. Die erste arbeitsmedizinische Betreuung in Österreich wurde 1973 für Unternehmen mit mehr als 750 Mitarbeitern und ab 1979 für Unternehmen mit mehr als 250 Beschäftigten eingeführt (Klien, 2011). Mit ihrem Fachwissen sind Mediziner in besonderem Maß qualifiziert, Gesundheitsgefahren auch am Arbeitsplatz zu erkennen und so Krankheiten vorzubeugen.

Mit dem Beitritt Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Jahr 1993 mussten auch die Arbeitsschutzbestimmungen den Richtlinien der EWR angepasst werden. Bis dato war das Arbeitnehmerschutzgesetz (ASchG, BGBl. Nr. 234/1972) in der jeweiligen Fassung die wichtigste rechtliche Grundlage für den Arbeitnehmerschutz in Österreich. Das neue ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG, BGBl.

Nr. 450/1994) trat mit 1. Jänner 1995 in Kraft und bildet bis heute die Grundlage für den Schutz des Lebens, der Gesundheit und Sittlichkeit der Arbeitnehmer in Österreich. Nach § 3 Abs. 1 ASchG lauten die allgemeinen Pflichten für Arbeitgeber folgendermaßen:

Arbeitgeber sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen. Die Kosten dafür dürfen auf keinen Fall zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Arbeitgeber haben die zum Schutz des Lebens, der Gesundheit sowie der Integrität und Würde erforderlichen Maßnahmen zu treffen, einschließlich der Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gefahren, zur Information und zur Unterweisung sowie der Bereitstellung einer geeigneten Organisation und der erforderlichen Mittel.

Für diese Aufgabe müssen vom Arbeitgeber geeignete Fachleute hinzugezogen werden. Im ASchG werden Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner als Präventivfachkräfte mit genauen Tätigkeitsbereichen definiert. Dabei behandelt § 73 bis § 77 ASchG die Aufgaben und Tätigkeitsschwerpunkte von Sicherheitsfachkräften und § 79 bis § 82 ASchG definiert Aufgabenbereiche der Arbeitsmediziner.

Seit dem Erlass dieses Gesetzes haben sich die Arbeitsbedingungen aufgrund des Wandels vom Produktions- zum Dienstleistungssektor und der zunehmenden Globalisierung allerdings grundlegend geändert. Im Jahr 2015 arbeiteten ca. 70 % aller erwerbstätigen Österreicher in der Dienstleistungsbranche, ca. 25 % in der Industrie bzw. im Gewerbe und nur mehr 5 % in der Land- und Forstwirtschaft (Statistik Austria, 2014). Diese gesellschaftliche Entwicklung ging mit veränderten Anforderungen an den arbeitenden Menschen einher, die eine Verlagerung von physischen hin zu psychischen arbeitsbedingten Belastungen nach sich ziehen und in Folge zu gesundheitlichen Problemen führen können. Eine Untersuchung der Statistik Austria (2009) zeigte, dass rund 2,4 Mio. erwerbstätige Österreicher (ca. 60 % aller Erwerbstätigen in Österreich) von körperlichen und/oder psychischen Belastungen am Arbeitsplatz berichteten. Aus einer Folgeuntersuchung im Jahr 2013 (Statistik Austria, 2014) wurde deutlich, dass „Bürokrankheiten“ (Kopfschmerzen, übermüdete Augen, Stress, Depressionen, Nackenschmerzen) einen erheblichen Anstieg verzeichneten. Stress, Depression und Angstzustän-

² Der Paartherapeut Jürg Willi machte mit dem folgenden Satz deutlich, dass eine befriedigende Lösung des Genderproblems in der Sprache nicht möglich ist: „Wenn man/frau mit seiner/ihrer Partner/in zusammenleben will, so wird er/sie zu ihr/ihm in ihre/seine oder sie/er in seine/ihre Wohnung ziehen.“ Aus Gründen der Lesbarkeit wird daher in diesem Beitrag auf eine geschlechtergerechte Schreibweise verzichtet. Wo nicht explizit auf ein bestimmtes Geschlecht Bezug genommen wird, sind stets Männer und Frauen gleichermaßen angesprochen.

de sind von 2007 auf 2013 um mehr als das Doppelte (von 52 000 auf 108 000 betroffene Personen, also um 105.4 %) angestiegen (Statistik Austria, 2014). Zudem stieg die Zahl der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen und hat sich seit Mitte der 1990er Jahre fast verdreifacht (Leoni, 2014). Volkswirtschaftlich betrachtet sind diese Zahlen alarmierend, denn Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen dauern etwa dreimal so lange (durchschnittlich ca. 13 Tage, Krankenstandsdauer aufgrund psychischer Erkrankungen durchschnittlich 39 Tage; Zahlen aus dem Jahr 2013; Leoni, 2014).

Der Gesetzgeber reagierte auf diese Entwicklungen mit einer Novellierung des ASchG, in der klar gestellt wurde, dass neben physischen auch arbeitsbedingte psychische Belastungen evaluiert werden müssen. Seit dem 01.01.2013 wird daher im Gesetz explizit darauf hingewiesen, dass im Zuge der Arbeitsplatzevaluierung auch psychische Belastungen von Fachleuten beurteilt werden müssen. Bereits im Jahr 2002 wurden weitere Berufsgruppen unter dem Begriff „sonstige geeignete Fachleute“ ins ASchG aufgenommen, die ihr Fachwissen einbringen und gegebenenfalls vom Arbeitgeber beauftragt werden können. Als sonstige geeignete Fachleute werden im Gesetz „Chemiker, Toxikologen, Ergonomen, insbesondere jedoch Arbeitspsychologen“ (§ 4 Abs. 6 und § 82a Abs. 5 ASchG) genannt. Arbeitspsychologen werden hier zwar besonders hervorgehoben, es besteht aber – trotz der drastischen Zunahme arbeitsbedingter psychischer Belastungen – dennoch keine Verpflichtung, Arbeitspsychologen allgemein im Rahmen der Arbeitsplatzevaluierung, oder speziell zur Evaluierung psychischer Belastungen, zu bestellen.

Über die konkreten Umsetzungen des Arbeitnehmerschutzes in Österreich ist aufgrund fehlender Daten wenig bekannt. Die Wissenschaft hat es bisher versäumt, den Arbeitnehmerschutz in Österreich sowie Arbeitsplatzevaluierungen bei präventiv Tätigen zu untersuchen. Hier setzt die vorliegende Studie an, indem erstmals systematisch die Arbeitssituation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen (nachfolgend als *Präventivdienste* bezeichnet, vgl. 7. Abschnitt ASchG) untersucht wird, da diese Fachleute – wie oben begründet – zentrale Akteure für den Arbeitnehmerschutz in Österreich sind.

Die Studie entstand im Rahmen eines Projektes, das im Auftrag der Bundesarbeitskammer (BAK) und in Kooperation mit den Berufsverbänden von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen [Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ÖGA), Verband Österreichischer Sicherheits-Experten (VÖSI), Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP), Gesellschaft kritischer Psychologinnen und Psychologinnen (GkPP)] an der Universität Innsbruck durchgeführt wurde.

Ziel des Projekts war, zunächst relevante Themen der Arbeitssituation aller drei Berufsgruppen zu identifizieren, um diese dann in einer österreichweiten Befragung systematisch zu untersuchen.

Der vorliegende Beitrag fasst die Kernbefunde der Studie zusammen, soweit sie alle drei Berufsgruppen betreffen. Dies bedeutet, dass wir zum einen die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ergebnisse der Berufsgruppen aus allen Themenbereichen herausarbeiten, zum anderen berichten wir die vollständigen Ergebnisse zur Kooperation der Berufsgruppen. Aus den Befunden der Studie werden Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung der Arbeitssituation der präventiv Tätigen in Österreich gegeben.

Ferner beschreiben wir in diesem Beitrag den Ablauf der Studie und stellen alle in der Studie verwendeten Messinstrumente inkl. Gütekriterien vor. Daher bildet dieser Beitrag den Rahmen und die Grundlage für die nachfolgenden drei berufsgruppenspezifischen Beiträge in diesem Heft, die der detaillierten Darstellung der Befragungsergebnisse für jeweils eine Berufsgruppe gewidmet sind. Um Redundanzen zu vermeiden, verweisen die nachfolgenden Beiträge an manchen Stellen auf den vorliegenden Beitrag.

Ausführliche Ergebnisse der Studie sind einem gesonderten Bericht zu entnehmen, welcher der Bundesarbeitskammer sowie den Berufsgruppenvertretungen (ÖGA, VÖSI, BÖP, GkPP) vorliegt.

2 Methode

2.1 Vorgehen

Das Projekt wurde im Zeitraum von November 2014 bis Dezember 2015 in zwei Teilstudien durchgeführt. In der ersten, qualitativen Studie wurden Experteninterviews mit Praktikern, Berufsgruppenvertretern, Sozialpartnern (Arbeitgeber- / Arbeitnehmervertretern) und Arbeitsinspektoren geführt. Ziel war es, den Arbeitsalltag und die Rahmenbedingungen der präventiven Tätigkeit aus Sicht verschiedener Akteure kennenzulernen. Die transkribierten Interviews wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) mit dem Ziel unterzogen, relevante Themenbereiche zu identifizieren. Dabei wurden einerseits Themen aufgegriffen, die übereinstimmend in mehreren Interviews genannt wurden. Daneben wurden auch Einzelnennungen berücksichtigt, die eine besondere Relevanz für die gesamte Berufsgruppe vermuten ließen. Die ermittelten Einzelthemen wurden zu den Themenbereichen *Tätigkeitsschwerpunkte, Aus- und Weiterbildung, Rahmenbedingungen der Tätigkeit, berufliche Fehlbelastungen, Befinden und berufliche Identität* sowie *Chancen und Hindernisse einer interdisziplinären*

linären Kooperation aggregiert. Weiterhin wurden die berufsgruppenspezifischen Themen *Nachwuchs und Ausbildung* (Arbeitsmediziner), *Weiterbildung und interne Konkurrenz* (Sicherheitsfachkräfte) und *prekäre Arbeitsverhältnisse und Identitätsfindung* (Arbeitspsychologen) identifiziert. Die Themen dienten als inhaltlicher Rahmen für die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens. Neben den ganz überwiegend selbst entwickelten Items flossen in den Fragebogen auch einzelne validierte Kurzskalen ein. Der entwickelte Itempool wurde mit den Mitgliedern des Steuerkreises als Expertengremium inhaltlich abgestimmt. Der endgültige Fragebogen enthielt 195 Items für alle drei Berufsgruppen sowie weitere Zusatzfragen für Arbeitsmediziner (26 Items), Sicherheitsfachkräfte (25 Items) und Arbeitspsychologen (12 Items).

Die quantitative Hauptstudie wurde als bundesweite Onlinebefragung durchgeführt, in der aktiv tätige Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitspsychologen befragt wurden. Die Befragung lief vom 1. Juni bis 31. Juli 2015 und wurde von den Mitgliedern des Projektsteuerkreises durch Verlinkung auf assoziierten Webseiten und durch gezielten (postalischen und elektronischen) Versand von Einladungen bekanntgemacht.

2.2 Stichprobe

Im Rahmen der Vorstudie wurden $N_1 = 31$ Experten befragt. An der Hauptstudie beteiligten sich insgesamt $N_2 = 530$ Personen, darunter 147 Arbeitsmediziner, 261 Sicherheitsfachkräfte und 122 Arbeitspsychologen. Die älteste Gruppe stellten Arbeitsmediziner dar ($M = 51.90$ Jahre, $SD = 8.52$), gefolgt von Sicherheitsfachkräften ($M = 48.76$ Jahre, $SD = 9.74$) und Arbeitspsychologen als jüngster Gruppe ($M = 42.01$ Jahre, $SD = 8.86$). Entsprechend stellte sich auch die jeweilige Berufserfahrung dar: Arbeitsmediziner ($M = 16.17$ Jahre, $SD = 8.25$) hatten durchschnittlich mehr Berufserfahrung als Sicherheitsfachkräfte ($M = 11.55$ Jahre, $SD = 7.95$) oder Arbeitspsychologen ($M = 9.14$ Jahre, $SD = 7.10$). Alle Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich Alter und Berufserfahrung waren statistisch signifikant [Alter: $F(2,521) = 39.35$, $p < .01$; Berufserfahrung: $F(2,521) = 28.52$, $p < .01$; alle post-hoc-Tests $p \leq .02$]. Es nahmen 95 Arbeitsmedizinerinnen (65 % aller Teilnehmer dieser Berufsgruppe), 17 weibliche Sicherheitsfachkräfte (7 %) und 87 Arbeitspsychologinnen (71 %) teil. Weitere, die Stichprobe beschreibende Merkmale können in den berufsgruppenspezifischen Beiträgen in diesem Heft nachgelesen werden.

2.3 Instrumente

Die selbsterstellten Items wurden nicht mit dem Ziel entworfen, eindimensionale Konstrukte in Skalen abzubilden. Da aber angesichts der Informationsfülle eine aggregierte Betrachtung in den Beiträgen dieses Hefts geboten war, wurden die Items themenbezogen durch Mittelwertbildung zu ungewichteten additiven Indizes zusammengefasst (Bortz & Döring, 2006).

Tabelle 1 fasst die wichtigsten Kennwerte der in dieser Studie verwendeten Indizes und Skalen zusammen. Alle aus selbsterstellten Items berechneten Indizes waren auf einer fünfstufigen Likertskala mit den Abstufungen 1 = *nein, gar nicht*, 2 = *eher nein*, 3 = *teils, teils*, 4 = *eher ja* sowie 5 = *ja, genau* zu beantworten. Nachfolgend werden alle Indizes bzw. Skalen beschrieben. Die Beispielitems verdeutlichen in Kombination mit der Antwortskala, wie die Werte zu interpretieren sind.

Die *Zufriedenheit mit der eigenen Ausbildungsqualität* wurde mit einem Item erhoben („Ich bin mit der Qualität meiner Ausbildung zufrieden“). Bezüglich der *Zufriedenheit mit der Weiterbildung* konnte die Verfügbarkeit von Angeboten und die Zufriedenheit mit dem Angebot der Berufsgruppenvertretung bewertet werden (2 Items, Beispielitem „Es gibt für mich ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten“). Die *Zufriedenheit mit der Entlohnung* umfasste die Aspekte eigene Entlohnung und das Verhältnis von Entlohnung und Aufwand sowie Qualität (3 Items, Beispielitem „Für meinen Arbeitsaufwand werde ich angemessen entlohnt“).

Bei den Fehlbelastungen wurden die folgenden Indizes gebildet: *unrealistische Erwartungen seitens Arbeitgebern* (4 Items, Beispielitem „Arbeitgeber verlangen immer wieder Aufgaben, die eigentlich nicht zu meinen Tätigkeiten gehören“), und *seitens Arbeitnehmern* (3 Items, Beispielitem „Manche Mitarbeiter haben Wünsche oder Erwartungen, die ich nicht erfüllen kann, da sie nicht zu meiner präventiven Tätigkeit gehören“), Schwierigkeiten bei der *Durchsetzung von Veränderungen* (3 Items, Beispielitem „Arbeitgeber sind gegenüber geplanten Veränderungen immer wieder skeptisch“), Probleme bei der *Erfolgsmessung von Maßnahmen* (3 Items, Beispielitem „Die Erfolgsmessung einer Maßnahme oder Intervention ist in meiner Tätigkeit generell schwierig“), *Konflikte in multiprofessionellen Teams* (2 Items, Beispielitem „In multiprofessionellen Teams kommt es nach meiner Erfahrung immer wieder zu Konflikten“), *Schweigepflicht* (2 Items, Beispielitem „Die Schweigepflicht ist immer wieder hinderlich, um Mitarbeitern angemessen helfen zu können“), *Überforderung durch Flexibilität* (2 Items, Beispielitem „Weil viele Termine von außen vorgegeben sind, hetze ich immer wieder von Unternehmen zu Unternehmen“), *Dokumentationsaufwand*

Tabelle 1: Deskriptive Statistiken der verwendeten Indizes bzw. Skalen.

Merkmale	Typ	Items	Range	N	α	M	SD
<i>Aus- und Weiterbildungssituation</i>							
Zufriedenheit mit Ausbildungsqualität	E	1	1-5	529	-	3.95	0.92
Nachwuchssituation ^a	I	4	1-5	145	.76	3.69	0.78
Zufriedenheit mit Weiterbildung	I	2	1-5	526	.73	3.42	0.96
Gesetzliche Weiterbildungspflicht ^b	I	3	1-5	259	.87	3.85	1.07
Zufriedenheit mit Entlohnung	I	3	1-5	524	.73	3.42	0.88
Zentrales Register für SFK ^b	I	2	1-5	255	.86	3.33	1.19
<i>Fehlbelastungen</i>							
Unrealistische Erwartungen seitens AG	I	4	1-5	530	.77	2.63	0.84
Unrealistische Erwartungen seitens AN	I	3	1-5	530	.65	2.57	0.75
Durchsetzung von Veränderungen	I	3	1-5	528	.68	3.59	0.68
Erfolgsmessung von Maßnahmen	I	3	1-5	527	.62	3.46	0.77
Konflikte in multiprofessionellen Teams	I	2	1-5	517	.85	2.61	0.78
Schweigepflicht	I	2	1-5	529	.69	2.04	0.85
Überforderung durch Flexibilität	I	2	1-5	528	.64	2.04	0.89
Dokumentationsaufwand	E	1	1-5	526	-	2.79	1.15
Wettbewerbssituation	I	2	1-5	502	.69	3.22	1.05
Interne Konkurrenz ^b	I	6	1-5	234	.71	2.98	0.75
Informationsprobleme	I	3	1-5	529	.67	2.77	0.77
<i>Berufliche Identität</i>							
Prekäre Arbeitsverhältnisse ^c	I	6	1-5	122	.75	3.45	0.73
Berufliche Identitätsfindung ^c	I	5	1-5	119	.72	3.04	0.72
Unsicheres & undefiniertes Berufsbild ^c	I	11	1-5	122	.82	3.27	0.64
Wertschätzung	I	3	1-5	523	.76	3.61	0.81
Identifikation mit dem Beruf	I	3	1-5	523	.83	3.86	0.85
Rollenkonflikt	S	3	1-5	524	.58	2.61	0.80
Rollenunklarheit	S	3	1-5	524	.82	1.75	0.67
<i>Leistungsfähigkeit und Befinden</i>							
Arbeitsfähigkeit	E	1	0-10	526	-	8.35	1.59
Wohlbefinden	S	5	1-6	524	.89	4.25	0.99
Berufliche Sinnerfüllung	S	6	1-5	523	.91	4.08	0.70
<i>Konkurrenz</i>							
Konkurrenz mit AM ^{b,c}	I	3	1-5	372	.82	2.17	0.98
Konkurrenz mit SFK ^{a,c}	I	3	1-5	258	.74	1.98	0.80
Konkurrenz mit AP ^{a,b}	I	3	1-5	372	.79	1.84	0.83

Hinweis: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, α = Cronbachs Alpha, AG = Arbeitgeber, AN = Arbeitnehmer, AM = Arbeitsmediziner, SFK = Sicherheitsfachkräfte, AP = Arbeitspsychologen. Typ: E = Einzelitem, I = Index, S = Skala.

^a nur Arbeitsmediziner wurden befragt, ^b nur Sicherheitsfachkräfte wurden befragt, ^c nur Arbeitspsychologen wurden befragt.

(Einzelitem „Ich empfinde die Dokumentationspflicht als hinderlich“), *Wettbewerbssituation* (2 Items, Beispielitem „Der Preis ist immer wieder das ausschlaggebende Kriterium, ob ich einen Auftrag bekomme“) sowie *Informationsprobleme* [3 Items, Beispielitem „Es ist schwierig, in der unübersichtlichen Vielfalt an Vorschriften (Gesetze, Verordnungen, Grenzwerte usw.) immer auf dem aktuellen Stand zu bleiben“].

Vier Aspekte der beruflichen Identität wurden erhoben. Der Index *Wertschätzung* erfasste das wahrgenommene Ansehen in der Gesellschaft, bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern (3 Items, Beispielitem „Mit der gesellschaftlichen Wertschätzung, die mir entgegengebracht wird, bin ich zufrieden“). Das Ausmaß der *Identifikation mit dem Beruf* wurde mit 3 Items erfasst (Beispielitem „Mein Beruf ist mein Traumberuf“). Zwei Formen von Rollenstress wurden mit ausgewählten Items der Skalen von Rizzo, House und Lirtzman (1970) gemessen (fünfstufiges Antwortformat von 1 = *nein, gar nicht* bis 5 = *ja, genau*). 3 Items erfassten das Ausmaß von erlebtem Intrasender- und Intersenderkonflikt (nachfolgend als *Rollenkonflikt* bezeichnet, Beispielitem „Ich erhalte unvereinbare Aufträge von zwei oder mehreren Personen“), und 3 Items fokussierten auf Unklarheiten bezüglich der Erwartungen an die eigene berufliche Rolle (nachfolgend als *Rollenunklarheit* bezeichnet; Beispielitem „Ich weiß genau, was von mir erwartet wird“; die Items wurden vor Bildung der Skala umgepolt).

Leistungsfähigkeit und Befinden der Befragten wurde mit drei Skalen erhoben. *Arbeitsfähigkeit* wurde mit dem ersten Item des Work Ability Index (Ilmarinen, 2007) erhoben, welches sich in einer Studie von Ahlstrom, Grimby-Ekman, Hagberg und Dellve (2010) als valider, ökonomischer Indikator erwiesen hat. Die „derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit“ ist auf einer elfstufigen Likertskala von 0 = *voll arbeitsunfähig* bis 10 = *derzeit die beste Arbeitsfähigkeit* einzuschätzen. Die Häufigkeit von erlebtem, allgemeinem *Wohlbefinden* wurde mit den 5 Items des WHO Well-Being Index (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015) auf einer sechsstufigen Likertskala (von 1 = *zu keinem Zeitpunkt* bis 6 = *die ganze Zeit*) erhoben (Beispielitem „In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune“). Die subjektive Erfahrung von Sinn im Arbeitskontext wurde mit der Skala *Berufliche Sinnerfüllung* erhoben (Schnell, Höge & Pollet, 2015), bei der 6 Items auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 = *trifft überhaupt nicht zu* bis 5 = *trifft vollkommen zu* beantwortet wurden (Beispielitem „Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll“).

Wahrnehmungen von *Konkurrenz* in der Kooperation mit Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften oder Arbeitspsychologen wurden mit jeweils 3 Items erfasst [Beispielitem „Aus meiner persönlichen Erfahrung kommt es mit (AM/SFK/AP) immer wieder zu

Konflikten um die Präventionszeit“]. Mitglieder einer Berufsgruppe wurden nur um die Einschätzung der Konkurrenz zu Mitgliedern der beiden anderen Berufsgruppen gebeten, nicht jedoch zu Mitgliedern der eigenen Berufsgruppe.

Ausschließlich Arbeitsmedizinern wurden Fragen zur Beurteilung der *Nachwuchssituation* gestellt (4 Items, Beispielitem „Die Entwicklung der Nachwuchssituation ist besorgniserregend“). Aus spezifischen Items für Sicherheitsfachkräfte wurden drei Indizes gebildet: die Einstellung zur Einführung einer gesetzlichen *Weiterbildungspflicht* (3 Items, Beispielitem „Es sollte eine gesetzliche Weiterbildungspflicht für Sicherheitsfachkräfte geben“), die Einstellung zur Einführung eines *zentralen Registers für Sicherheitsfachkräfte* in Österreich [2 Items, Beispielitem „Eine zentral geführte ‚Liste der Sicherheitsfachkräfte in Österreich‘ (mit Eintragungspflicht) wäre ein hilfreiches Werbeinstrument, da Unternehmen damit leichter eine passende Sicherheitsfachkraft finden könnten“] sowie die wahrgenommene berufsgruppeninterne *Konkurrenz* (6 Items, Beispielitem „Es gibt zu viele Sicherheitsfachkräfte am Markt“). Die spezifischen Items für Arbeitspsychologen wurden zu den beiden Indizes *prekäre Arbeitsverhältnisse* (6 Items, Beispielitem „Es ist schwierig, sich als Arbeitspsychologe eine berufliche Existenz aufzubauen“) und *berufliche Identitätsfindung* (5 Items, Beispielitem „Die meisten Menschen wissen nicht, was ein Arbeitspsychologe macht“) zusammengefasst. Die Items dieser beiden Indizes wurden ferner zu einem globalen Index (11 Items) zusammengefasst, der *unsicheres und undefiniertes Berufsbild* genannt wurde.

Um aus den gemittelten Antworten auf jedes Item einen Trend zu „eher Zustimmung“ bzw. „eher Ablehnung“ herauslesen zu können, wurde jeweils das arithmetische Zentrum der Skala [Formel: (kleinste Antwortkategorie + größte Antwortkategorie) / 2] als „Grenzwert“ zwischen diesen beiden Trends definiert. Bei diesem Vorgehen muss aber stets berücksichtigt werden, ob und wie stark sich der Mittelwert tatsächlich von diesem „Grenzwert“ unterscheidet. Bei der hier meist verwendeten, fünfstufigen Antwortskala ist das arithmetische Zentrum der Wert 3, jedoch bedeutet letztlich der Wertebereich > 2.5 und < 3.5 stets noch eine gewisse Ambivalenz im Urteil (vgl. Wortlaut der mittleren Antwortkategorie: „teils, teils“).

3 Ergebnisse

3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Ergebnissen der befragten Berufsgruppen

Im Folgenden werden die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Befragungsergebnissen der

Tabelle 2: Ausprägungen ausgewählter Merkmale der Berufsgruppen im Vergleich.

Merkmal	Typ	AM [M (SD)]	SFK [M (SD)]	AP [M (SD)]
<i>Aus- und Weiterbildungssituation</i>				
Zufriedenheit mit der Ausbildungsqualität	E	3.62 [0.96] ^b	4.21 [0.77] ^{a,c}	3.71 [1.02] ^b
Genügend Ausbildungsstätten für die eigene Berufsgruppe	E	4.04 [0.96] ^c	4.22 [0.78] ^c	3.09 [1.25] ^{a,b}
Wunsch nach mehr Kooperation bereits in der Ausbildung	E	3.89 [1.10] ^c	4.06 [0.84] ^c	4.30 [0.89] ^{a,b}
Ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten	E	3.45 [1.04] ^b	3.72 [0.92] ^{a,c}	3.33 [1.11] ^b
<i>Rahmenbedingungen und Institutionen</i>				
Die AUVA ist eine hilfreiche und wichtige Institution	E	4.12 [0.82] ^c	4.23 [0.91] ^c	3.34 [1.38] ^{a,b}
Das AI ist eine hilfreiche und wichtige Institution	E	3.41 [1.10] ^{b,c}	4.07 [0.94] ^{a,c}	3.07 [1.33] ^{a,b}
Das AI sollte seine kontrollierende Funktion gegenüber Unternehmen verstärkt wahrnehmen.	E	3.26 [1.00] ^{b,c}	3.62 [1.04] ^{a,c}	3.93 [1.09] ^{a,b}
Manche Arbeitsinspektoren sind zu strikt in ihrer kontrollierenden Tätigkeit.	E	3.45 [1.10] ^{b,c}	3.14 [1.17] ^{a,c}	2.68 [1.20] ^{a,b}
Es sollte mehr einheitliche Standards in der Beurteilung seitens des Arbeitsinspektorats geben.	E	4.12 [0.85] ^c	3.97 [1.01] ^c	4.43 [0.74] ^{a,b}
Es sollte mehr zu Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheit geforscht werden.	E	4.03 [0.92] ^b	3.80 [0.89] ^{a,c}	4.22 [0.82] ^b
<i>Fehlbelastungen</i>				
Durchsetzung von Veränderungen	I	3.57 [0.61]	3.56 [0.70]	3.67 [0.73]
Erfolgsmessung von Interventionen	I	3.63 [0.67] ^{b,c}	3.39 [0.79] ^a	3.43 [0.83] ^a
Wettbewerbssituation innerhalb der eigenen Berufsgruppe	I	2.95 [0.95] ^{b,c}	3.33 [1.12] ^a	3.36 [0.96] ^a
Dokumentationspflicht ist hinderlich.	E	3.14 [1.03] ^{b,c}	2.70 [1.20] ^a	2.58 [1.12] ^a
<i>Befinden und Berufliche Identität</i>				
Wohlbefinden (Range 1-6)	S	4.21 [0.97]	4.19 [1.03]	4.41 [0.91]
Arbeitsfähigkeit (Range 0-10)	E	8.34 [1.35]	8.43 [1.63]	8.18 [1.77]
Ich kann einen wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen leisten.	E	4.01 [0.82] ^{b,c}	4.38 [0.73] ^a	4.27 [0.89] ^a
Berufliche Sinnerfüllung	S	3.91 [0.72] ^{b,c}	4.09 [0.67] ^{a,c}	4.29 [0.70] ^{a,b}
Wertschätzung	I	3.49 [0.74] ^c	3.55 [0.85] ^c	3.87 [0.74] ^{a,b}
Identifikation mit dem Beruf	I	3.74 [0.89] ^c	3.78 [0.81] ^c	4.17 [0.81] ^{a,b}
Rollenkonflikt	S	2.70 [0.72] ^c	2.67 [0.77] ^c	2.40 [0.91] ^{a,b}
Rollenunklarheit	S	1.90 [0.67] ^b	1.60 [0.62] ^{a,c}	1.88 [0.69] ^b

Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, AM = Arbeitsmediziner, SFK = Sicherheitsfachkräfte, AP = Arbeitspsychologen. Typ: E = Einzelitem, I = Index, S = Skala. Ranges aller Merkmale 1-5, sofern nicht anders vermerkt. Statistisch signifikante Unterschiede ($p < .05$) zu anderen Berufsgruppen sind folgendermaßen kenntlich gemacht: ^a Arbeitsmediziner, ^b Sicherheitsfachkräfte, ^c Arbeitspsychologen.

drei Berufsgruppen überblicksartig zusammengefasst. Dabei werden die Themen Aus- und Weiterbildung, Rahmenbedingungen und Institutionen, Fehlbelastungen sowie Befinden und berufliche Identität behandelt. Detailliertere Ergebnisse sind in den berufsspezifischen Beiträgen zu finden. Exakte Kennwerte (M und SD) sowie signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen für die nachfolgend diskutierten Merkmale sind in Tabelle 2 dargestellt. Wo im Text auf Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hingewiesen wird, sind diese jeweils auf dem Signifikanzniveau von $p < .05$ abgesichert.

Die *Aus- und Weiterbildungssituation* der eigenen Berufsgruppe wurde von Sicherheitsfachkräften, Arbeitsmedizinern und Arbeitspsychologen unterschiedlich gesehen. Am zufriedensten mit der Qualität der Ausbildung waren Sicherheitsfachkräfte, etwas weniger zufrieden waren Arbeitspsychologen und Arbeitsmediziner. Während die meisten Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner bestätigten, dass es genügend Ausbildungsstätten gebe, stimmten Arbeitspsychologen dem nur teilweise zu. Diejenigen Befragten, die hier Mängel sahen, wünschten sich mehr Ausbildungsmöglichkeiten (a) für Arbeitsmedizin in Salzburg (25 %), (b) für Sicherheitsfachkräfte in Niederösterreich (17 %) und (c) für Arbeitspsychologie vor allem in der Steiermark (26 %), Tirol (26 %), Vorarlberg (25 %) und Niederösterreich (24 %). Relativ einig waren sich die drei Berufsgruppen darüber, dass es bereits in der Ausbildung mehr Kooperation geben solle. Ausreichende Weiterbildungsangebote bestätigten am ehesten Sicherheitsfachkräfte, tendenziell stimmten dem aber auch Arbeitsmediziner und Arbeitspsychologen zu.

In der Beurteilung der *Rahmenbedingungen und Institutionen* zeigte sich, dass Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) klar als wichtige und hilfreiche Institution bewerteten, während Arbeitspsychologen dieser Aussage nur tendenziell zustimmten. Das Arbeitsinspektorat (AI) wurde von Sicherheitsfachkräften als gleichermaßen wichtig und hilfreich beurteilt, Arbeitsmediziner stimmten hier jedoch nur tendenziell zu und Arbeitspsychologen bewerteten das AI ambivalent. Während vor allem Arbeitspsychologen der Meinung waren, das AI als Institution sollte verstärkt seine kontrollierende Funktion wahrnehmen, befanden am ehesten Arbeitsmediziner, dass manche Arbeitsinspektoren zu strikt in ihrer kontrollierenden Tätigkeit seien. Relativ einig waren sich die drei Berufsgruppen aber darüber, dass es beim Arbeitsinspektorat mehr einheitliche Beurteilungsstandards geben solle. Ferner konstatierten alle drei Berufsgruppen einhellig einen Bedarf an wissenschaftlicher Forschung, vor allem zur Wirksamkeit von Prävention und zum Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM).

Werden die *Fehlbelastungen* in den drei Berufsgruppen verglichen, so wird deutlich, dass die Durchsetzung von Veränderungen und die Erfolgsmessung von Maßnahmen bei allen drei Berufsgruppen als die beiden stärksten Fehlbelastungen wahrgenommen wurden. Ferner wurde die Wettbewerbssituation innerhalb der eigenen Berufsgruppe von Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen als eher problematisch wahrgenommen. Arbeitsmediziner sahen hingegen den Dokumentationsaufwand als eher hinderlich an.

Das eigene *Befinden* und verschiedene Aspekte der *beruflichen Identität* wurden von den Befragten aus allen Berufsgruppen positiv beurteilt. So waren das allgemeine Wohlbefinden und die wahrgenommene Arbeitsfähigkeit bei Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen durchwegs sehr hoch ausgeprägt. Alle drei Berufsgruppen waren auch der Ansicht, dass sie einen wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen leisten können. Wahrgenommene berufliche Sinnerfüllung, erlebte Wertschätzung und Identifikation mit dem Beruf wurden von Befragten aus allen drei Berufsgruppen positiv beurteilt – ganz besonders positiv von Arbeitspsychologen. Während Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte die Wertschätzung und die Identifikation mit dem Beruf sehr ähnlich beurteilten, nahmen Sicherheitsfachkräfte mehr berufliche Sinnerfüllung wahr als Arbeitsmediziner. Rollenkonflikte wurden von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften stärker wahrgenommen als von Arbeitspsychologen. Rollenunklarheiten waren bei Sicherheitsfachkräften sehr gering ausgeprägt, während Arbeitsmediziner und Arbeitspsychologen etwas höhere, aber immer noch geringe Werte aufwiesen.

3.2 Zur Kooperation der Präventivdienste

Dieser Abschnitt beschreibt Aspekte der Kooperation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen miteinander sowie innerhalb der eigenen Berufsgruppe. Zur *Häufigkeit der Kooperation* ergab sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 1): 81 % der befragten Arbeitsmediziner arbeiteten mehrmals im Monat oder häufiger mit Sicherheitsfachkräften zusammen, 54 % mit anderen Arbeitsmedizinern und 35 % mit Arbeitspsychologen. Analog gaben 80 % der befragten Sicherheitsfachkräfte an, mehrmals im Monat oder häufiger mit Arbeitsmedizinern zusammenzuarbeiten, 45 % mit anderen Sicherheitsfachkräften und 11 % mit Arbeitspsychologen. Arbeitspsychologen wiederum arbeiteten am häufigsten mit Kollegen der eigenen Berufsgruppe zusammen (58 % mehrmals im Monat oder häufiger), gefolgt von Arbeitsmedizinern (45 %) und Sicherheitsfachkräften (35 %). Mit sonstigen Fachleuten arbeiteten Sicherheitsfachkräfte am häufigsten zusammen (18 % mehrmals im Monat oder

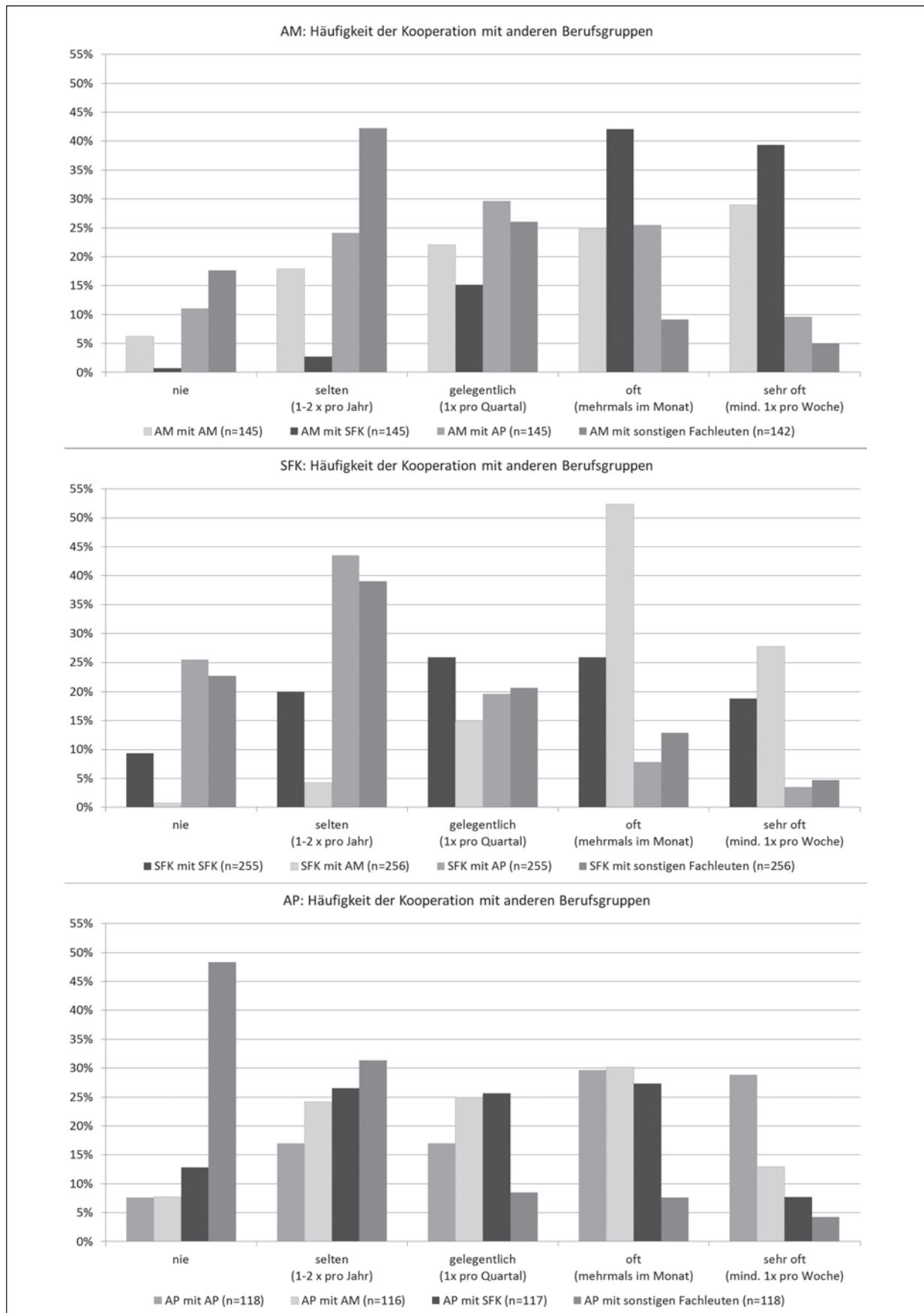


Abbildung 1: Häufigkeit der Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen.

häufiger), seltener Arbeitsmediziner (14 %) oder Arbeitspsychologen (12 %).

Befragte, die angaben, mit anderen präventiv Tätigen zu kooperieren, wurden nach den *Formen der Kooperation* befragt (vgl. Abbildung 2). Innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen war für alle Befragten der informell-fachliche Austausch die am häufigsten genannte Form der Kooperation (90 % der Arbeitsmediziner, 89 % der Sicherheitsfachkräfte und 84 % der Arbeitspsychologen). Aber auch der informell-fachliche Austausch mit den jeweils anderen beiden Berufsgruppen wurde oft genannt (Werte zwischen 57 % und 75 %). Bei der wechselseitigen Kooperation von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften waren erwartungsgemäß gemeinsame Begehungen (95 % der Arbeitsmediziner und 90 % der Sicherheitsfachkräfte) und gemeinsame Besprechungen in Unternehmen (82 % der Arbeitsmediziner und 81 % der Sicherheitsfachkräfte) die häufigste Kooperationsform. Auch Arbeitspsychologen waren häufig an gemeinsamen Besprechungen in Unternehmen beteiligt (69 % mit Arbeitsmedizinern, 70 % mit Sicherheitsfachkräften), jedoch weniger an gemeinsamen Begehungen (43 % mit Arbeitsmedizinern, 39 % mit Sicherheitsfachkräften).

Bei Formen einer intensiveren Kooperation unterschieden sich die Nennungen der Berufsgruppen stärker. Arbeitsmediziner gaben an, recht häufig gemeinsame Projekte in Unternehmen mit Sicherheitsfachkräften (59 %) und Arbeitspsychologen (61 %) durchzuführen, eher selten jedoch mit anderen Arbeitsmedizinern (35 %). Sicherheitsfachkräfte nannten hier in erster Linie Arbeitsmediziner (59 %), während Arbeitspsychologen (46 %) und andere Sicherheitsfachkräfte (40 %) seltener genannt wurden. Arbeitspsychologen führten gemeinsame, unternehmensinterne Projekte vorwiegend mit anderen Arbeitspsychologen durch (58 %), seltener mit Arbeitsmedizinern (46 %) oder Sicherheitsfachkräften (39 %). Eine noch engere Kooperation, die gemeinsame Leistungserbringung in Form eines Zusammenschlusses mit anderen präventiv Tätigen, wurde am ehesten noch mit Kollegen der eigenen Berufsgruppe praktiziert, im Allgemeinen jedoch eher selten: Etwa 23 % der Arbeitsmediziner erbrachten ihre Leistung im Zusammenschluss mit anderen Arbeitsmedizinern und 21 % der Sicherheitsfachkräfte arbeiteten im Zusammenschluss mit anderen Sicherheitsfachkräften. Eine Ausnahme bildeten Arbeitspsychologen, von denen 50 % angaben, im Zusammenschluss mit anderen Arbeitspsychologen tätig zu sein. Den Zusammenschluss mit einer anderen als der eigenen Berufsgruppe zur gemeinsamen Leistungserbringung bejahten nur zwischen 5 % und 14 % der Befragten.

Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitspsychologen, die angaben, nicht mit anderen

und/oder der eigenen Berufsgruppe zusammenzuarbeiten, wurden nach den *Gründen für die nicht stattfindende Kooperation* gefragt (Auswahlmöglichkeiten waren „habe keine Möglichkeit“, „sehe keine Notwendigkeit“, „habe schlechte Erfahrungen gemacht“, „ungünstige räumliche/zeitliche/finanzielle Rahmenbedingungen“). Aufgrund von geringen Fallzahlen in manchen Gruppen (teilweise $n = 1$) sind die Ergebnisse weniger aussagekräftig. Insgesamt wurde jedoch als weitaus häufigster Grund für eine nicht stattfindende Zusammenarbeit zwischen Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen die fehlende Möglichkeit zur Kooperation angegeben (Werte zwischen 54 % und 100 %).

Zur *Bewertung der Kooperation* mit der eigenen und den anderen Berufsgruppen ergab sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 5): Sicherheitsfachkräfte bewerteten die Kooperation mit Arbeitspsychologen nur tendenziell als sinnvoll ($M = 3.54$, $SD = 1.02$) und zeigten sich ambivalent bei der Frage, ob sie gerne verstärkt mit Arbeitspsychologen zusammenarbeiten würden ($M = 3.14$, $SD = 0.98$). Diese beiden Befunde unterschieden sich statistisch signifikant von den Einschätzungen der Befragten aus den anderen Berufsgruppen [$F(2,477) = 34.13$, $p < .01$ bzw. $F(2,477) = 8.13$, $p < .01$]. Davon abgesehen, bewerteten Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitspsychologen die Kooperation sowohl mit Vertretern der eigenen als auch der anderen Berufsgruppen durchgängig als sinnvoll (Mittelwerte zwischen 3.99 und 4.52) und würden die Zusammenarbeit tendenziell auch gerne intensivieren (Mittelwerte zwischen 3.40 und 3.66). Arbeitspsychologen berichteten teilweise [und stärker als die anderen Berufsgruppen, $F(2,477) = 18.78$, $p < .01$] von Schwierigkeiten in der Kooperation mit Arbeitsmedizinern ($M = 2.89$, $SD = 1.11$), während Arbeitsmediziner weniger Probleme in der Kooperation mit Arbeitspsychologen sahen ($M = 2.33$, $SD = 1.04$). Ansonsten wurde die intra- und interdisziplinäre Kooperation von den Befragten als eher unproblematisch bewertet (Mittelwerte zwischen 2.10 und 2.55). Die stellenweise und einseitig von Arbeitspsychologen berichteten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern spiegelten sich auch in einer asymmetrischen Wahrnehmung von Hierarchien wider (ohne Abbildung): Während 65 % der Arbeitsmediziner sich Arbeitspsychologen gleich gestellt fühlten und 34 % sich höher gestellt ansahen, bewerteten nur 47 % der Arbeitspsychologen sich den Arbeitsmedizinern gleich gestellt, dagegen sahen sich 52 % tiefer gestellt. Nur 1 % der Arbeitsmediziner sah sich tiefer gestellt und 1 % der Arbeitspsychologen sah sich höher gestellt. Im Vergleich dazu waren die Einschätzungen von Hierarchien bei den übrigen beiden Berufsgruppenpaaren, obgleich ebenfalls asymmetrisch, so doch deutlich weniger extrem. So sahen sich 65 % der Arbeitspsycho-

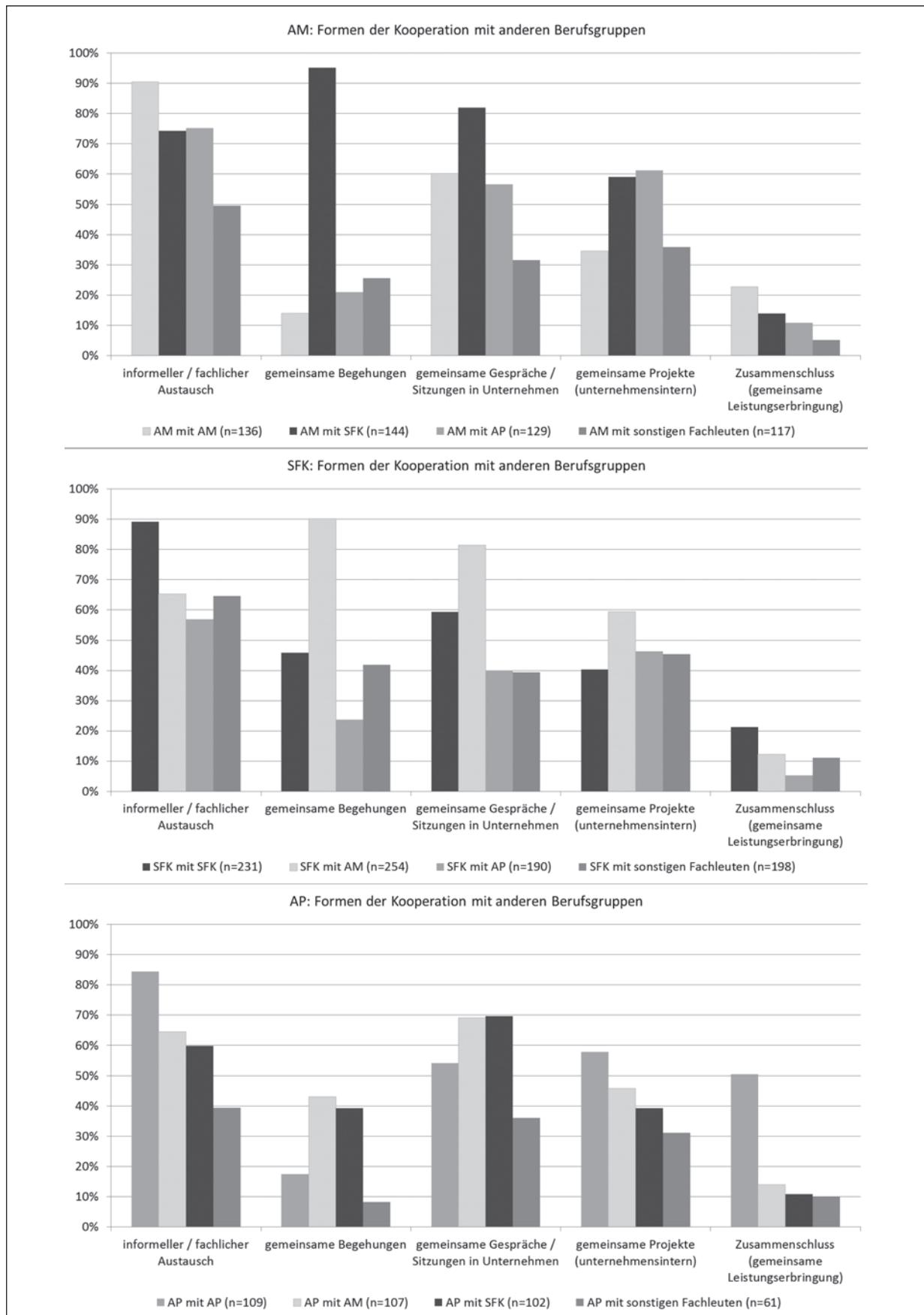


Abbildung 2: Kooperationsformen der verschiedenen Berufsgruppen.

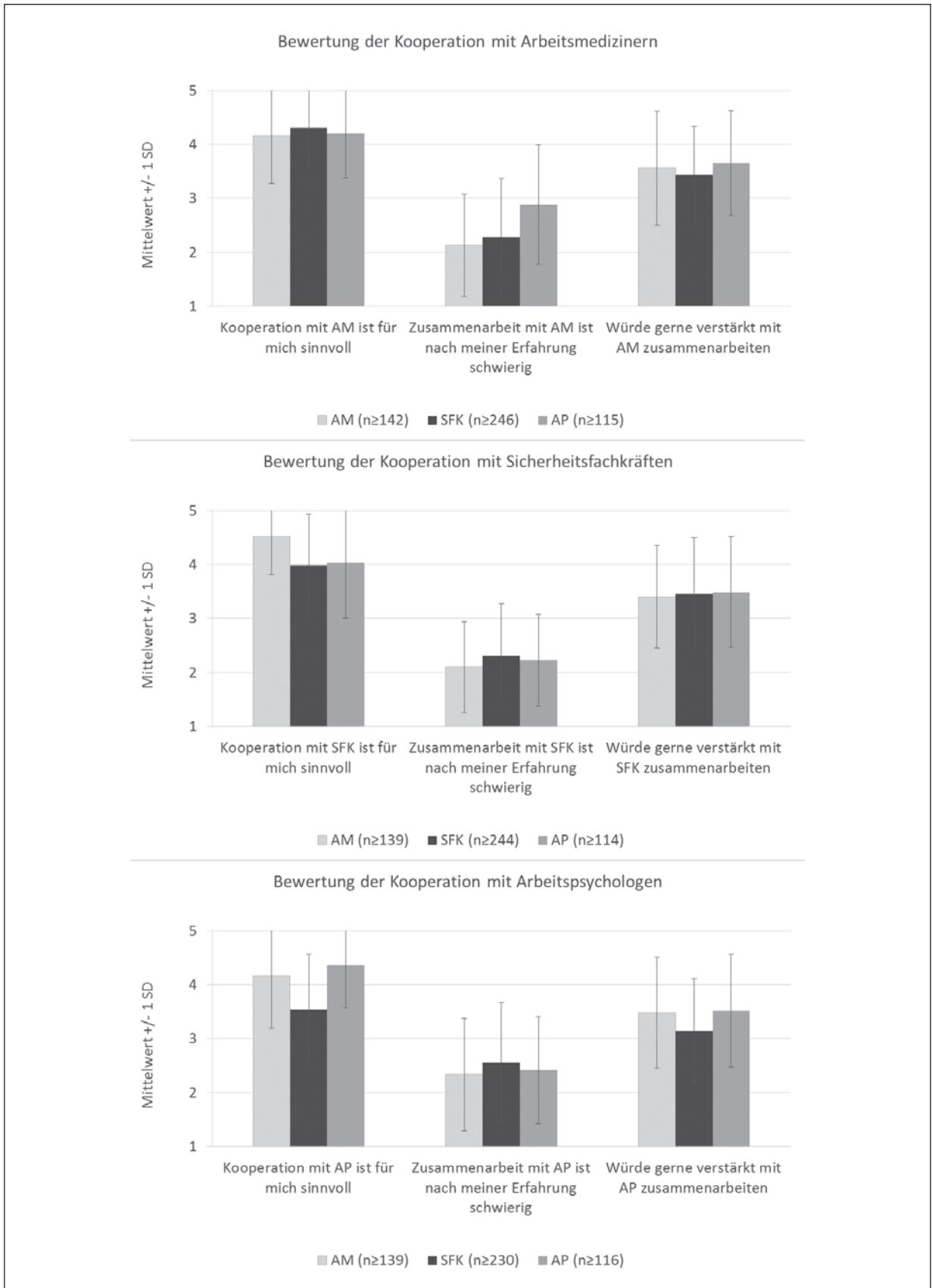


Abbildung 3: Bewertung der Kooperation mit den einzelnen Berufsgruppen.

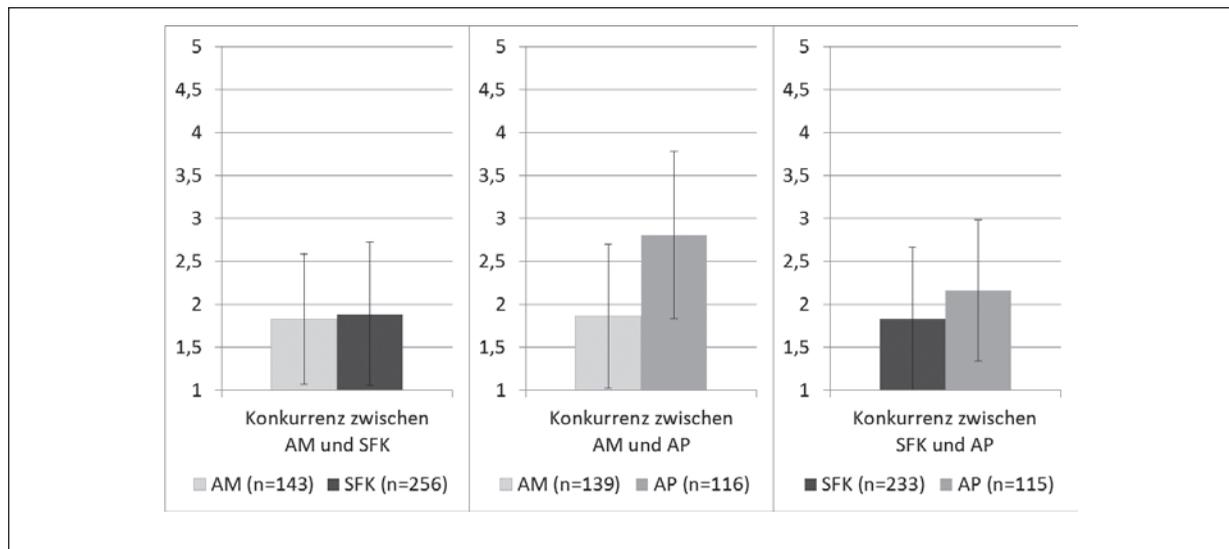


Abbildung 4: Wahrnehmungen von Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen.

logen den Sicherheitsfachkräften gleich gestellt (11 % tiefer und 24 % höher), während sich 52 % der Sicherheitsfachkräfte gleich gestellt sahen (27 % tiefer und 21 % höher). Zwar sahen sich 44 % der Arbeitsmediziner den Sicherheitsfachkräften höher gestellt (4 % tiefer) und nur 8 % der Sicherheitsfachkräfte sahen sich Arbeitsmedizinern höher gestellt (37 % tiefer), jedoch sah sich etwa die Hälfte der Arbeitsmediziner (52 %) wie auch der Sicherheitsfachkräfte (55 %) gleich gestellt.

Zur Wahrnehmung von *Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen* befragt (vgl. Abbildung 4), zeigte sich der Befund, dass sowohl Arbeitsmediziner als auch Sicherheitsfachkräfte kaum Konkurrenz zu den übrigen Berufsgruppen, Arbeitspsychologen eingeschlossen, sahen (Mittelwerte zwischen 1,85 und 1,89). Im Unterschied dazu berichteten Arbeitspsychologen von signifikant mehr Konkurrenz mit Sicherheitsfachkräften [$M = 2,16$, $SD = 0,82$; $t(346) = -5,51$, $p < .01$] und insbesondere mit Arbeitsmedizinern [$M = 2,81$, $SD = 0,98$; $t(253) = -8,35$, $p < .01$], wenn auch jeweils auf geringem bzw. moderatem Niveau.

Die Teilnehmer wurden schließlich auch zu ihrer Meinung über eine *Gleichstellung von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen im ASchG als Präventivfachkräfte* befragt. Erwartungsgemäß stimmte die große Mehrheit der befragten Arbeitspsychologen dem zu ($M = 4,65$, $SD = 0,79$), aber auch Sicherheitsfachkräfte befürworteten eine Gleichstellung ($M = 3,70$, $SD = 1,26$). Lediglich Arbeitsmediziner zeigten sich bei dieser Frage eher unentschlossen, wenngleich auch sie die Idee tendenziell begrüßten ($M = 3,16$, $SD = 1,29$).

4 Diskussion

4.1 Erkenntnisse der Studie

In der Studie wurde die Arbeitssituation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen untersucht. Die Teilnehmer der drei Berufsgruppen unterschieden sich hinsichtlich Lebensalter und Berufserfahrung. Der Unterschied im Lebensalter zwischen Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften (Arbeitsmediziner waren im Mittel 3,14 Jahre älter) ging mit einem größeren Unterschied in der Berufserfahrung einher (hier hatten Arbeitsmediziner im Mittel 4,64 Jahre mehr Berufserfahrung). Zu diesem Ergebnis tragen wenigstens zwei Faktoren bei: Zum einen leidet die Berufsgruppe der Arbeitsmediziner unter Nachwuchsmangel, zum anderen dauert die (arbeits-)medizinische Ausbildung länger als die Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft. Demgegenüber waren teilnehmende Arbeitspsychologen deutlich jünger und hatten vergleichsweise weniger Berufserfahrung. Mit durchschnittlich 9,14 Jahren gehörten jedoch auch sie, ebenso wie die befragten Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte, eher zu den erfahreneren Vertretern der Berufsgruppe. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss außerdem die spezifische Situation jeder Berufsgruppe und auch das besondere Verhältnis zu anderen Berufsgruppen bedacht werden. In erster Linie ist hier die gesetzliche Grundlegung zu beachten. Hier können Sicherheitsfachkräfte auf die stärkste Verankerung im ASchG (bzw. Vorgängergesetzen) zurückblicken und sind dementsprechend fest in Unternehmensstrukturen verankert. Da Sicherheitsfachkräfte zumeist eine technische berufliche Vorbildung haben und ihre Tätigkeit in erster Linie auch die technischen

Aspekte des Arbeitnehmerschutzes umfasst, gelten sie, unbehelligt von Arbeitsmedizinern oder -psychologen, als Experten ihres Fachs. Gemeinsam mit Arbeitsmedizinern sind sie im ASchG als verpflichtend zu bestellende Präventivfachkräfte festgeschrieben und verfügen damit ferner über ein klar definiertes Aufgabenprofil. Für die Ausübung der Tätigkeit des Arbeitsmediziners und der Sicherheitsfachkraft besteht darüber hinaus ein Tätigkeitsvorbehalt. Im Gegensatz dazu sind Arbeitspsychologen weder auf dieselbe Weise wie Arbeitsmediziner oder Sicherheitsfachkräfte im ASchG verankert, noch ist die Tätigkeit nur ausgebildeten (Arbeits-) Psychologen vorbehalten. Obwohl arbeitsbedingten psychischen Belastungen in modernen Arbeitssystemen eine immer stärkere Rolle zukommt, werden Arbeitspsychologen im ASchG nur als sonstige Fachleute genannt, die bei Bedarf hinzuzuziehen sind. Hinsichtlich der präventiven Tätigkeiten, die nicht unter einen Tätigkeitsvorbehalt fallen, gibt es zwischen Arbeitsmedizinern und Arbeitspsychologen naturgemäß stärkere Überlappungen (und damit mögliches Konfliktpotenzial) als mit dem Tätigkeitsfeld von Sicherheitsfachkräften. Alle hier berichteten Ergebnisse sind im Lichte dieser unterschiedlichen berufsgruppenspezifischen Voraussetzungen zu sehen.

Bei der Beurteilung der Aus- und Weiterbildungssituation zeigten sich die Befragten aller Berufsgruppen zufrieden mit der Qualität ihrer Ausbildung. Ferner wünschten sich die Befragten übereinstimmend schon in der Ausbildungsphase eine verstärkte Kooperation der Berufsgruppen. Arbeitspsychologen sahen teilweise zu wenig verfügbare Ausbildungsstätten, aber auch Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte sahen hier punktuellen Bedarf. Zieht man zudem die unterschiedlichen Teilnahmehzahlen nach Bundesländern (vgl. berufsgruppenspezifische Beiträge in diesem Heft) in Betracht, ergibt sich ein Hinweis auf mögliche regionale Versorgungsdefizite mit Präventivdienstleistungen. Die Ergebnisse der Studie geben konkrete Hinweise darauf, welchen Bundesländern mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

AUVA und AI wurden von Sicherheitsfachkräften, und erstere auch von Arbeitsmedizinern, als wichtige und hilfreiche Institutionen gesehen. Arbeitspsychologen und (bezogen auf das AI) Arbeitsmediziner äußerten sich dagegen kritischer. Arbeitspsychologen monierten vor allem, dass das AI seine kontrollierende Funktion zu wenig wahrnehme. Vor dem Hintergrund ihrer besonderen Ausgangssituation könnte diese Kritik als Wunsch nach höheren Qualitätsstandards bei der Evaluierung psychischer Belastungen gelesen werden; Kommentare von Interviewpartnern stützen diese Sichtweise. An das AI gerichtet, sahen Befragte aller Berufsgruppen dagegen die Punkte einheitliche Standards und Vorabprüfung von Konzepten als verbesserungswürdig an. Damit ergeben sich auch hier

konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Stärkung der Rollen von AUVA und AI.

Einigkeit bestand ferner bezüglich des Bedarfs an mehr wissenschaftlicher Forschung zum Nutzen von Prävention sowie zur Erfolgsmessung von Maßnahmen. Nicht zufällig lagen auch die Fehlbelastungsschwerpunkte aller drei Berufsgruppen in den Bereichen Durchsetzung von Veränderungen (mit der Notwendigkeit, deren Effektivität zu rechtfertigen) und Erfolgsmessung von Maßnahmen. Eine stärkere Verschränkung von Wissenschaft und Praxis, zur Intensivierung praxisrelevanter Forschung einerseits und zum stärkeren Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in den betrieblichen Kontext andererseits, erscheint im Lichte dieser Ergebnisse dringend geboten. Die Ergebnisse legen außerdem nahe, dass der Sinn und Nutzen von Prävention in der Praxis zuweilen immer noch skeptisch gesehen wird. Neben einer intensivierten Forschung ist es daher auch wichtig, bestehende Erkenntnisse über den Nutzen von Prävention immer wieder aufzuzeigen, um einen Bewusstseinswandel für betriebliche Prävention weiter voranzutreiben. Ferner ist zu bedenken, dass die Abfrage von induktiv aus Experteninterviews abgeleiteten Fehlbelastungen, wie hier geschehen, keine systematische und differenzierte Ermittlung (psychischer) Belastungen ersetzt, wie sie vom ASchG gefordert wird. Personen, die psychische Belastungen bei anderen evaluieren, sollten auch selbst hinsichtlich ihrer Belastungen evaluiert werden. Neben Fehlbelastungen (i. S. v. Stressoren) sollten auch Lernanforderungen und arbeitsbezogene Ressourcen ermittelt werden (Glaser & Herbig, 2012; Glaser, Seubert, Hornung & Herbig, 2015).

Ausgesprochen positiv sind die Ergebnisse zum Befinden und zur beruflichen Identität: Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitspsychologen attestierten sich ein gutes Wohlbefinden und eine hohe Arbeitsfähigkeit, erlebten Wertschätzung, nahmen ihren Beruf als sinnstiftend wahr und identifizierten sich jeweils auch stark mit ihrer beruflichen Rolle. Die Ergebnisse legen den erfreulichen Schluss nahe, dass es sich bei den Befragten um engagierte, kompetente und leistungsstarke Menschen handelt, die die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen ihres Berufs als sehr lohnenswert empfinden. Punktuell höhere Werte von Arbeitspsychologen lassen möglicherweise auf eine besondere Befriedigung schließen, trotz oder wegen der vergleichsweise prekären beruflichen Ausgangslage dennoch erfolgreich im Beruf zu sein.

Ferner wurden in diesem Artikel die Ergebnisse zur intra- und interdisziplinären Kooperation berichtet. Bei Häufigkeiten und Formen der Kooperation zeigte sich ganz klar der normierende Einfluss des ASchG: Die stärkste Zusammenarbeit wurde zwischen Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften berichtet. Sie arbeiteten am häufigsten zusammen und

nannten verschiedenste Arten der interdisziplinären Kooperation, vom fachlichen Austausch bis hin zu gemeinsamen Projekten. Arbeitspsychologen sahen sich jedoch auch häufig an gemeinsamen Besprechungen beteiligt und wurden zudem von Arbeitsmedizinern als häufigster Partner in gemeinsamen Projekten benannt. Dennoch zeigte sich eine gewisse Außenseiterrolle von Arbeitspsychologen an der vergleichsweise geringen Beteiligung an gemeinsamen Begehungen und der Tatsache, dass engere Formen der Kooperation (gemeinsame Projekte oder gemeinsame Leistungserbringung durch Zusammenschluss) vornehmlich mit anderen Arbeitspsychologen, weniger mit Vertretern der anderen Berufsgruppen praktiziert wurden. Dass die gemeinsame Leistungserbringung durch Zusammenschluss mit anderen Arbeitspsychologen sogar von der Hälfte der befragten Arbeitspsychologen genannt wurde, kann als zusätzliche Absicherungsstrategie in einem noch stark unregelmäßig, von prekären Arbeitsbedingungen geprägten Berufsfeld gesehen werden.

Während die Kooperation mit Vertretern der eigenen und der anderen Berufsgruppen generell als sinnvoll beurteilt wurde und der Wunsch nach verstärkter Kooperation bestand, wurde die Sinnhaftigkeit der Kooperation mit Arbeitspsychologen von Sicherheitsfachkräften nur verhalten bejaht. Dieser Befund kann auch im Zusammenhang mit der – im Vergleich mit Arbeitsmedizinern – seltenen und eingeschränkten Kooperation von Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen gesehen werden. Offenbar besteht bei manchen Sicherheitsfachkräften eine gewisse Ratlosigkeit darüber, ob bzw. inwiefern die beiden Fachbereiche der Sicherheitstechnik und der Arbeitspsychologie zusammenwirken bzw. gegenseitig voneinander profitieren können.

Die Ergebnisse zur Bewertung der Kooperation legen zudem gelegentlich auftretende Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit von Arbeitsmedizinern und Arbeitspsychologen nahe. Dass dies in (nur vergleichsweise, nicht absolut) erhöhtem Ausmaß nur einseitig von Arbeitspsychologen berichtet wurde, lässt sich einerseits mit dem Befund der asymmetrischen Wahrnehmung von Hierarchien in Verbindung bringen: Während sich etwa zwei Drittel der Arbeitsmediziner den Arbeitspsychologen als gleich gestellt sah und nur ein Drittel sich höher gestellt fühlte, sah sich mehr als die Hälfte der Arbeitspsychologen gegenüber Arbeitsmedizinern als tiefer gestellt und nur etwas weniger als die Hälfte fühlte sich gleich gestellt. Die Frage nach der Wahrnehmung von Hierarchien erfasst weniger die objektiv ungleichen Tätigkeitsvoraussetzungen, sondern eher die subjektiven Erfahrungen im konkreten Umgang zwischen Arbeitsmedizinern und Arbeitspsychologen. Dass Arbeitspsychologen stärker als Arbeitsmediziner von gelegentlichen

Spannungen in der Kooperation berichteten, könnte darauf zurückzuführen sein, dass für eine Minderheit der Befragten so manches unglückliche Zusammentreffen zwischen beiden Berufsgruppen von Hierarchie- und Konkurrenzdenken (auf Seite einer oder sogar beider Berufsgruppen) geprägt war und so entsprechend negative Erfahrungen von Unter- bzw. Überlegenheit begünstigte. Andererseits muss auch die objektiv weniger sichere Tätigkeitsgrundlage von Arbeitspsychologen bedacht werden, die sich offenbar auch subjektiv niederschlägt. Für diese Interpretation spricht der Befund, dass Arbeitspsychologen die Konkurrenz zu Arbeitsmedizinern wie auch (in geringerem Maße) zu Sicherheitsfachkräften als stärker beurteilten als es andersherum der Fall war. Bei diesen vermeintlichen Schwierigkeiten in der Kooperation darf nicht übersehen werden, dass Spannungen, wo sie berichtet wurden, durchwegs selten vorkamen und die Mehrheit der Befragten ein offensichtliches Interesse an mehr Zusammenarbeit und ein klares Verständnis des daraus erwachsenden Potenzials zeigte. Nicht zuletzt ergibt sich für die Zusammenarbeit von Arbeitsmedizinern und Arbeitspsychologen durch die Gemeinsamkeiten im Tätigkeitsbereich auch die Aussicht auf besonders starke Synergieeffekte, sowohl in fachlicher (z. B. durch Aufgabenteilung) als auch in persönlicher Hinsicht (z. B. durch eine Rollenmodellfunktion von erfahrenen Arbeitsmedizinern für Arbeitspsychologen; vgl. Beitrag zu Arbeitspsychologen in diesem Heft).

Die überwiegende Zustimmung der Befragten zur Frage nach einer Gleichstellung der drei Berufsgruppen im ASchG zeigt schließlich, dass die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit einer jeden Berufsgruppe erkannt und die interdisziplinäre Kooperation als wichtig erachtet wird. In Anbetracht der gegenwärtigen allgemeinen Arbeitssituation der österreichischen Bevölkerung und deren Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit wäre es sinnvoll, fixe Einsatzzeiten für Arbeitspsychologen festzulegen. Generell erscheinen aber auch insgesamt flexiblere bzw. höhere Präventionszeiten für alle Präventivkräfte dringlich angeraten, um den vielfältigen Belastungen heutiger Arbeitssysteme wirksam begegnen zu können.

4.2 Limitationen

In dieser Studie wurden nach unserem besten Wissen zum ersten Mal die Arbeitssituation und die Kooperation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen systematisch untersucht. Die Frage, inwieweit die Ergebnisse als repräsentativ für die jeweiligen Berufsgruppen gelten können, kann mangels Vergleichsdaten schwer beantwortet werden und muss somit künftigen Studien überlassen bleiben. Die Daten liefern darüber hinaus zwar eine Binnen-

perspektive von präventiv Tätigen auf ihr Tun – ein vollständigeres Bild ergäbe sich jedoch durch die Integration der Sichtweisen mindestens zweier weiterer Akteure, nämlich der Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeber. Weiter wäre die Verknüpfung mit objektiven Daten wünschenswert, um Aussagen zur Effizienz von betrieblicher Prävention unter verschiedenen Rahmenbedingungen treffen zu können. Die Gütekriterien der verwendeten Skalen erreichen gute bis sehr gute Werte, einzig der Alpha-Koeffizient der Kurzskala zu Rollenkonflikt ist als schlecht zu bezeichnen. Der Versuch, möglichst viel Information (hier: Intrasender- und Intersenderkonflikte) mit nur drei Items abzufragen, könnte die geringe interne Konsistenz dieser etablierten Skala erklären. Daneben wurden in der vorliegenden Studie weitgehend selbstgenerierte Items verwendet, aus denen Indizes gebildet wurden. Diese aus Gründen der „pragmatischen Reduktion“ (Schnell, Hill & Esser, 2011) gebildeten Indizes weisen eine gewisse inhaltliche Heterogenität und damit niedrigere Alpha-Koeffizienten auf. Dies ist jedoch zu erwarten, weswegen in diesem Fall anstelle der internen Konsistenz die Test-Retestmethode für eine verlässlichere Reliabilitätsschätzung empfohlen wird (Lienert & Raatz, 1994), wofür allerdings wiederholte Messungen notwendig wären. Einem Vorteil von selbstentwickelten Items, inhaltlich sehr differenziert auf ein Thema eingehen zu können, steht der Nachteil einer schwierigen Adaptierbarkeit für und Vergleichbarkeit mit anderen (insbesondere internationalen) Studien gegenüber. Bei der Interpretation der Mittelwerte wurde das arithmetische Mittel der Antwortskala als Grenzwert für Zustimmung bzw. Ablehnung herangezogen. Damit wurde eine (inhaltlich an die Formulierung der mittleren Kategorie als „teils, teils“ o.ä. angelehnte) Grenze verwendet, die wünschenswerterweise vom Antwortverhalten der Befragten unabhängig ist. Jedoch kann nicht gesagt werden, welcher Wert über oder unter dem arithmetischen Mittel tatsächlich als „kritisch“ i. S. v. beeinträchtigend einzustufen ist. Diese Frage zu beantworten, würde weitere Validierungsstudien mit Beanspruchungsmaßen erfordern. Ferner stellen alle Ergebnisse dieser Studie eine Momentaufnahme dar, insbesondere Zusammenhänge können nicht ohne Weiteres kausal interpretiert werden. Längsschnittstudien könnten helfen, Entwicklungen im Zeitverlauf zu verfolgen und Wirkketten klarer zu identifizieren. Wie bei allen Fragebogenuntersuchungen sind zudem Verzerrungen durch Antworttendenzen (z. B. soziale Erwünschtheit, Zustimmungstendenz, Tendenz zur Mitte) nicht auszuschließen.

4.3 Konklusion

Die vorliegende Studie untersuchte die Arbeitssituation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen in Österreich. In diesem Beitrag wurden die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zusammenfassend dargestellt. Ferner wurden Aspekte der Kooperation zwischen den Berufsgruppen untersucht. Das gemeinsame Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen eint die Bemühungen und das Engagement aller präventiv Tätigen. Eine verstärkte Kooperation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen wird einhellig als Chance für eine bessere Dienstleistungsqualität gesehen. Hindernisse, die dem im Wege stehen, müssen interdisziplinär diskutiert und überwunden werden. Dies betrifft insbesondere die gemeinsame Koordination von Aktivitäten auf Berufsgruppenebene, aber auch das Verhalten aller präventiv tätigen Personen im beruflichen Alltag.

Literatur

- Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M. & Dellve, L. (2010). The work ability index and single-item question: Associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36 (5), 404-412.
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG). Gesamte Rechtsvorschrift für ArbeitnehmerInnenschutzgesetz. Abgerufen am 22.12.2015 von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910>.
- Arbeitnehmerschutzgesetz (ANSchG). Bundesgesetz vom 30. Mai 1972 über den Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit der Arbeitnehmer. Abgerufen am 03.02.2016 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPDF/1972_234_0/1972_234_0.html.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Friedl, W. (2002). Arbeitnehmerschutz im europäischen Vergleich. In J. Cholocho, A. Hinger & N. Winker (Hrsg.), *Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft* (3. Aufl., S. 51-58). Wien: Bohmann.
- Glaser, J. & Herbig, B. (2012). Modelle der psychischen Belastung und Beanspruchung. In DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (Hrsg.), *Psychische Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz – Inklusive DIN EN ISO 10075-1 bis -3* (S. 17-27). Berlin: Beuth.

- Glaser, J., Seubert, C., Hornung, S. & Herbig, B. (2015). Learning demands, work-related resources, and job stressors and their relationships to creative performance and health. *Journal of Personnel Psychology, 14* (1), 37-48.
- Ilmarinen, J. (2007). The work ability index (WAI). *Occupational Medicine, 57* (2), 160.
- Klien, C. (2011). *Arbeitsmedizin in Österreich*. Vortrag bei den AUVASicher-Tagen, Wagrain, Österreich.
- Leoni, T. (2014). *Fehlzeitenreport 2013. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Rizzo, J., House, R. & Lirtzman, S. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly, 12* (2), 150-165.
- Schmalhofer, S. (2002). Die Organisation der Sicherheitstechnik im Betrieb. In J. Cholochous, A. Hinger & N. Winker (Hrsg.), *Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft* (3. Aufl., S. 39-66). Wien: Bohmann.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schnell, T., Höge, T. & Pollet, E. (2013). Predicting meaning in work: Theory, data, implications. *The Journal of Positive Psychology, 8* (6), 543-554.
- Statistik Austria (2009). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007*. Wien: Verlag Österreich.
- Statistik Austria (2014). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*. Wien: Verlag Österreich.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84* (3), 167-176.

Korrespondenz-Adresse:
Dipl.-Kfm. Mag. Christian Seubert
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
Institut für Psychologie
Innrain 52
A-6020 Innsbruck
christian.seubert@uibk.ac.at

