

Professionalisierung der Psychologie im Arbeits- und Gesundheitsschutz – von der Unfallforschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung¹

Studie zu den aktuellen und zukünftigen Tätigkeitsfeldern, zur Weiterbildungsbereitschaft und –bedarf, zu Ausbildungsangeboten von Universitäten
Prof. Dr. Bernhard Zimolong

Inhalt

- 1 Von der Unfallforschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung
 - 2 Professionalisierung der Psychologie im AGS
 - 3 Ergebnisse der Studie (N=257)
 - 3.1 Berufs-, Tätigkeitsfelder und Ausbildung
 - 3.2 Anforderungen an Sozialkompetenzen, allgemeine und spezielle Kenntnisse im AGS
 - 3.3 Aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder
 - 3.4 Weiterbildungsbereitschaft und –bedarf
 - 4 Fazit
 - 5 Ausblick
- Literatur

Zusammenfassung Untersucht wurden der Stand und die notwendigen Schritte für die Förderung der Professionalisierung der im Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) tätigen Psychologen². Die Bestandsaufnahme von 2008 enthält Angaben zu Arbeitgebern, Tätigkeitsfeldern, universitären Ausbildungsangeboten und Weiterbildungsbedarfen der im Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) tätigen Psychologen. Ausgehend von einer Grundgesamtheit von ca. 500 im AGS tätigen Psychologen beteiligten sich 257 Psychologen an einer internetgestützten Befragung. Das entspricht einer Beteiligungsquote von ca. 50%. In der Stichprobe enthalten sind die Anga-

¹ Aktualisierte Fassung von Bernhard Zimolong (2009), Professionalisierung der Psychologie im Arbeits- und Gesundheitsschutz - von der Unfallforschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In B. Ludborz & H. Nold (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit Entwicklungen und Visionen 1980 - 2008 - 2020* (S. 411-431). Kröning: Asanger Verlag.

² Aus Gründen der Lesbarkeit wird stellvertretend die maskuline Form verwendet

ben von 167 in der Praxis (Behörden, DGUV, Krankenkassen, Unternehmen und Freiberufler) und von 90 an Hochschulen und Forschungseinrichtungen (HS) tätigen Psychologen. Die Ergebnisse erbrachten die ersten belastbaren Informationen zu den aktuellen und zukünftigen Tätigkeitsfeldern, zur Weiterbildungsbereitschaft und zum –bedarf und zu den Ausbildungsangeboten an den Universitäten. Sie bilden die Grundlage für eine kontinuierliche Professionalisierung von Psychologen im Arbeits- und Gesundheitsschutz.

1 Von der Unfallforschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung

1.1 Unfallforschung wird zur Sicherheitsforschung

Als Otto Lipmann 1925 den damaligen Stand der psychologischen Unfallforschung dokumentierte, ahnte er wohl nicht, dass er mit der Konzeption der Verhaltens- und Verhältnisbedingungen den Grundstein für die psychologische Sicherheitsforschung des 21. Jhdts. gelegt hatte - und sein Ansatz für die nächsten 50 Jahre in Vergessenheit geraten würde.

Seine Monografie „Unfallursachen und Unfallbekämpfung“ gibt den internationalen Stand der psychologischen Unfallforschung wieder. Rund ein Drittel der verarbeiteten Literatur sind angelsächsische, französische und italienische Quellen, der Rest deutschsprachige Publikationen. Die älteste zitierte Quelle stammt aus einer französischen Publikation von 1904, einige Unfalldaten aus dem Jahr 1900. Lipmann erörtert zunächst die Klassifikation von Unfällen und Unfallursachen nach psychologischen Gesichtspunkten und stellt zahlreiche Klassifikationsschemata zur Diskussion, bevor er sich für eine Unterscheidung nach einem verhaltens- und einem verhältnisorientierten Ansatz entscheidet. Er folgt damit dem psychotechnischen Ansatz mit der Unterteilung in eine Subjekt- und eine Objektpsychotechnik. Die psychologisch orientierten Unfallverhütungsmaßnahmen ordnet Lipmann einem interdisziplinären Unfallverhütungsansatz unter, der sich an einem frühen Gefahrenmodell der Arbeitssicherheit orientiert:

- wie ist das Entstehen von Gefahren zu verhindern?
- wie werden entstehende Gefahren rechtzeitig bemerkt?
- wie wird bemerkten Gefahren richtig begegnet?
- wie wird die Gefährdung, wenn sie nicht mehr vermieden werden kann, auf ein Mindestmaß eingeschränkt?

Lipmann unterteilt die Bedingungen, welche die Unfallhäufigkeit beeinflussen in zwei Klassen: die Körper- und Geistesbeschaffenheit der Arbeiter sowie die Bedingungen der Arbeit. Beide Bedingungsklassen werden gleichgewichtig auf jeweils annähernd 50 Seiten erörtert. Unter den Verhaltensbedingungen wird die Frage einer allgemeinen und spezifischen Unfalldisposition erörtert, hier geht Lipmann insbesondere auf die Beiträge von Karl Marbe ein. Er übernimmt dessen Einteilung in eine spezielle Unfallneigung, u.a gekennzeichnet durch Sorglosigkeit, Leichtsinn, Genuss von Alkohol, fehlende Aufmerksamkeit, mangelnde Fertigkeiten und Kenntnisse und trennt sie von einer allgemeinen Unfallneigung. Das sind die überdauernden Eigenschaften einer Person, ihre psychischen und psychomotorischen Fähigkeiten, geistigen und körperlichen Dispositionen. Beide Dispositionsarten tragen zur Unfallverursachung bei.

Zu den weiteren Verhaltensbedingungen zählt Lipmann die Berufseignung, -kenntnisse und Schulung, den Ernährungszustand der arbeitenden Bevölkerung, das Geschlecht und das Alter. Die Bedingungen der Arbeit werden vor allem unter dem Aspekt ihrer Auswirkungen auf Ermüdung, Müdigkeit und Aufmerksamkeit untersucht. Wir finden hier die breite Palette von Faktoren wieder, die uns aus heutigen Lehrbüchern vertraut sind: u.a. den Einfluss der Variabilität und Monotonie der Arbeit, des Arbeitstempos und der Arbeitsdauer auf das Unfallrisiko. Weitere Themen, die behandelt werden sind die „ergonomischen“ Bedingungen der Arbeit, das Lohnsystem und die Wohnverhältnisse der Arbeiterschaft. Die Auswirkungen sicherheitstechnischer Methoden zur Trennung des Gefahrenbereichs zwischen Maschine und Mensch, die Bedeutung und Grenzen der hinweisenden Sicherheitstechnik, u.a. die Gestaltung sinnfälliger Warnhinweise, sowie der Einsatz und die Verbesserung der Tragebereitschaft von persönlicher Schutzausrüstung werden ausführlich erörtert.

Die Wissenschaft Psychologie kommunizierte um 1900 in vielfältigen Medien untereinander und mit der Öffentlichkeit. Sie war nachdrücklich international und multidisziplinär ausgerichtet. Lipmann hatte bereits zu dieser Zeit zusammen mit anderen Psychologen wie Karl Marbe, K.A. Tramm oder Walter Moede eine umfassende Konzeption der psychologischen Unfallforschung entworfen, die gleichgewichtig auf den beiden Säulen der Verhaltens- und Verhältnisprävention beruhte. Die wissenschaftliche Grundauffassung war die Unterteilung der Psychotechnik in die Anpassung des Menschen an das Wirtschaftsleben und in die Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Natur des Menschen (Giese, 1927). Sie war interdisziplinär ausgerichtet und orientierte sich an dem gesellschaftlichen Ziel der Unfallverhütung. Dazu bezog sie internationale Studien und Verhütungsansätze in ihre Konzeption ein.

Diese interdisziplinäre und internationale Konzeption der Unfallforschung geriet im Nationalsozialismus in Vergessenheit oder wurde ignoriert. Einige der Gründe werden von Gundlach & Stöwer (2004) und in Traxel (2004) erörtert. Darauf gehe ich nicht näher ein. Nach dem zweiten Weltkrieg behandelte die erste einflussreiche Monographie von Mittenecker (1962) ausschließlich die Verhaltensprävention. Gesucht wurde nach geeigneten psychologisch-diagnostischen Verfahren, welche die zeitkonstanten und die zeitvariablen Bedingungen der Unfallneigung von Personen vorherzusagen konnte. Eine Weiterführung der verhältnisorientierten Überlegungen beispielsweise von Lipmann fehlt. Überfällig war die von Mittenecker und von Burkardt (1962) vorgenommene kritische Erörterung des „Unfällers“ als Ergebnis falscher wahrscheinlichkeitsstatistischer Betrachtungen. Der Unfälller wird als eine Person definiert, der eine zeitkonstante Unfallneigung hat und häufiger als andere in Unfälle verwickelt ist. Bereits Greenwood & Yule (1920) schlugen drei statische Verteilungsmodelle zur Erklärung von erhöhten Unfallhäufigkeiten bei Personen vor: ein Zufallsmodell (Poisson Verteilung), ein Modell mit unterschiedlichen Ausgangswahrscheinlichkeiten für Unfälle (eine zusammengesetzte Poisson Verteilung, entspricht am ehesten dem Modell der Unfallneigung) sowie ein Ansteckungsmodell (durch einen Unfall wird die Wahrscheinlichkeit für weitere Unfälle erhöht). Einen Überblick geben Hoyos & Zimolong (1988).

Ich sehe die späte Rezeption der wahrscheinlichkeitsstatistischen Arbeiten und die Konzentration auf die Verhaltensbedingungen als einen Beleg an für die unterbrochene internationale und auch interdisziplinäre Orientierung der psychologischen Unfallforschung. Den Anschluss an die internationale und interdisziplinäre Entwicklung gewann die deutschsprachige psychologische „Sicherheitsforschung“ wieder mit Hoyos (1980), Burkardt (1981) und Hoyos & Zimolong (1988). Burkardt kommt der Verdienst zu, Konzepte der Verhaltens- und Verhältnisprävention in praxistaugliche Verfahren umgesetzt und in der Unfallverhütung eingesetzt zu haben.

Mit diesen Publikationen, insbesondere auch von Hoyos (1992), wurde ein Paradigmenwechsel in der deutschen Unfallpsychologie angestoßen. Der Unfall wird nicht mehr isoliert als ein Ereignis mit unerwünschten Konsequenzen betrachtet, sondern als eine Ereignissequenz, die eine Historie hat und durch verschiedene mittelbare und unmittelbare Bedingungen ausgelöst wird. In anderen Worten stellt der Unfall ein Systemversagen im Mensch-Maschine oder Mensch-Technik-System dar. In dem einflussreichen Einführungstext von Heinrich, Peterson und Roos (1980) nutzen die Autoren die Domino-Metapher, um die Abhängigkeiten der technischen und personalen Systemelemente und die Tiefenstaffelung der Gefahrenabwehrsysteme zu illustrieren. Kippt in einer Reihe von Dominosteinen ein Stein nach

vorn, dann führt das zum Fallen aller davor stehender Steine, auch die der Abwehrsysteme. Die Metapher soll die Notwendigkeit illustrieren, über die isoliert betrachteten personbezogenen und technischen Unfallursachen hinaus auch die Wechselwirkungen und Inkompatibilitäten im Gesamtsystem zu untersuchen. Gesucht wird nach den Faktoren, die das Mensch-Technik-System sicherer machen. Nicht die unfallpsychologische, sondern die sicherheitspsychologische Fragestellung steht im Vordergrund. Entsprechend müssen nicht nur die organisationalen Rahmenbedingungen, sondern auch die politischen und gesellschaftlichen Bedingungen in Betracht gezogen werden, wenn ein hoher Stand an Sicherheit und Zuverlässigkeit in Systemen, z. B. in chemischen Anlagen gewährleistet sein soll (Giesa & Timpe, 2006).

1.2 Systemisches Handeln durch Managementsysteme

Die Fülle an Maßnahmen zur Verhaltensbeeinflussung und Führung, zur Gestaltung von sicheren und ergonomisch vertretbaren Arbeitsplätzen, zur Sicherheitstechnik oder zur Gestaltung von zuverlässigen Betriebsorganisationen verlangte nicht nur nach einer Systematik zur Beschreibung und Ordnung der Systemelemente, sondern auch zur systematischen Planung, Umsetzung und einem Controlling der Maßnahmen in der Praxis. Diese Funktion wird üblicherweise von Managementsystemen geleistet. Sie legen Verantwortung, Zuständigkeiten und Aufgaben fest und dienen dazu, die konsequente Umsetzung der Unternehmensziele im Hinblick auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess dauerhaft zu gewährleisten.

Angestoßen durch eine internationale Qualitätsmanagementoffensive der Wirtschaft wurden Managementsysteme für den Arbeitsschutz (AMS) weltweit bereits in den 70er Jahren eingeführt. Deutschland zog erst später nach. Das deutsche Arbeitsschutzgesetz von 1996 entstand nach Vorgaben der EU und verpflichtete die Unternehmen zu einer eigenverantwortlichen Planung und Organisation der Sicherheit und Gesundheit. Planung und Organisation werden in größeren Unternehmen durch ein formalisiertes AMS umgesetzt, in kleineren Unternehmen sind Verantwortungen und Zuständigkeiten meist auf die Eigentümer oder Geschäftsführer konzentriert. In beiden Fällen besteht keine Pflicht zur Einführung eines AMS.

Im Gegensatz zu den erfolgreichen betrieblichen Praktiken des Managements zur Förderung der Arbeitssicherheit steht allerdings die akademische Behandlung des Themas. Arbeitssicherheit wurde weder als organisatorische noch als Führungsaufgabe intensiv behandelt (Fahlbruch & Wilpert, 1999). Weniger als 1% der Managementliteratur, die in Fachzeitschriften in den letzten zwei Jahrzehnten publiziert wurde, beschäftigte sich mit Themen

der Arbeitssicherheit (Barling, Loughlin & Kelloway, 2002). Im deutschsprachigen Raum haben sich vor allem die Arbeiten der Bochumer Arbeitsgruppe (Elke, 2000; Zimolong, 2001; Zimolong & Elke, 2006) mit der Funktion der Führung, Personalentwicklung und Sicherheitskultur für eine erfolgreiche Arbeitssicherheit auseinandergesetzt. Eine zentrale Funktion hat das Human Resource Management (HRM). Sie umfasst alle Prozesse zur Planung, zum Einsatz, zur Steuerung und zur Entwicklung des Personals, um die Organisationsziele zu erreichen. Ein Organisationsziel kann z.B. ein hoher Stand der Arbeitssicherheit sein. Mit dem HRM ist sowohl die Verhaltensbeeinflussung durch die Führungskräfte (personale Steuerung) als auch die strukturelle Gestaltung durch Personalsysteme angesprochen. Sie umfassen u.a. die Personalbeschaffung, die Personalauswahl und die Personalentwicklung. Die Verhaltensbeeinflussung durch die Führungskräfte geschieht durch die Beeinflussung und Lenkung durch Interaktion und direkte Kommunikation im Rahmen personaler Führung.

Vor allem neuere Studien untersuchen Führung und die vermittelnden Mechanismen zwischen Führungsverhalten und der Erhöhung der Arbeitssicherheit. Neben dem unmittelbaren Einfluss der Führung auf das Verhalten der Mitarbeiter zeigen zahlreiche Studien, dass die Sicherheitskultur oder das Sicherheitsklima als Mediator zwischen Führung und verbesserter Sicherheitsleistung eine zentrale Rolle einnimmt (Krämer & Zimolong, 2005).

Das Human Resource Management ist nur einer von mehreren Bausteinen eines Sicherheits- oder Gesundheitsmanagementsystems. Weitere Bausteine sind die Arbeitsgestaltung, die Information und Kommunikation, die Risikokontrolle und Gesundheitsförderung sowie die Beteiligung und Einbindung der Beschäftigten. Mit der Organisation, insbesondere der Arbeitsorganisation, soll die Voraussetzung für die Umsetzung der Strategie und der systematischen Risikokontrolle und Gesundheitsförderung geschaffen werden. Durch das AMS werden Strukturen und Prozesse geschaffen, die u. a. die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit regeln, aber auch die Integration der Beschäftigten durch Beteiligung und Stärkung der Eigenverantwortung unterstützen. Über Entwicklungslinien und den aktuellen Forschungsstand zu Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen informieren Elich und Wülser (2005), Zimolong, Elke & Trimpop (2006) und Zimolong, Elke & Bierhoff (2008).

1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

In den 90er Jahren vollzog sich ein grundlegender Perspektivenwechsel im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Während der klassische Arbeitsschutz in Deutschland durch Aufsichtsmaßnahmen, eine technische Orientierung und

eine passive Rolle der Beschäftigten geprägt war, zielt das heutige Arbeitsumweltrecht auf einen nachhaltigen, präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz. Kennzeichen sind eine frühzeitige und präventive Erfassung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Einbeziehung aller betrieblichen Akteure in die Prävention und ein auf der Organisationsebene ansetzendes systematisches Management der Gesundheitsgefahren. Durch die Gesundheitsförderung sollen prospektiv die Gesundheitspotenziale gestärkt werden.

Konzeptionelle Grundlage ist das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit als psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden durch dauerhafte Weiterentwicklung und Erhalt der menschlichen Handlungsfähigkeit. Unter Gesundheitsförderung oder auch Stärkung der Gesundheitsressourcen versteht man Maßnahmen, die gesundheitlich abträgliche Verhaltensweisen generell abbauen helfen, die Gesundheitskompetenz des Einzelnen fördern sowie zur Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen beitragen. Dazu gehören beispielsweise der Nichtraucherschutz, die Gewährleistung einer angemessenen Bildung oder Informationen über gesundheitsförderliche Ernährungsstile. Als Prävention wird dagegen die gezielte Verhütung von bestimmten Krankheiten und ihren Folgen verstanden.

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst nach der so genannten Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft, die Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz verbessern. Dies ist beispielsweise möglich, indem man die Arbeitsorganisation optimiert, die Arbeitsbedingungen menschengerecht gestaltet oder die Mitarbeiterbeteiligung fördert. Demnach setzt die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei der salutogenetischen Fragestellung nach den Ressourcen des Menschen an: Was vermag den Menschen trotz beruflicher und privater Anforderungen, Gefährdungen und Belastungen in seiner Umwelt gesund zu erhalten (Antonovsky, 1997). Unter Ressourcen werden individuelle, soziale und organisationale Bedingungen verstanden, die es dem Menschen ermöglichen, seine Leistungsfähigkeit und Gesundheit in der Arbeit zu entwickeln und gegen potentiell beeinträchtigende und krankmachende Einflüsse zu stabilisieren. Individuelle Ressourcen sind diejenigen, über die eine Person selbst verfügt. Externe Ressourcen werden durch die Situation bereitgestellt. Beispiele für individuelle Ressourcen sind die Qualifikation, Kompetenz, Selbstwirksamkeit und Bewältigungsstrategien. Zu den sozialen und organisationalen Ressourcen zählen die soziale Unterstützung durch Kollegen und Führungskräfte, der Handlungs- und Entscheidungsspielraum in der Arbeit (Autonomie oder Kontrolle) und das Sicherheits- und Gesundheitsklima (Zimolong, Elke & Bierhoff, 2008). Jedoch entstehen Belastungen

nicht nur im beruflichen Alltag. Vermutlich sind sie in den privaten Lebensbereichen noch stärker ausgeprägt. Daher muss eine Gesundheitsförderung auch auf die übrigen Lebenswelten ausgedehnt werden.

Prävention und Gesundheitsförderung setzen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene an. Das Ziel ist wie in der Arbeitssicherheit die Entwicklung beider Ebenen unter Berücksichtigung der Wechselwirkung. Der individuelle Ansatz ist in erster Linie auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet. Ein Beispiel sind spezifische Beratungsangebote. Der Setting-Ansatz umfasst Maßnahmen in jenen Lebensbereichen, wo Menschen in der Regel den größten Teil ihrer Zeit verbringen, beispielsweise Maßnahmen am Arbeitsplatz, in der Schule oder am Wohnort. Mit Interventionen auf Bevölkerungsebene sind Aktivitäten gemeint, die sich auf die gesamte Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen beziehen. Hierzu zählen Gesetze und Verordnungen sowie Aufklärungskampagnen, beispielsweise Nichtraucherkampagnen.

In Deutschland vollzog sich der Perspektivenwechsel von der Unfallverhütung zur Prävention und Gesundheitsförderung in mehreren Schritten. Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 gestand den Krankenkassen eine aktive Rolle bei der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen zu. Das Arbeitsschutzgesetz von 1996 verpflichtete die Unternehmen zu einer eigenverantwortlichen Planung und Organisation der Sicherheit und Gesundheit und zur Beteiligung der Beschäftigten. Mit der Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000 haben die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten.

Die Forderungen der Psychologie nach einer gesundheitsförderlichen und präventiven Orientierung reichen in die 70 er Jahre zurück. Hoyos und Zimolong erweiterten die Unfallverhütung zu einer präventiven Sicherheitspsychologie auf der Grundlage des soziotechnischen Systemansatzes. Hacker (1991) und Ulich (1990) stellten die gesundheitsstabilisierende und -fördernde Arbeitsgestaltung in das Zentrum des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Arbeiten von Elke (Elke, 2000; Elke & Zimolong, 2005) beschäftigten sich im Rahmen eines ganzheitlichen Managementansatzes mit der gesundheitsförderlichen und präventiven Funktion der Führung, Personalentwicklung und Sicherheits/Gesundheitskultur. Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten der Integration des Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutzes (AGU) in die betrieblichen Abläufe untersucht und durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung umgesetzt. Für kleine und mittlere Betriebe eröffnen sich durch die Einbindung von Marktakteuren (Kunden, Lieferanten, Versicherer, Entsorger), Aufsichtsbehörden und überbetrieblichen

Netzwerken neue Zugangswege für einen präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz (Zimolong & Kohte, 2006; Kohte, Zimolong & Elke, 2006).

Um der Forderung nach Prävention und Gesundheitsförderung nachzukommen, braucht ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) im Vergleich zu einem AMS zwei strategische Ansätze: die Kontrolle arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die Stärkung der Ressourcen der Mitarbeiter. Die Kontrolle der Gesundheitsgefahren erfolgt durch die bewährten Strategien und Methoden des klassischen Arbeitsschutzes. Allerdings müssen für die „neuen“ Risikoarten psychische Belastungen, Gefahrstoffe, oder Strahlungen auch neue Analyse- und Bewertungsmethoden entwickelt und eingeführt werden. Die Stärkung der Ressourcen für die Gesundheitsförderung kann durch eine Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz, durch Einbindung und Förderung aktiver Mitarbeiterbeteiligung sowie durch eine Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen umgesetzt werden.

2 Professionalisierung der Psychologie im AGS

Parallel zur präventiven Entwicklung in Deutschland haben sich in den letzten 20 Jahren die Berufsmöglichkeiten für Psychologen und Psychologinnen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erfreulich verbessert. Viele Psychologen haben eine Tätigkeit bei den Berufsgenossenschaften, Unfall- und Krankenkassen, bei Landesbehörden, in Hochschulen, Forschungseinrichtungen oder als Freiberufler gefunden. Diese Entwicklung wurde nicht zuletzt durch die Profilierung der Psychologen auf den interdisziplinären Workshops zur Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit gefördert.

Mit einem auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutz haben sich die Anforderungen an das professionelle Selbstverständnis und die Kompetenzprofile der im Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) tätigen Personen geändert. Bislang gibt es darüber noch keine systematische Erhebung. Indirekt spiegeln die Entwicklung der thematischen Schwerpunkte der Workshops diese Veränderungen wider. Dominierten in den Anfängen ab 1984 noch Themen der Gefährdungsanalysen und der Verhaltensmodifikation einschließlich der Qualifizierung auf dem Hintergrund der Arbeitssicherheit, kamen im Laufe der Jahre Themen der Gesundheit, der Personalentwicklung, der Systemsicherheit und des Systemmanagements hinzu (Elke, 2000). Der 11. Workshop 2001 positionierte sich schließlich auch inhaltlich im Bereich der Gesundheitsprävention

und -förderung und nannte sich in „Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit“ (PAG) um.

Für die Entwicklung und Umsetzung professionellen Handelns im AGS kommt den Communities und Vereinen wie dem Fachverband Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit (PASIG³) eine bedeutsame Rolle zu. Communities zeichnen sich durch eine über das geteilte Wissen hinausgehende Gemeinschaft mit gemeinsamen Interessen und Zielsetzungen aus. Sie verbinden ihre Arbeit und ihr Engagement in dem Handlungsfeld „Arbeitssicherheit und Gesundheit“ mit dem Commitment für die von der Community geteilten Ziele, Inhalte, Methoden, Standards und Regeln im beruflichen Alltag. Ihre Mitglieder sind Personen, denen die Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung in Wissenschaft und Praxis am Herzen liegt. Sie entwickeln eine professionelle Identität mit diesem Bereich.

Lernen in und durch eine Community erfolgt vornehmlich durch Sozialisierungsprozesse, d. h. über die Identifizierung mit den Normen, Regeln und Standards der Gemeinschaft. Dieses eher implizite Lernen wird unterstützt durch klassische Lernformen, wie die explizite Vermittlung des Wissens im Rahmen von Kongressen oder anderen Formen der Weiterbildung sowie in Form von Nachwuchsförderung. Mandl und Winkler (2004) weisen Communities eine Schlüsselrolle für ein effektives Wissensmanagement zu.

Der Workshop „Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit“ stellt eine über 20 Jahre bewährte Form selbst organisierten Lernens in einer offenen Community dar. PASIG besteht aus einer Gruppe von Wissenschaftlern und Praktikern unterschiedlicher Disziplinen (Psychologen, Ingenieuren, Sozial-, Rechtswissenschaftlern u.a.), Branchen und Tätigkeitsfeldern, die das gemeinsame Interesse an Fragen der Arbeitssicherheit und Gesundheit aus einer psychologischen Perspektive verbindet. Sie ist offen für andere Disziplinen. Die Psychologie verbindet die verhaltens- wie auch die verhältnisorientierte Perspektive. Alle zwei Jahre trifft sich die Community im Rahmen eines Workshops, eingeladen werden über 1.000 Personen, wegen des Workshop Charakters wird die Zahl der Teilnehmer auf 180 bis 240 Personen begrenzt.

Für die Psychologinnen und Psychologen der PASIG stellt sich die Frage, wie auf dem Hintergrund der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt bei gleichzeitig veränderten universitären Ausbildungsgängen die Professionalisierung der Disziplin bzw. die individuelle lebenslange Kompetenzentwicklung gefördert werden kann. Letztendlich ist das die Frage nach der Professionalisierung der im AGS tätigen Psychologen und ihrer Zukunftsaussichten.

³ PASIG e.V. wurde 2012 als Fachverband gegründet <http://www.fv-pasig.de>

Der Beirat des 15. Workshops hat den Bochumer Lehrstuhl für A&O unterstützt, eine Bestandsaufnahme zu den Arbeitgebern, Berufs- und Tätigkeitsfeldern und zu den Qualifizierungsbedarfen von den im AGS tätigen Psychologen durchzuführen. Die Ergebnisse können als Grundlage für eine kontinuierliche Professionalisierung der PASIG und ihrer Mitglieder dienen. In der Zeit vom 1.7.2008 bis zum 31.8.2008 wurde eine internetgestützte Befragung der im AGS tätigen Psychologen durchgeführt. Geschaltet wurden die Mailing-Liste des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) mit den Sektionen Wirtschaftspsychologie, Gesundheitspsychologie und Freiberufler (Praktiker), die Mailing-Liste der Fachgruppe für A&O Psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Hochschulen und Forschungseinrichtungen), und die Mailing-Liste PASIG, beschränkt auf die am Workshop teilnehmenden Psychologen. Mit den drei Mailing-Listen wurden 1.968 Wirtschaftspsychologen und -psychologinnen kontaktiert. Wirtschaftspsychologie steht hier als umfassender Begriff für die in der Forschung und Praxis tätigen Psychologen. Nach eigenen Schätzungen sind davon 400 bis 500 Psychologen im engeren Sinn überwiegend bis gelegentlich mit Themen des AGS beschäftigt. Insgesamt wurden 442 Fragebögen geöffnet, das ist eine Quote von 22,45%. Davon kamen 258 vollständig ausgefüllt zurück, von denen nach einer Qualitätsüberprüfung 257 auswertbar waren. Die Beantwortungsquote bezogen auf die geöffneten Fragebögen beträgt 58,37%.

3 Ergebnisse der Studie (N=257)

3.1 Berufs-, Tätigkeitsfelder und Ausbildung

Die Stichprobe setzt sich zu 65% aus den in der Praxis tätigen Psychologen (Behörden, DGUV, Krankenkassen, Unternehmen und Freiberufler) und zu 35% aus den in den Hochschulen/Forschungseinrichtungen (HS/FE) tätigen Psychologen zusammen

Tab.1: Arbeitgeber von Psychologen und Psychologinnen im Berufsfeld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Angaben als absolute Zahlen (N) und in Prozent, N= 257.

| Arbeitgeber | N | Prozent |
|-------------------------------------|----------|----------------|
| Hochschule, Forschungseinrichtungen | 90 | 35,02 |
| Freiberufler | 76 | 29,57 |

| | | |
|--|----|-------|
| DGUV (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) | 35 | 13,61 |
| Unternehmen | 23 | 8,95 |
| Bund, Land, Kommune | 15 | 5,83 |
| Gesetzliche Krankenkasse | 3 | 1,16 |
| Sonstige | 15 | 5,83 |

Aus Tab. 1 geht hervor, dass unter den Praktikern die Freiberufler mit 30%, Mitglieder der DGUV mit 14%, Unternehmen mit 10% und Behörden beim Bund, den Ländern und Kommunen mit 5% vertreten sind. Männer und Frauen sind annähernd gleich verteilt (53%/47%). Bei der Altersverteilung dominieren die mittleren Jahrgänge: 34% gehören zur Altersgruppe 20-40; 58% zur Gruppe 41-60; 9% zur Gruppe über 60. Bei den Universitätsabschlüssen überwiegt das Diplom mit 65%, über einen Bachelor oder Masterabschluss verfügen 2%, 21% über einen Doktorgrad, 12% üben die Funktion eines Hochschulprofessors aus.

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass bei den Tätigkeitsfeldern in der Praxis mit 80% der Nennungen die Arbeitsgestaltung und Ergonomie an erster Stelle steht, ge-

Tab. 2: Vergleich der Tätigkeitsfelder in der Praxis und Lehrveranstaltungen von Hochschulen. Angaben in Prozent (Mehrfachnennungen). Die Tätigkeitsfelder sind nach der Häufigkeit in der Praxis absteigend sortiert.

| Tätigkeitsfelder | Praxis N=166 | HS/FE N=89 | Differenz Prozent punkte |
|---|-------------------------|-----------------------|---|
| Arbeitsgestaltung/Ergonomie | 80 | 57 | 23 |
| Weiterbildung Verhaltensmodifikation | 65 | 37 | 28 |
| Gefährdungs-, Belastungs- und Beanspruchungsanalysen | 57 | nicht erhoben | |
| Weiterbildung Prävention von Stress, Erschöpfung, Burnout | 57 | 33 | 24 |
| Betriebliche Präventionsmaßnahmen Stress, Erschöpfung, Burnout, Fehl- | 52 | 49 | 3 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| zeiten | | | |
| Weiterbildung Management von Teams, Teamentwicklung | 47 | 33 | 14 |
| Weiterbildung Lernen und Kompetenzentwicklung | 43 | 32 | 11 |
| Gesundheitsförderliche Führung | 40 | 35 | 5 |
| Sicherheit und Zuverlässigkeit in komplexen Systemen | 36 | 12 | 24 |
| Einführung/Entwicklung von Sicherheits/ Gesundheitsmanagementsystemen | 28 | 33 | -5 |
| Eignungsfeststellung | 20 | 14 | 6 |

folgt von den Weiterbildungsaktivitäten der Psychologen zum Thema Verhaltensmodifikation. Dazu gehört u.a. die Förderung der Bereitschaft zum sicheren und gesundheitsbewussten Verhalten. Die Durchführung von und die Weiterbildung zum Thema „Gefährdungs-, Belastungs- und Beanspruchungsanalysen“ steht zusammen mit dem Weiterbildungsthema „Prävention von Stress, Erschöpfung und Burnout“ an dritter Stelle. Danach folgen schon die betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Stress, Erschöpfung, Burnout und Fehlzeiten. Am Ende der Rangreihe, aber mit bedeutsamen Anteilen von 28% bzw. 20% der Nennungen stehen die Tätigkeitsfelder der Einführung oder Weiterentwicklung von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen und der Eignungsfeststellung.

Vergleicht man die von den Hochschulen angebotenen Lehrveranstaltungen mit den Tätigkeitsfeldern der Praktiker, fallen die Diskrepanzen in den Häufigkeiten bzw. den Rängen auf. Die größten Differenzen bestehen bei der Verhaltensmodifikation, gefolgt von der Prävention von Stress, Erschöpfung, Burnout; der Sicherheit und Zuverlässigkeit in komplexen Systemen sowie der Arbeitsgestaltung und Ergonomie. Diese Tätigkeitsfelder werden von den Praktikern häufiger genannt als von den Hochschulangehörigen. Allerdings lässt sich daraus nicht ohne weiteres die Schlussfolgerung ziehen, dass diese Themen von den Hochschulen nicht in ausreichendem Maß angeboten werden. Bei den Zahlen handelt es sich zum einen um Häufigkeitsaussagen von Einzelpersonen, die nicht auf der Ebene der Lehrstühle oder Arbeitseinheiten zusammengefasst werden können, weil darüber die Informationen aus Gründen des Datenschutzes fehlen. Zum anderen werden

Themen der Verhaltensmodifikation oder Stress und Burnout auch von anderen als den befragten Lehrstühlen angeboten, z.B. von der Klinischen Psychologie oder der Sozialpsychologie.

3.2 Anforderungen an Sozialkompetenzen, allgemeine und spezielle Kenntnisse im AGS

Von den Praktikern werden nahezu übereinstimmend (90%) Kommunikations- und Sozialkompetenz, Selbstmanagement und lebenslanges Lernen (75%) gefordert. Aus Tab. 3 wird ersichtlich, dass die Kenntnis von psychologischen Theorien und Modellen (89%) und die Konzepte für die Gesundheitsförderung (72%) gleichauf mit den Sozialkompetenzen rangieren. Bereits an fünfter Stelle steht die Forderung nach einem Basiswissen über rechtliche Vorgaben, Institutionen und Akteure im AGS. Marketingstrategien, die zu den Sozialkompetenzen als Freiberufler zählen sowie Sicherheit und Zuverlässigkeit landen zwar auf den letzten Rangplätzen, haben aber einen gewichtigen Stellenwert mit Nennungen von 28% und 19%. Hinsichtlich der speziellen Kenntnisse rangiert die Methodenkompetenz nicht unerwartet auf Platz 1 mit 85% aller

Tab. 3: Anforderungen an Sozialkompetenzen, allgemeine und spezielle Kenntnisse in der Prävention und Gesundheitsförderung für Psychologen. Die Tabelle ist nach den Anforderungen der Praxis absteigend sortiert.

| Kompetenzen und Kenntnisse | Praxis N = 167 | | HS/FE N = 90 | |
|---|-------------------|------|-----------------|------|
| | % | Rang | % | Rang |
| Sozialkompetenzen, allgemeine Kenntnisse | | | | |
| Kommunikations-/ Sozialkompetenz | 90 | 1 | 83 | 3 |
| Kenntnis von psych. Theorien und Modellen (u.a. Einstellungs- und Verhaltensänderung, Sicherheit und Zuverlässigkeit) | 89 | 2 | 94 | 1 |
| Selbstmanagement, lebenslanges Lernen | 75 | 3 | 71 | 5 |
| Konzepte der Gesundheitsförderung | 72 | 4 | 86 | 2 |
| Basiswissen über rechtliche Vorgaben, Institutionen und Akteure im AGS | 63 | 5 | 74 | 4 |

| | | | | |
|--|----|---|----|---|
| Management und Organisation der Sicherheit und Gesundheit | 56 | 6 | 59 | 7 |
| Epidemiologische Kenntnisse zu Stress, Burnout, MSE u.a. | 51 | 7 | 59 | 7 |
| Marketingstrategien | 28 | 8 | 16 | 9 |
| Sicherheit und Zuverlässigkeit (Straße, Schiene, Luft-/Raumfahrt, Technische Anlagen) | 19 | 9 | 20 | 8 |
| Spezielle Kenntnisse ; Interventionsmaßnahmen | | | | |
| Methodenkompetenz (Entwicklung von Instrumenten, Durchführung, Auswertung, Rückmeldung u.a. von Befragungen) | 85 | 1 | 91 | 1 |
| Trainingskompetenz (Didaktik, Umsetzung, Lernkontrolle) | 78 | 2 | 69 | 3 |
| Verhaltensveränderung und Stabilisierung | 63 | 3 | 60 | 4 |
| Organisationsentwicklung | 59 | 4 | 47 | 5 |
| Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung | 57 | 5 | 73 | 2 |
| Führungskräfte- und Teamentwicklung | 54 | 6 | 44 | 6 |

Nennungen, gefolgt von der Trainingskompetenz mit 78%. Aber auch die weiteren Kompetenzen vereinigen über 50% der Nennungen auf sich: Verhaltensveränderung und –stabilisierung; Organisationsentwicklung; gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung; Führungskräfte- und Teamentwicklung.

Im Vergleich mit den Anforderungen aus der Praxis gibt es vor allem bei den Sozialkompetenzen Unterschiede zu den Anforderungen aus den Hochschulen. Die Hochschulen gewichten die fachlichen Kenntnisse über Theorien und Modelle und Konzepte der Gesundheitsförderung stärker als die Kommunikations- und Sozialkompetenz sowie das Selbstmanagement und das lebenslange Lernen. Das Basiswissen über Rechtsvorschriften und die Akteure im AGS wird von beiden Gruppen übereinstimmend in ihrer Rangfolge eingeschätzt.

Bei den Anforderungen an spezielle Kenntnisse in der Prävention und Gesundheitsförderung fällt die Diskrepanz in der Einschätzung hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung auf. Während die Hochschulen hier den Rang 2 vergeben, erhält sie bei den Praktikern den Rang 5, al-

lerdings mit einer Nennungshäufigkeit von 55%. Überraschend ist auch der letzte Rangplatz für die Führungskräfte- und Teamentwicklung in beiden Gruppen. Vermutlich spielt hier die geringe Erfahrung und Vertrautheit mit Personalentwicklungskonzepten im AGS eine Rolle. Andererseits wird die Verhaltensänderung und Stabilisierung mit 63% bzw. 60% als sehr wichtig eingeschätzt. Sie bildet die theoretische Grundlage auch für die Führungskräfte- und Teamentwicklung.

3.3 Aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder

Wie werden sich die Tätigkeitsfelder in den nächsten 5 bis 10 Jahren entwickeln? Tab. 4 gibt darauf eine Antwort. Die meisten Nennungen der Praktiker entfallen auf die Arbeitsgestaltung und die Ergonomie mit 84%, gefolgt von der Verhaltensmodifikation mit 65%. Für die Zukunft wird in diesen beiden Feldern von keinen weiteren, bedeutsamen Zuwachsraten ausgegangen. An dritter Stelle mit 57% folgen aktuell die Gefährdungs-, Belastungs- und Beanspruchungsanalysen. Hier wird allerdings ein Rückgang um 46% in 5 bis 10 Jahren auf 31% prognostiziert. Zuwachsraten werden dagegen den betrieblichen Präventionsmaßnahmen und der gesundheitsförderliche Führung zugetraut, ebenso der Trauma/Notfallpsychologie und am stärksten der interkulturellen Kompetenzentwicklung mit 100%. Allerdings sind die derzeitigen Basisraten mit 14% bzw. 10% sehr gering im Verhältnis mit den übrigen Tätigkeitsfeldern ausgeprägt. Ein klassisches Tätigkeitsfeld ist und bleibt die Eignungsfeststellung mit 20% bzw. 23%. Für dieses Tätigkeitsfeld wird eine (nicht signifikante) Steigerung um 15% erwartet.

Die Felder mit den stärksten Steigerungsraten sind demnach die interkulturelle Kompetenzentwicklung, gefolgt von der gesundheitsförderlichen Führung, der Trauma/Notfallpsychologie, dem Lernen und der Kompetenzentwicklung, der Eignungsfeststellung und den betrieblichen Präventionsmaßnahmen (Stress, Erschöpfung, Burnout und Fehlzeiten). Dabei muss man allerdings beachten, dass einige dieser Tätigkeitsfelder wie z.B. die interkulturelle Kompetenzentwicklung nur eine geringe Verbreitung haben.

*Tab. 4: Aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder in der Praxis, Angaben in Prozent (Mehrfachnennungen). Signifikanzprüfung mit Chi-Quadrat Test, df=1, Signifikanzniveau * 5% ; **1%*

| Tätigkeitsfelder | Praxis Gegenwart N=167 | Praxis Zukunft N=167 | Zu/Abnahmen in Prozent |
|------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
|------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|

| | | | |
|---|----|----|-------|
| Arbeitsgestaltung/Ergonomie | 80 | 84 | 5 |
| Verhaltensmodifikation | 64 | 65 | 2 |
| Gefährdungs-, Belastungs- und Beanspruchungsanalysen | 57 | 31 | -46** |
| Betriebliche Präventionsmaßnahmen: Stress, Erschöpfung, Burnout, Fehlzeiten | 52 | 60 | 15 |
| Management von Teams, Teamentwicklung | 47 | 45 | -6 |
| Lernen und Kompetenzentwicklung | 43 | 50 | 16 |
| Gesundheitsförderliche Führung | 40 | 50 | 25 |
| Sicherheit und Zuverlässigkeit in komplexen Systemen | 35 | 35 | 0 |
| Einführung/Entwicklung Sicherheits/- Gesundheitsmanagementsysteme | 28 | 28 | 0 |
| Eignungsfeststellung | 20 | 23 | 15 |
| Trauma/Notfallpsychologie | 14 | 17 | 21 |
| Interkulturelle Kompetenzentwicklung | 10 | 20 | 100* |

3.4 Weiterbildungsbereitschaft und –bedarf

Insgesamt ist ein großes Weiterbildungsinteresse vorhanden. Von den Praktikern geben 77% an, regelmäßig alle 2 Jahre Weiterbildungsveranstaltungen zu besuchen. Bei den Befragten aus den Hochschulen sind es 69%. An regelmäßigen Weiterbildungsveranstaltungen beabsichtigen 81% bzw. 72% der beiden Gruppen in Zukunft teilzunehmen. Nahezu die Hälfte, d. h. 50% bzw. 60% wünschen sich eine Zertifizierung ihrer Tätigkeiten, z.B. als Fachpsychologe im AGS aufgrund von curricular verankerten Fortbildungsveranstaltungen. Über die Inhalte und die Präferenzen für die Teilnahme an den Weiterbildungsveranstaltungen gibt Tabelle 5 Auskunft.

Die Präferenzen für die 11 Themen sind recht gleichmäßig verteilt. Praktiker wie auch Angehörige der HS/FE präferieren vor allem Themen zu „Be-

ratung der Führung und Unternehmensleitung im AGS“ sowie „Instrumente zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Rahmen von Gefährdungsanalysen“. Die Themen „Methoden der gesundheitsförderliche Teamentwicklung“ und „gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ besetzen bei den Praktikern die nächsten Rangplätze. Angehörige der HS/FE präferieren auf den ersten vier Plätzen auch die betriebliche Gesundheitsförderung. Größere Unterschiede in den Präferenzen gibt es auch bei der Einführung des Gesundheitsmanagements. Während bei den Wissenschaftlern das Thema auf Rangplatz 5 landet, landet es bei den Praktikern auf dem vorletzten Rangplatz.

Tab. 5: Themen in der Weiterbildung und ihre Präferenzen bei Praktikern und Angehörigen von Hochschulen (HS/FE) in Prozent (Mehrfachnennungen). Die Tabelle ist nach den Anforderungen der Praxis absteigend sortiert.

| Themen der Weiterbildung | Praxis N=167 | HS/FE N=90 |
|---|-------------------------|-----------------------|
| Beratung der Führung und Unternehmensleitung im AGS | 49 | 43 |
| Instrumente zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Rahmen von Gefährdungsanalysen | 42 | 34 |
| Methoden der gesundheitsförderlichen Teamentwicklung | 39 | 34 |
| Methoden der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung | 33 | 34 |
| Mitarbeiter gesundheitsförderlich führen | 32 | 31 |
| Betriebliche Altersstrukturanalyse und Gestaltungsmaßnahmen | 32 | 30 |
| Betriebliche Gesundheitsförderung | 31 | 34 |
| Entwicklung der persönlichen Kommunikations- und Sozialkompetenz | 30 | 26 |

| | | |
|---|----|----|
| Neue gesetzliche Vorgaben im AGS | 29 | 20 |
| Stressimmunisierungstraining: Vorgehen, Einsatzmöglichkeiten und Nachhaltigkeit in der Praxis | 28 | 19 |
| Einführung des Gesundheitsmanagements | 26 | 18 |

4 Fazit

Mit einem auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutz haben sich die Anforderungen an das professionelle Selbstverständnis und die Kompetenzprofile der im Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) tätigen Personen geändert. In dieser ersten umfassenden Befragung der im AGS tätigen Psychologinnen und Psychologen wurden die Berufs- und Tätigkeitsfelder, Kompetenzanforderungen und die Weiterbildungsbedarfe erhoben.

Bezogen auf die geschätzten 400 bis 500 im AGS vorwiegend tätigen Psychologen haben 258 Personen den Fragebogen beantwortet. Das sind 51% der vermuteten Obergrenze. Die Alters- und Geschlechtsverteilung lässt keine Abweichungen von der vermuteten Grundgesamtheit erkennen, ebenso wenig bei den Hochschulabschlüssen. Mit aller Vorsicht können wir daher von einer aussagekräftigen Stichprobe ausgehen, die, soweit das zu überprüfen ist, keine Abweichungen von der Grundgesamtheit der im AGS überwiegend tätigen Psychologinnen und Psychologen erkennen lässt.

Die überwiegende Mehrzahl der Psychologen (65%) ist in der Praxis, 35% in der Hochschule und den Forschungseinrichtungen, z.B. der Berufsgenossenschaften oder des Bundes tätig. Den größten Anteil bei den Praktikern stellen die Freiberufler, gefolgt von den Berufsgenossenschaften und den Unfallkassen. Die Psychologen besetzen ein breites Tätigkeitsspektrum. Es reicht von den klassischen Themen der Gefährdungs-, Belastungs- und Beanspruchungsanalyse, der Arbeitsgestaltung und Ergonomie, der Verhaltensmodifikation bis zu den „neueren“ Feldern der betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Themen Stress, Erschöpfung, Burnout und Fehlzeiten, der gesundheitsförderliche Führung und der Einführung oder Entwicklung des Gesundheitsmanagements. Andererseits haben gering besetzte Felder wie z.B. die interkulturelle Kompetenzwicklung oder die Trauma- und Notfallpsychologie noch viel versprechende Entwicklungspotentiale. Deutlich wird auch, dass die Ausbildung auf der Hochschulseite Kapazitätsdefizite vor

allem in den Bereichen der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Sicherheit und Zuverlässigkeit in komplexen Systemen, Verhaltensmodifikation und Stressprävention aufweist.

Die Anforderungen der Praktiker und der Hochschulen an die Sozialkompetenzen und das Fachwissen erbrachten z.T. diskrepante Ergebnisse. Von der Praxis werden gleichgewichtig soziale und fachliche Kompetenzen im AGS gefordert. Die Hochschulen gewichten dagegen die fachlichen Kenntnisse über Theorien, Modelle und Konzepte der Gesundheitsförderung stärker als die Kommunikations- und Sozialkompetenz, das Selbstmanagement oder das lebenslange Lernen. Diese unterschiedlichen Sichtweisen sind nicht neu. Die Hochschulen, insbesondere die Universitäten, tun sich schwer mit ihrem Auftrag, nicht nur die fachlichen, sondern auch die sozialen und persönlichen Kompetenzen der Studierenden zu fördern. Hier besteht ein dringender Nachholbedarf seitens der universitären Ausbildung. Parallel dazu lassen sich diese Kompetenzen auch durch Weiterbildung erwerben und entwickeln.

Auch in der Zukunft werden die beiden wichtigsten Berufsfelder, die Verhältnis- und Verhaltensprävention als Kernaufgaben der AGS Psychologen eingeschätzt. Die Tätigkeitsfelder sind die Arbeitsgestaltung und die Ergonomie, gefolgt von der Verhaltensmodifikation und -stabilisierung. Für die Zukunft wird in diesen beiden Feldern von keinen weiteren, bedeutsamen Zuwachsraten ausgegangen. Das hängt einerseits mit dem Deckeneffekt (80%) bei der Arbeitsgestaltung zusammen. Auf der anderen Seite gibt es für die Verhaltensmodifikation und -stabilisierung noch Raum nach oben. Vermutlich werden die Zuwachsraten aber durch die spezifischen betrieblichen Präventionsmaßnahmen und ihren Steigerungsraten abgeschöpft. Auf den nächsten Plätzen folgen die betrieblichen Präventionsmaßnahmen, die gesundheitliche Führung sowie Lernen und Kompetenzentwicklung.

Im Tätigkeitsfeld der Gefährdungs-, Belastungs- und Beanspruchungsanalysen wird ein Rückgang um 46% erwartet. Zuwachsraten werden dagegen die betrieblichen Präventionsmaßnahmen und die gesundheitsförderliche Führung haben, ebenso die Trauma/Notfallpsychologie und die interkulturelle Kompetenzentwicklung. Ein klassisches Tätigkeitsfeld ist und bleibt die Eignungsfeststellung, für die eine Steigerung um 15% erwartet wird.

Überzeugend ist die Weiterbildungsbereitschaft der Psychologen. Über 75% der Praktiker nehmen bereits jetzt regelmäßig an Weiterbildungsveranstaltungen teil. Rund 50% wünschen sich eine Zertifizierung ihrer Weiterbildung, z.B. als Fachpsychologe im AGS. Im Hinblick auf die derzeit wenig überzeugenden Weiterbildungsangebote des Berufsverbands besteht hier ein dringender Handlungsbedarf.

An dieser Stelle ist die Community der im Arbeits- und Gesundheitsschutz tätigen Psychologen gefordert, ihre derzeitig informellen Strukturen so weiter zu entwickeln, dass nicht nur alle zwei Jahre ein Workshop für die Weiterbildung stattfindet, sondern dass auch in der Zwischenzeit qualifizierte Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Das Ziel sollte sein, dass PASIG den organisationalen Rahmen für eine kontinuierliche Weiterbildung schafft. Dazu gehört nicht nur die Veranstaltung der Workshops, sondern auch ein systematisches Weiterbildungsangebot mit der Möglichkeit des Erwerbs aufeinander aufbauender Qualifizierungszertifikate. Wie der Workshop, so sollten auch die speziellen Weiterbildungsangebote der Community, d.h. allen Disziplinen offen stehen.

5 Ausblick

Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland sollen zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens mit einem Präventionsgesetz ausgebaut werden. Es sollen Krankheiten und ihre Folgen verhütet und dadurch Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung gesteigert werden. Zum Spektrum der Präventionsinstrumente, die im Fünften Sozialgesetzbuch verankert sind und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, zählen auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Angebote der primären Prävention für Krankenversicherte.

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen eine wissenschaftliche Basis. Der Nachweis der Wirksamkeit konnte für viele Präventionsmaßnahmen bisher nicht erbracht werden. Es bleibt die Aufgabe der Präventionsforschung, Prävention und Gesundheitsförderung auf eine stärkere wissenschaftliche Basis zu stellen. Der Nachweis der Wirksamkeit und des Nutzens von Interventionsmaßnahmen muss durch kontrollierte Vergleiche geführt werden. Um die nachhaltig Erfolg versprechenden Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze genauer zu erforschen, bieten sich Untersuchungen an, in denen die gleiche Personengruppe über einen angemessen langen Zeitraum hinweg beobachtet wird (Längsschnitt- oder Kohortenstudien).

Für AGS-Psychologinnen und Psychologen mit ihren Kernkompetenzen in der empirischen Methodik, in der Verhältnis- und Verhaltensprävention eröffnen sich damit viel versprechende Berufsmöglichkeiten. Sie erfordern auf der Ausbildungsseite der Hochschulen aber ein rasches Reagieren auf die neuen Anforderungen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Auf der Seite der Weiterbildung und des lebenslangen Lernens ist die Community gefordert, zeitnah neue Weiterbildungskonzepte zu erstellen und zusam-

men mit den Hochschulen für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu sorgen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bamberg, E., Ducki, A., & Metz, A.-M. (Hrsg.). (1998). Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe.
- Barling, J., Loughlin, C., & Kelloway, E. K. (2002). Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 488-496.
- Burkardt, F. (1962). Stand der Unfälleforschung und praktische Schlussfolgerungen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 1, 385-415.
- Burkardt, F. (1981). Information und Motivation zur Arbeitssicherheit. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.
- Elke, G. (2000). Management des Arbeitsschutzes. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Elke, G., & Zimolong, B. (2005). Eine Interventionsstudie zum Einfluss des Human Resource Managements im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49(3), 1-14.
- Fahlbruch, B., & Wilpert, B. (1999). System safety - an emerging field for i/o psychology. In C. L. Cooper & I. v. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 55-93). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Giesa, H.-G., & Timpe, K. (2006). Verlässlichkeit von Mensch-Maschine-Systemen. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Band 2 Ingenieurpsychologie* (S. 603-632). Göttingen: Hogrefe.
- Giese, F. (1927). Methoden der Wirtschaftspsychologie. In E. Abderhalden (Hrsg.), *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden* (Vol. 2, S. Abt. VIc). Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Greenwood, M., & Yule, G. U. (1920). An inquiry into the nature of frequency distributions representative of multiple happenings with particular reference to the occurrence of multiple attacks of disease or of repeated accidents. *Journal of the Royal Statistical Society*, 83, 255-279.
- Gundlach, H., & Stöwer, R. (2004). Die Gesellschaft für experimentelle Psychologie, später Deutsche Gesellschaft für Psychologie und ihre Kongresse 1904 bis 1932. *Psychologische Rundschau*, 55(S1), 12-20.
- Hacker, W. (1991). Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35(2), 48-58.
- Heinrich, H. W., Petersen, D. & Roos, N. (1980). *Industrial accident prevention - A safety management approach*. New York: McGraw-Hill.
- Hoyos, C., Graf, & Zimolong, B. (1988). *Occupational safety and accident prevention - Behavioral strategies and methods*. Amsterdam: Elsevier.
- Hoyos, C., Graf. (1980). *Psychologische Unfall- und Sicherheitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Hoyos, C., Graf. (1992). A change in perspective: Safety psychology replaces the traditional field of accident research. *German Journal of Psychology*, 16, 1-23.
- Kohte, W., Zimolong, B., & Elke, G. (2006). *Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz in Marktbeziehungen – AGUM*. Heidelberg: Asanger.
- Krämer, B., & Zimolong, B. (2005). Führungsverantwortung für die Arbeitssicherheit in soziotechnischen Systemen. In K. Karrer, B. Gauss & C. Steffens (Hrsg.), *Beiträge der Forschung zur Mensch-Maschine-Systemtechnik* (S. 367-385). Düsseldorf: Symposium.
- Lipmann, O. (1925) *Unfallursachen und Bekämpfung*. Sammlung und psychologische Diskussion der Forschungsergebnisse. Arbeitswissenschaftliche Monographien aus dem Institut für angewandte Psychologie in Berlin. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XX. Band, 3. Heft.
- Mandl, H. & Winkler, K. (2004). Lernprozesse in Communities: Potenziale für Lernmöglichkeiten. *Grundlagen der Weiterbildung (GdWZ)*, 15 (3), 111-115.
- Mittenecker, E. (1962). *Methoden und Ergebnisse der psychologischen Unfallforschung*. Wien: Deuticke
- Traxel, W. (2004). Zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Psychologie im sogenannten Dritten Reich. *Psychologische Rundschau*, 55(S1), 21-32.
- Ulich, E. (1990). Individualisierung und differentielle Arbeitsgestaltung. In C. Graf Hoyos & B. Zimolong (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Band 2 Ingenieurpsychologie* (S. 511-535). Göttingen: Hogrefe
- Ulich, E., & Wülser, M. (2005). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.
- Zimolong, B. (1995). Neue Perspektiven im Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz - rechtliche, arbeits- und organisationspsychologische Aspekte. In C. Graf Hoyos & G. Wenninger (Hrsg.), *Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Organisationen* (S. 17-40). Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B. (Hrsg.). (2001). *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes - Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.
- Zimolong, B., & Elke, G. (2006). Occupational health and safety management. In G. Salvendy (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics* (pp. 673-707). New York: Wiley.
- Zimolong, B., & Kohte, W. (2006). *Integrativer und kooperativer Arbeits- und Umweltschutz in kleinen und mittleren Unternehmen – IKARUS*. Heidelberg: Asanger.
- Zimolong, B., Elke, G., & Trimpop, R. (2006). Gesundheitsmanagement. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Band 2 Ingenieurpsychologie* (S. 633-668). Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B., Elke, G., & Bierhoff, H. W. (2008). *Den Rücken stärken - Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.