



Why WAI?

Der Work Ability Index im Einsatz
für Arbeitsfähigkeit und Prävention –
Erfahrungsberichte aus der Praxis

Inhalt

Vorwort	5
1 Einleitung	7
2 Gesund älter werden in der Altenpflege! Erhalt und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Seniorenheim Martha Piter	17
3 Gut, dass wir verglichen haben! Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal in Deutschland und Europa	27
4 Alles einsteigen bis zur Endstation Rente! Die Einführung des Work Ability Index (WAI) bei den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein (VHH)	35
5 Was bringt das alles? Der WAI als Instrument zur Messung der Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen	43
6 Mit guten Arbeitsbedingungen Wettbewerbsfähigkeit sichern! Das ABI-Projekt bei Henkel	51
7 Arbeit verbessern, Gesundheit erhalten, Qualität sichern! Erfahrungen der ThyssenKrupp Steel Europe AG mit dem WAI	59
8 Alter ist nicht alles! Der Einsatz des WAI bei Schichtarbeitern	67
9 Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit trotz Arbeitslosigkeit gezielt verbessern! Evaluationsergebnisse einer gesundheitsfördernden Maßnahme im Kontext der Ergebnisse einer internationalen Studie zum Work Ability Score	73
10 Zukunftsstrategien für eine altersgerechte Arbeitswelt Erfahrungen aus dem Projekt ›Alternsmanagement in Kleinbetrieben‹	83
11 Der WAI – ein bewährtes Instrument für die Praxis! Vier Erfahrungsberichte des Arbeitsmedizinischen Dienstes Hamburg	87
12 Die Dinge in die eigene Hand nehmen! Arbeitsbewältigungs-Coaching als Antwort auf veränderte Bedürfnisse und Arbeitswelten	99
13 Nichts getan – und doch etwas passiert! Spontane Veränderungen der Arbeitsbewältigung bei Beschäftigten in der ambulanten Pflege (2003–2005)	107
14 Auch die Klein- und Mittelbetriebe fit machen! Erfahrungen aus dem ABI-NRW-Projekt	113
15 Wer nicht fragt, bleibt dumm! Der WAI im Einsatz bei der Landeshauptstadt München	123
16 WAI & Co in der Praxis Die verschiedenen Einsatzformen des Work Ability Index und verwandter Instrumente	131
Links und Literatur	140
Impressum	146

Vorwort

Der Trend ist nach wie vor zu beobachten: Trotz vielfältiger Anstrengungen von Politik und Wirtschaft erreichen viele Erwerbstätige das Rentenalter nicht in Arbeit. Die Ursachen dafür liegen auch im vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit. Dabei sind insbesondere die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, psychische Störungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems für den vorzeitigen und erzwungenen Ruhestand verantwortlich. Der Blick in die Statistik zeigt zudem, dass es sich dabei keineswegs um Einzelfälle handelt. So zählt der Verband der Rentenversicherungsträger gegenwärtig rund 1.650.000 Personen, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit beziehen.

Abgesehen von dem persönlichen Leid und dem Verlust an Lebensqualität, die sich hinter jedem Einzelfall verbergen – leisten können wir uns diese Verschwendung von Wissen, Erfahrungen und Kenntnissen bereits jetzt nicht mehr – und künftig noch viel weniger. Zumal das Problem ohne Gegensteuern immer größer wird, denn der Anteil der 45–64-Jährigen an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen wird im Zuge des demographischen Wandels weiter ansteigen – und gerade diese Altersgruppe ist

erfahrungsgemäß besonders stark von Frühverrentung betroffen.

Unbestritten ist, dass durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen die Voraussetzungen für ein längeres Verbleiben von mehr Erwerbstätigen in Beschäftigung geschaffen werden können – und müssen. Schließlich gilt auch für Deutschland das im Rahmen der Wachstumsstrategie der EU ›Europa 2020‹ formulierte beschäftigungspolitische Ziel, die Beschäftigungsquote Älterer weiter zu steigern, die in Deutschland im Jahr 2010 bei den 56–64-Jährigen ca. 56 % betrug.

In diesem Zusammenhang werden von den Mitgliedsstaaten Initiativen gefordert, welche die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit dieser Altersgruppe fördern und verbessern.

Vor diesem Hintergrund ist der Work Ability Index (WAI) ein sinnvolles Instrument, da mit seiner Hilfe sowohl die aktuelle als auch die künftige Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten erfasst und bewertet werden kann. Ausgehend vom WAI können konkrete Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingeleitet werden. Darum fördern INQA und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) die Anwendung und Verbreitung des WAI. Ausdruck

dieser Förderung ist das auf Initiative der BAuA und in Kooperation mit der Bergischen Universität Wuppertal gebildete nationale WAI-Netzwerk, das sich als kritische Plattform für aktive und potenzielle WAI-Anwender versteht. Dabei besteht eine wesentliche Aufgabe des Netzwerks darin, durch die Verbreitung fundierter Erkenntnisse und Informationen für eine sachgerechte Anwendung des WAI zu sorgen und damit gesicherte Grundlagen für Präventionsmaßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsfähigkeit zu schaffen.

Dazu möchte die vorliegende Broschüre einen Beitrag leisten. Sie stellt Projekte vor, welche die ›WAI-Netzwerker‹ in Eigenverantwortung initiiert und durchgeführt haben. Ziel der Broschüre ist dabei, den WAI in der Praxis weiter bekannt zu machen, Erfahrungen im Umgang mit dem WAI der Öffentlichkeit vorzustellen, und – last, but not least – zum Einsatz des WAI anzuregen und zu ermutigen.

1 Einleitung

Die ›ergrauende‹ Gesellschaft

Es hat sich mittlerweile herumgesprochen: Die demographische Entwicklung sorgt dafür, dass wir in naher Zukunft weniger und im Durchschnitt älter sein werden. Verantwortlich dafür sind die weiter steigende Lebenserwartung sowie eine niedrige Geburtenrate. Diese Entwicklung stellt Politik, Wirtschaft und Gesellschaft vor große Herausforderungen. Denn mit der ›ergrauenden Gesellschaft‹ ist auch ein durchschnittlich älteres Erwerbspersonenpotenzial verbunden. Die unausweichliche Folge: Das Durchschnittsalter der Belegschaften in den Betrieben wird künftig noch stärker als bisher ansteigen. Wie steht es also demnächst mit der Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit in Deutschland, wenn in den kommenden Jahren immer mehr ältere Erwerbstätige am Computer sitzen und an der Werkbank stehen? Können diese dann tatsächlich bis zur Rente mit 67 arbeiten, wo doch schon heute viele das 60. Lebensjahr nicht am Arbeitsplatz, sondern gesundheitsbedingt in Frührente erleben? Bleibt der Wirtschaftsstandort Deutschland auch mit älteren Beschäftigten innovations- und wettbewerbsfähig?

Blick nach Norden

Möglich ist das schon, einige unserer europäischen Nachbarn haben bereits gezeigt, wie es gehen kann – und Deutschland ist auch schon ein sehr gutes Stück weitergekommen. So wurden hierzulande die beschäftigungspolitischen Zielvorgaben der Europäischen Union, wonach europaweit im Zeitraum 2005 bis 2010 die Erwerbstätigkeit Älterer erheblich zunehmen sollte, mit einer Beschäftigungsquote der 55–64-Jährigen von 56 % mehr als deutlich erreicht. Deutschland konnte damit mit Ländern wie Großbritannien und den USA gleichziehen. Aber dennoch bleibt noch viel zu tun – denn es geht noch besser! Weltweit Spitzenreiter bei der Beschäftigung Älterer ist derzeit Schweden mit einer Beschäftigungsquote von 70 % bei den 55–64-Jährigen. Und auch Dänemark und Finnland sind seit längerem erfolgreich bei der Integration der Älteren in den Arbeitsmarkt.

Möglich wurde das, weil man sich im hohen Norden schon seit längerem mit dem Thema ›alternde Erwerbsbevölkerung‹ befasst und entsprechende Programme zum Erhalt und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit entwickelt und umgesetzt hat. Eine wichtige Rolle bei diesen breitgefächerten Aktivitäten spielte (und spielt) der Work Ability Index, ein sinnvolles und wichtiges Hilfsmittel für die betriebsärztliche Praxis, mit dem der individuelle Bedarf von

präventiven betrieblichen Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit eingeschätzt sowie der Erfolg von Interventionen überprüft werden kann. Heute ist der Wert dieses Instruments auch hierzulande erkannt worden, in vielen Unternehmen gehört der Einsatz des WAI bereits zum Standard.

Im Fokus: die Arbeitsfähigkeit

Wenn in Deutschland und anderswo beim Thema Arbeitsfähigkeit von ›finnischen Erfahrungen‹ die Rede ist, sind damit in erster Linie die Forschungsergebnisse des Finnischen Instituts für Arbeitsmedizin (FIOH) in Helsinki gemeint. Prof. Juhani Ilmarinen, bis 2009 Leiter der Abteilung für Arbeitsphysiologie an diesem Institut, beschäftigte sich seit den 1980er Jahren gemeinsam mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Team mit der Frage, wie die Potenziale von Beschäftigten so erhalten und entwickelt werden können, dass diese einerseits den Betrieben möglichst lange zur Verfügung stehen, andererseits die Beschäftigten möglichst gesund das Rentenalter erreichen. Von zentraler Bedeutung ist für Ilmarinen dabei der Begriff der Arbeitsfähigkeit, der von Personalverantwortlichen und Ärzten, aber auch von den Betroffenen selbst oft sehr eng ausgelegt wird: Entweder jemand schafft ›seine‹ Arbeit – oder eben nicht. Die Arbeit selbst wird dabei nur selten hinterfragt, ebenso die mit ihr verbundenen Anforderungen oder die Bedingungen, unter denen sie ausgeführt werden muss. Gerade ältere Beschäftigte kommen bei einer solchen Betrachtung nicht selten ›unter die Räder‹: Wer im Alter aufgrund nachlassender Körperkräfte z. B. weniger gut heben und tragen kann, läuft Gefahr, bei nächster Gele-

genheit als nicht mehr arbeitsfähig eingestuft zu werden.

Was dabei verkannt wird: Eine mögliche Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit von Älteren bezieht sich in der Regel auf ganz bestimmte Tätigkeiten und ist damit relativ, selten absolut. Nichts anderes meint Ilmarinen in seiner Definition von Arbeitsfähigkeit:

›Die Arbeitsfähigkeit beschreibt das Potenzial eines Menschen, einer Frau oder eines Mannes, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei muss die Entwicklung der individuellen funktionalen Kapazität ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung. Beide Größen können sich verändern und müssen alters- und altersgerecht gestaltet werden.‹

Dazu ein Beispiel: Ein durchschnittlicher Fußballprofi kann im Normalfall ab dem 35. Lebensjahr aufgrund der nachlassenden Vitalkapazität seine ›Ballarbeit‹ nicht mehr profimäßig absolvieren. Ist er damit aber gleich arbeitsunfähig? Oder ist er nicht vielmehr nur für diese eine Aufgabe nicht mehr ausreichend leistungsfähig? Als Trainer, Sportdozent oder Vereinsmanager kann er hingegen seine Erfahrung und sein Wissen bestens einbringen – vorausgesetzt, er hat sich rechtzeitig auf diese zweite Karriere vorbereitet und qualifiziert. Ähnliches gilt selbstverständlich für jeden anderen Beruf. So kann der gealterte Paketzusteller vom ›Bock‹ in den Bereich der Tourendisposition wechseln, die bandscheibengeplagte Krankenschwester ist vielleicht eine erstklassige Lehrerin für den Pflege Nachwuchs, in dem ergrauten und nicht mehr ganz so kreativen Software-Entwickler steckt vielleicht ein Software-Beratungstalent.

Solche Erwerbsbiographien müssen natürlich geplant und durch qualifizierende Maßnahmen vorbereitet werden. Hilfreich für eine solche Planung ist es zu wissen, wie es um die individuelle Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters bestellt ist. Stehen Arbeitsanforderung und Leistungsvoraussetzungen in einem gesunden Verhältnis zueinander? Oder muss der Betreffende in seinem normalen Arbeitsalltag bis an seine Leistungsgrenzen oder sogar darüber hinaus gehen? Wird die Arbeit noch als Herausforderung begriffen – oder schon als Überforderung erlebt? Diese Fragen kann der Work Ability Index beantworten.

Der Work Ability Index (WAI)

Bei diesem Instrument handelt es sich im Kern um einen Fragebogen, der von den Beschäftigten selbst oder gemeinsam mit einer dritten Person, z. B. dem Betriebsarzt, bearbeitet wird. Im deutschsprachigen Raum wird der WAI auch als ›Arbeitsfähigkeitsindex‹ oder ›Arbeitsbewältigungsindex‹, kurz ›ABI‹, bezeichnet. Er besteht aus 10 Fragen und einer Diagnoseliste, die in 7 sogenannten WAI-Dimensionen zusammengefasst werden.

WAI 1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten:
Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?

WAI 2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein?

WAI 3. Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten
(Langversion = 50, Kurzversion = 13 Krankheiten/Krankheitsgruppen)

WAI 4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten
Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

WAI 5. Krankenstand im vergangenen Jahr
(Anzahl Tage)

WAI 6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren
Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

WAI 7. Psychische Leistungsreserven
Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?
Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege? Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

Jede Antwort ist mit einem Punktwert verbunden, im Resultat ergibt sich ein WAI-Wert, der zwischen 7 und 49 Punkten liegen kann. Der so ermittelte Wert zeigt zum einen, wie hoch die eigene Arbeitsfähigkeit eingeschätzt wird, zum anderen lassen sich Ziele von einzuleitenden Maßnahmen ableiten:

Punkte	Arbeitsfähigkeit	Ziel von Maßnahmen
7–27	gering	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
28–36	mäßig	Arbeitsfähigkeit verbessern
37–43	gut	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44–49	sehr gut	Arbeitsfähigkeit erhalten

Abb. 1: Die sieben Dimensionen des WAI, die genaue Version mit allen Details findet sich unter www.arbeitsfaehigkeit.net

Die Arbeitsfähigkeit eines Arbeitnehmers ist dann sehr hoch, wenn er diese selbst sehr hoch einschätzt, wenn er meint, seine Aufgaben derzeit sehr gut bewältigen zu können und diese nach eigener Einschätzung auch in zwei Jahren noch bewältigt wird, wenn aktuell vom Arzt keine oder kaum Krankheiten diagnostiziert werden konnten, und wenn dementsprechend keine oder nur wenige Krankentage in den letzten zwölf Monaten angefallen sind. Ebenso trägt zur Arbeitsfähigkeit bei, wenn der Arbeitnehmer sich als aktiv und zuverlässig erlebt.

Die Einsatzgebiete des WAI

In den kommenden Jahren werden immer mehr Ältere im Erwerbsleben stehen und dort auch länger als bisher bleiben – Stichwort: längere Lebensarbeitszeit. Vor diesem Hintergrund müssen sich die Betriebe noch mehr als bisher um gesunde Arbeitsbedingungen sowie eine gute Qualität der Arbeit kümmern, die beides ermöglichen. Auch Betriebsärzte werden zunehmend gefragt, wie sich das Ergrauen der Belegschaft betrieblich auswirken wird und welche Maßnahmen aus ihrer Sicht zu ergreifen sind. Nun sind Betriebsärzte zwar nicht die einzigen Akteure auf diesem Gebiet, aber sie können durchaus ihren Teil zur Bewältigung des demographischen Wandels in den Betrieben beitragen, indem sie z. B. Zustände beschreiben, Maßnahmen empfehlen, deren Durchführung begleiten, in Einzelfällen beratend aktiv werden und den Effekt von Maßnahmen beurteilen. Für diese betriebsärztlichen Aktivitäten ist der WAI ein wichtiges präventives

Hilfsmittel, dessen Ergebnisse den Ausgangspunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung bilden können. Neben dieser »normalen« betriebsärztlichen Betreuung kann der WAI aber auch auf folgenden Gebieten eine wichtige Rolle spielen:

- in der Betriebsepidemiologie, z. B. Quer- und Längsschnitterhebungen, Begleitung von Interventionsmaßnahmen
- bei der Klärung wissenschaftlicher Fragestellungen, z. B. durch Quer-, Längsschnitt und Interventionsstudien
- im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung

Für alle diese Anwendungsbereiche finden sich im zweiten Teil dieser Broschüre Beispiele aus der Praxis, welche auch die leichte Anwendbarkeit des WAI unterstreichen. Dass der WAI die in ihn gesetzten Erwartungen in der Regel erfüllen kann, wird an der hohen »Wiederholerquote« deutlich: Betriebe, die ihn einmal eingesetzt haben, zeigen erfahrungsgemäß eine hohe Bereitschaft, ihn wieder und regelmäßig einzusetzen. Damit ergibt sich für diese Betriebe nicht nur die Möglichkeit, die innerbetriebliche Entwicklung der Arbeitsfähigkeit auf der Zeitachse zu verfolgen sowie die Wirksamkeit von Interventionen zu überprüfen, sondern auch den eigenen Standort im Vergleich zu anderen Betrieben zu lokalisieren. Dabei hilft ihnen die WAI-Datenbank des WAI-Netzwerks, in der WAI-Referenzwerte gesammelt, aufbereitet und anonymisiert zur Verfügung gestellt werden, wenn sie ihre eigenen Daten der Datenbank anonymisiert zur Verfügung stellen.

Was der WAI kann – und was nicht

Kritiker des WAI sehen in dem Instrument ein Mittel, um die Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit vom Arbeitgeber auf die Beschäftigten zu verlagern: Wer über eine mäßige oder schlechte Arbeitsfähigkeit verfügt – so die Befürchtung –, ist in der Pflicht, diese zu verbessern, damit er den Anforderungen seines Arbeitsplatzes wieder entspricht. Damit scheint der Grundsatz des modernen Arbeitsschutzes auf den Kopf gestellt, wonach die Arbeit dem Menschen angepasst werden soll – und nicht umgekehrt. Diese Kritik wäre berechtigt – wenn dies der Intention des WAI entspräche. Außer Acht bleibt bei einer solchen Bewertung aber, dass die Arbeitsfähigkeit eines Menschen eben nicht allein durch seine Eigenschaften und Voraussetzungen bestimmt wird, sondern in gleichem Maße auch durch die Bedingungen und Anforderungen der Arbeit. Insofern kann der WAI Handlungsaufforderung in beide Richtungen sein, also sowohl Maßnahmen der Verhaltens- wie der Verhältnisprävention anregen.

Welche Aktivitäten zur Wiederherstellung, zur Verbesserung oder Sicherung der Arbeitsfähigkeit angezeigt sind, darüber gibt der WAI keine Auskunft – er zeigt nur an, dass etwas getan werden muss. Erst aus dem WAI-Beratungsgespräch beim Betriebsarzt oder aus einem betrieblichen Workshop nach der Auswertung einer Beschäftigtenbefragung lassen sich Schlüsse ziehen, die Planung und Durchführung von Interventionen ermöglichen. Diese können sich sowohl auf den Mitarbeiter als auch die Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation beziehen. Denn obgleich der WAI »nur« eine subjektive Selbsteinschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit erfasst,

so spiegeln sich in den Antworten die berufliche Situation des Befragten (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld), dessen private Bedingungen (belastendes oder stützendes Umfeld) sowie dessen individuelle Voraussetzungen (funktionelle Kapazität, Gesundheitszustand, Motivation, Kenntnisse und Fertigkeiten) wider.

Insofern ist der WAI ein Präventionsinstrument, das andere Instrumente und Verfahren sinnvoll ergänzen kann. Entsprechend soll der WAI keinesfalls die Gefährdungsbeurteilung ersetzen, sondern kann diese um eine subjektive Komponente erweitern. Denn während die Gefährdungsbeurteilung die objektiven Rahmenbedingungen eines Arbeitsplatzes im Sinne eines Sollzustandes überprüft, misst der WAI den Endpunkt einer Entwicklung, eben die Arbeitsfähigkeit. Anders formuliert: Der WAI gibt Auskunft darüber, wie ein Mitarbeiter mit seinem Arbeitsplatz und seiner Arbeit »klarkommt«. Dadurch verbessert der WAI letztendlich die Möglichkeiten der individuellen und betrieblichen Beratung und bereitet Lösungen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsfähigkeit vor, was allen Beschäftigten und dem gesamten Unternehmen gleichermaßen zugute kommen kann.

Wie jedes andere Erhebungsinstrument verdient natürlich auch der WAI eine kritische Aufmerksamkeit. Die abgefragten Daten wie Krankheiten, Einschränkungen und Motivation sind sensibel und erfordern den unbedingten Schutz durch Anonymität und Schweigepflicht. Darum ist der WAI in erster Linie ein Instrument, das in die Hände eines Arbeitsmediziners bzw. einer Arbeitsmedizinerin gehört. Gerade die Zusicherung und Einhaltung der Vertraulichkeit sind wichtig für den erfolgreichen

Einsatz des WAI. So stehen viele Befragte und auch Personal- bzw. Betriebsräte dem WAI skeptisch gegenüber, weil sie befürchten, dass sie mit dem WAI gesundheitlich und in ihrer Leistungsfähigkeit identifiziert und bei Gelegenheit »aussortiert« werden sollen. Um diese Ängste auszuräumen, sind vor dem WAI-Einsatz Informationsveranstaltungen für die Belegschaft unverzichtbar, auf denen der WAI vorgestellt und dessen präventive Ziele transparent gemacht werden. Bei dieser Gelegenheit sollte auch angesprochen werden, dass der WAI weder die Gesundheit noch die Leistungsfähigkeit eines Beschäftigten misst, sondern seine Arbeitsfähigkeit. Dieser scheinbar kleine Unterschied ist durchaus bedeutsam, um die Zielrichtung des WAI zu verdeutlichen: Würde der WAI die Gesundheit »messen«, läge bei einem schlechten WAI die Verantwortung für eine Verbesserung in erster Linie beim Beschäftigten – er stünde ausschließlich im Zentrum von Rehabilitationsmaßnahmen. Da der WAI aber die Arbeitsfähigkeit erfasst, ist nicht der Beschäftigte »schuld« an seinem eventuell schlechten WAI, vielmehr rücken auch die Arbeitsbedingungen in den Fokus. Und hier Verbesserungen einzuleiten, ist Sache des Arbeitgebers.

Zur Aussagekraft des WAI

Einfach ein paar Fragen stellen – und schon weiß man, wie es um die derzeitige und künftige Arbeitsfähigkeit bestellt ist? Ja und nein. Wissenschaftliche Studien haben einerseits die Aussagekraft des WAI bestätigt, andererseits aber auch seine Grenzen aufgezeigt. Insofern gilt: Der WAI ist ein Instrument unter anderen, wenngleich auch ein sinnvolles:

- In zahlreichen multidisziplinären klinischen Längsschnittstudien ist der WAI in den 1980/90er in Finnland validiert worden. In einer 11 Jahre laufenden Follow-up-Studie bei über 6000 finnischen Kommunalangestellten konnte z. B. belegt werden, dass der WAI ein geeignetes »Frühwarninstrument« für vorzeitigen Erwerbsausstieg sowie Sterblichkeit darstellt. Dabei waren es nicht in erster Linie die gesundheitszentrierten WAI-Dimensionen, die den Berufsausstieg vorhersagten! Der scheinbar einfache Zusammenhang zwischen einem derzeitigen schlechten Gesundheitszustand und einem absehbaren Berufsausstieg lässt sich also wissenschaftlich nicht halten.
- Ähnliche Ergebnisse zeigte eine 11 Jahre laufende Längsschnittuntersuchung in der finnischen Fischindustrie. Auch diese 2003 veröffentlichte Studie bestätigte, dass der WAI das erhöhte Risiko für einen vorzeitigen Berufsausstieg anzeigen kann.
- Einer anderen Frage im Zusammenhang mit dem WAI ist die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin nachgegangen. Sie wollte wissen, wie sich die »gefühlte« Arbeitsfähigkeit, gemessen mit dem WAI, zur objektiv festgestellten Verfasstheit, gemessen mit psychophysischen Tests, verhält. Das Ergebnis: 33 % der Versuchspersonen wurden in ihrer Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit von den objektiven Daten bestätigt, bei 60 % ergaben die Beanspruchungstests eine bessere körperliche Fitness als selbst angenommen. Hinsichtlich der mentalen Leistungsfähigkeit lagen 44 % mit ihrer Selbsteinschätzung richtig, die übrigen waren leicht bzw. deutlich schlechter mental verfasst als selbst angenommen.

Was tun mit dem WAI?

Die Erfassung des WAI hätte nur statistischen Wert, wenn sich daran nicht konkrete Interventionen zur Wiederherstellung, zum Erhalt oder sogar zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit anschließen würden. Welche Maßnahmen dazu geeignet sind, darüber macht das WAI-Instrument keine Aussagen, wohl aber das WAI-Konzept. Danach sind zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit Aktivitäten auf den folgenden Handlungsfeldern angezeigt:

Handlungsfeld 1 umfasst die individuelle Gesundheit des Menschen mit seiner physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit, kurz: seine funktionelle Kapazität.

Handlungsfeld 2 bezieht sich auf den Arbeitsinhalt und die Arbeitsumgebung. Damit sind die konkret zu leistende Arbeit mit ihren Belastungen, Beanspruchungen und Anforderungen gemeint, wie auch beispielsweise das soziale Arbeitsumfeld; Interventionen sind möglich in den Bereichen Ergonomie, Hygiene und Sicherheit.

Handlungsfeld 3 richtet den Fokus auf die professionelle Kompetenz, also Ausbildung, Qualifikation und Weiterbildung.

Handlungsfeld 4 schließlich rückt die Arbeitsorganisation und Führung in den Blickpunkt, wobei Studien unterstreichen, dass gerade gute Führung bei älteren Beschäftigten besonders wichtig für den Erhalt und den Ausbau der Arbeitsfähigkeit ist.

Grundsätzlich gilt: Im Regelfall kann die Arbeitsfähigkeit eines Menschen durch geeignete Maßnahmen erhalten bzw. verbessert werden – unabhängig vom Alter und vom Ausgangsniveau der Arbeitsfähigkeit. Erfolgversprechend ist dabei allerdings weniger die einzelne Maßnahme als vielmehr ein Gesamtpaket, das die Präventionsansätze multidimensional und kontinuierlich angeht. Erst dann sind nachhaltige Effekte auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erwarten.

Die Vorteile des WAI in aller Kürze

Die Arbeitsfähigkeit der vorhandenen Belegschaften ist vor dem Hintergrund eines künftig schrumpfenden Erwerbspersonenpotenzials eine Ressource, die über die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens entscheiden kann. Entsprechend gilt es, achtsam und nachhaltig mit ihr umzugehen. Der WAI kann dabei in der betriebsärztlichen Praxis gleich mehrere Rollen spielen:

- Als Dialoginstrument kann der WAI helfen, das betriebsärztliche Gespräch im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchungen sinnvoll zu strukturieren.
- Die Ergebnisse einer WAI-Erhebung können bei den Beschäftigten Denkprozesse auslösen und Veränderungswünsche initiieren.
- Die WAI-Erhebung kann der Ausgangspunkt für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sein.
- Mit Hilfe des WAI lässt sich der Erfolg bzw. die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen sowohl auf individueller wie kollektiver Ebene messen und bewerten.

- Der WAI kann die betriebliche Debatte zum Thema ›Arbeit und Alter‹ auslösen und fördern.
- Und schließlich: Der WAI kann jene ›harten Fakten‹ liefern, die helfen, betriebliche Entscheidungsträger von der Notwendigkeit von Gesundheitsmaßnahmen zu überzeugen.

Hier gibt es Hilfe – das WAI-Netzwerk

Seit 2003 arbeitet in Deutschland das WAI-Netzwerk, das vom Institut für Sicherheitstechnik an der Bergischen Universität Wuppertal im Auftrag der BAuA aufgebaut wurde und betreut wird. Es wird heute von der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) finanziert.

Derzeit sind 948 (Stand 3/2011) Klein-, Mittel- und Großunternehmen sowie Einzelpersonen, öffentliche und private Einrichtungen Mitglied im Netzwerk. Das WAI-Netzwerk dient der Förderung der Anwendung des WAI (Work Ability Index) in Deutschland.

Das WAI-Netzwerk steht allen Interessierten und potenziellen Anwendern offen. Die Mitgliedschaft im WAI-Netzwerk ist kostenfrei. Mehr Infos finden Sie auf der Homepage des Netzwerks:

www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de



2 Gesund älter werden in der Altenpflege!

Erhalt und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Seniorenheim Martha Piter

Das Unternehmen

Das Seniorenzentrum wurde 1987 eröffnet, seit Juni 1989 trägt es den Namen ›Martha Piter‹. Nach der Wende wurde das damalige Alten- und Feierabendheim umgebaut und erweitert. Es präsentiert sich seit 2003 als hochmodernes Seniorenzentrum mit ansprechender Architektur und attraktivem Umfeld. Mit dem Umbau hat sich auch das Profil der Einrichtung verändert, der Bereich Wohnen, Pflege und Betreuung wurde völlig neu strukturiert. Derzeit verfügt die Einrichtung über neunzig stationäre Pflegeplätze, vier Kurzzeitpflegeplätze sowie vier- und vierzig Ein- und Zweiraumwohnungen für das betreute Wohnen. Für das leibliche Wohl der Senioren sorgen eine Küche und eine Cafeteria, angeschlossen daran ist ein Veranstaltungsraum. Diverse Dienstleistungen können im Haus genutzt werden, im direkten Umfeld finden sich ein Supermarkt, ein Ärztehaus, Apotheke, Sparkasse sowie viele andere Versorgungs- und Dienstleistungsangebote, welche die aktive Teilnahme am Leben ermöglichen.

Alle Zimmer sind mit Notrufanlage, Telefon, Pflegebett und Möbeln ausgestattet. Die Wohnungen verfügen über Küche, behindertengerechtes Bad sowie Terrasse oder Balkon. Damit sind die äußeren Voraussetzungen gut, um das Leitbild der Einrichtung in die Praxis umsetzen zu können. Danach

versteht sich das Seniorenzentrum als eine Einrichtung, die ihren Bewohnern ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben ermöglichen möchte – verbunden mit aktivierender und unterstützender Pflege.

Die Situation im Unternehmen

Von den insgesamt 59 Beschäftigten im Unternehmen sind 53 weiblich, wobei Fach- und Hilfskräfte ungefähr gleich stark vertreten sind. Deutlich mehr als die Hälfte der Beschäftigten hat das 45. Lebensjahr überschritten und fällt somit in die Kategorie ›ältere Arbeitnehmer‹. Hinsichtlich der Belastungen stellt die Arbeit hohe Anforderungen an Körper und Psyche, wie sie in den Pflegeberufen allgemein üblich sind. Auch nicht unüblich für Pflegeinstitutionen ist die Tatsache, dass häufig am Rande der Kapazitätsgrenzen gearbeitet wird, was immer dann problematisch wird, wenn Beschäftigte wegen Krankheit ausfallen oder organisationsbedingt Engpässe auftreten. Davon war auch ›Martha Piter‹ in den letzten Jahren immer wieder betroffen, so dass die Beschäftigten Überstunden leisten und zusätzliche Schichten fahren mussten. Gerade für die älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter resultierte daraus eine hohe Belastungssituation, die auch Veränderungsdruck erzeugte.

Seit dem Jahr 2004 besitzt die Einrichtung eine neue Geschäftsleitung, die weitreichende Umstrukturierungen umgesetzt hat. So wurden von den vier Wohnbereichen mit jeweils rund 22 pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren jeweils zwei zusammengelegt, wodurch zwei Wohnbereichsleitungen auf den Status von Stellvertreterinnen zurückfielen, die vier bisherigen Stellvertreterinnen arbeiten derzeit wieder als »normale« Beschäftigte. Dadurch sind auch die Pflegeteams »durcheinandergewirbelt« worden, die sich in ihren neuen Rollen erst wieder neu finden mussten. Ebenfalls belastend wirkte die angespannte wirtschaftliche Situation des Hauses. Vor dem Hintergrund der schwierigen Arbeitsmarktsituation in Brandenburg hat dies zu massiven Zukunftsängsten bei den Beschäftigten geführt.

Auf der »Habenseite« steht bei Martha Piter ein gutes Angebot hinsichtlich Fort- und Weiterbildung, wobei die Wünsche der Beschäftigten in das Angebot einfließen. Darüber hinaus existiert eine Zusammenarbeit mit dem Amt für Arbeitsschutz sowie der Berufgenossenschaft, erste Gespräche mit verschiedenen Krankenkassen zu Angeboten der Gesundheitsförderung wurden aufgenommen.

Im Rahmen der gesetzlichen Pflichten existiert ein Arbeitsschutzausschuss, in dem alle Beteiligten regelmäßig zusammenarbeiten. Ebenso wird der Betriebsrat von der Geschäftsführung an den laufenden Prozessen beteiligt.

Das Projekt

Ziel des Seniorenzentrums ist, dass sich die Bewohner wohlfühlen und eine Atmosphäre der Geborgenheit und Sicherheit verspüren. Das funktioniert nur mit motivierten und leistungsfähigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Herz, Hand und Kopf bei der Sache sind. Und das nicht nur ab und zu, sondern über Jahre hinweg. Dazu müssen die Arbeitsbedingungen und das Betriebsklima so gestaltet sein, dass sie die psychische und physische Gesundheit der Beschäftigten erhalten und fördern. Denn wer ständig unter Zeitdruck steht, wer vor lauter Stress nicht weiß, wo ihm der Kopf steht, wessen Bandscheiben schon lange aus den Fugen geraten sind, wird den Hausbewohnern kaum jenes Maß an Geduld und Aufmerksamkeit widmen können, das gerade im Umgang mit älteren Menschen unverzichtbar ist. Insofern gilt: Qualität in der Pflege lässt sich nur mit einer guten Qualität der Arbeitsbedingungen für die Pflegenden erzielen. Ein Grundsatz, der angesichts des demographischen Wandels mit einem künftig schrumpfenden Erwerbspersonenpotenzial an Bedeutung gewinnen wird. Schon heute ist Pflegepersonal knapp, weil viele aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen vorzeitig aussteigen. In Zukunft werden nur noch jene Einrichtungen über eine ausreichende Personaldecke verfügen, die achtsam und nachhaltig mit ihrem »Humankapital« umgehen. Entsprechend gilt es die vorhandenen Pflegekräfte und ihre Gesundheit zu unterstützen und zu fördern.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Seniorenzentrum Martha Piter näher mit dem finnischen Konzept der Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt und auch den WAI im Unternehmen eingesetzt.

Der WAI hilft, Belastungsschwerpunkte im Betrieb zu ermitteln.

Damit sollten Belastungsschwerpunkte ermittelt sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten im Zusammenhang mit den gestellten Arbeitsanforderungen beurteilt werden. Ziel war dabei, beginnende Einschränkungen der individuellen Arbeitsbewältigungsfähigkeit frühzeitig zu identifizieren, um dann unterstützende Gesundheitsmaßnahmen anbieten bzw. Gestaltungsmaßnahmen ergreifen zu können. Dabei wurden die vier bekannten Handlungsfelder, welche die Arbeitsfähigkeit positiv oder negativ beeinflussen können, auf Optimierungsmöglichkeiten »abgeklopft« und gemeinsam mit den Beschäftigten bearbeitet. Im Einzelnen standen im Fokus:

- das Individuum sowie seine funktionelle Kapazität und Gesundheit
- die menschen-, geschlechter- und alter(n) gerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen
- die Verbesserung der professionellen Handlungskompetenz
- die Etablierung einer kompetenten Führungskultur und positiven Arbeitskulturs

Jedes dieser Handlungsfelder wurde mit den entsprechenden Werkzeugen und Instrumenten »beackert«, am Ende dieses Prozesses stand ein ganzheitlicher Maßnahmenkatalog, der »Martha Piter« demographiefest und zukunftssicher machen wird. Die Grafik auf Seite 20 zeigt die eingesetzten Analyseinstrumente und Interventionen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten im Überblick.

Methoden zur Analyse und Interventionen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit

1. Individuum

Funktionale Kapazität, Gesundheit

Arbeitsbewältigungsindex

Gesundheitsangebote
persönliche Gesundheitsberatung

2. Menschengerechte, alter-, alters- und geschlechtergerechte Arbeitsbedingungen

Gefährdungsbeurteilung

Anpassung hinsichtlich alter(n)sgerechter Anforderungen, z. B. Arbeitszeiten, Dauer und Lage



4. Kompetente Führungsorganisation, Personalentwicklung, Führungsverantwortung, Arbeitskultur

Alterstrukturanalyse

Führungskräfte Coaching
Wertschätzung und Kenntnisse über Alternsprozesse
Personalrekrutierung von älteren Beschäftigten
altersgerechte Personalentwicklung
Qualitäts- und Gesundheitsmanagement
Unternehmensleitbild

3. Professionelle Handlungskompetenz

Kompetenzanalyse

Qualifizierungsangebote
Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz
Alter(n)sgerechte Didaktik
Berücksichtigung des Erfahrungswissens
Kollegiale Fallberatung

Die Arbeitsfähigkeit des Individuums

An der freiwilligen WAI-Erhebung haben zwei- undvierzig Beschäftigte teilgenommen, was 69 % der damaligen Belegschaft entspricht. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag bei 47,7 Jahren (Gesamtbelegschaft: 45,8), wobei die Altersspanne von 34 bis 59 Jahre reichte. Auffällig war der hohe Anteil älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; vor allem die über 50-Jährigen waren sowohl im Vergleich zur Branchenstichprobe ›Ambulante Pflege in Rheinland-Pfalz‹ als auch zur tatsächlichen und prognostizierten Erwerbsbevölkerung 2000 und 2020 übermäßig stark vertreten. Hinsichtlich der geleisteten Dienstzeit gab es eine breite Streuung von einem bis achtzehn Jahre, im Durchschnitt hatten die Befragten rund 13 Dienstjahre in der Pflege ›auf dem Buckel‹.

Fast 90 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lagen hinsichtlich der Arbeitsbewältigungsfähigkeit im grünen Bereich – sie erreichten gute bis sehr gute Werte. Dagegen signalisierten die übrigen Beschäftigten – etwas mehr als 10 % – mit einem schlechten bzw. mittelmäßigen WAI erheblichen Handlungsbedarf.

60 % aller Befragten stufen die körperlichen und psychischen Anforderungen bei der Arbeit als gleich hoch ein. Das galt auch für die Gruppe der über 45-Jährigen, die hier ebenfalls keine Unterschiede sah, sich also körperlich nicht mehr als die jüngeren Beschäftigten beansprucht fühlte. Überraschend war zudem auch, dass die Jüngeren bis 44 Jahre die psychischen und körperlichen Anforderungen insgesamt höher einstufen als die Älteren ab 45 Jahre. Insofern bestand zumindest bei diesen Befragten kein Zusammenhang zwischen Alter und nachlassender

Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Angesichts der Belastungen der Pflegearbeit, die als mittelschwer bis schwer einzustufen ist, war dieses Ergebnis eher nicht erwartbar.

Allerdings wiesen über 20 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer medizinische Befunde im Muskel-Skelett-System auf, besonders betroffen waren Brust- und Halswirbelsäule sowie die Lendenwirbelsäule – mithin nicht untypische Erkrankungen im Zusammenhang mit Hebe- und Tragevorgängen. Damit auch mittel- und langfristig die Arbeitsanforderungen noch bewältigt werden können, mussten deshalb geeignete Maßnahmen eingeleitet werden, um die ›Beladenen‹ nachhaltig zu entlasten und ihre Ressourcen zu schonen.

Die mit dem WAI identifizierten Belastungsschwerpunkte wurden als erstes der Geschäftsleitung, den Führungskräften, dem Betriebsrat, der Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie dem Betriebsarzt vorgestellt. Die sich anschließende Diskussion der Ergebnisse mit der Belegschaft im Rahmen von vier Arbeitsgruppen diente der gemeinsamen Entwicklung von Entlastungsmaßnahmen. Beschlossen wurden die folgenden Interventionen:

- körperlich schwere Arbeit, z. B. das Duschen der Bewohner, soll nach Möglichkeit nicht mehr gehäuft an einem Tag erledigt, sondern auf alle Tage in der Woche gleichmäßig verteilt werden
- weniger Überstunden und genügend Freischichten zur Regeneration
- die Einführung von zusätzlichen Minipausen
- die Qualifizierung der Beschäftigten, z. B. zum Heben und Tragen von Lasten
- die Qualifizierung der Führungskräfte, z. B. zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung und zur

- Gefährdungsbeurteilung
- die Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen durch die Führungskräfte
- gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb, z. B. Rückenschule, Entspannungstechniken, Massagen
- die Unterstützung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Privatbereich durch finanzielle Anreize

Die Arbeitsbedingungen

Diente der WAI dazu, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in Abhängigkeit zu den Arbeitsanforderungen zu messen, wurden im nächsten Schritt die objektiv vorhandenen Arbeitsbedingungen im Unternehmen mittels Gefährdungsbeurteilung überprüft. Gegenstand der Beurteilung waren der Arbeitsbereich Küche/Cafeteria sowie zwei Wohnbereiche, beteiligt waren die Beschäftigten, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und teilweise die Führungskräfte der untersuchten Arbeitsbereiche.

Bei der Gefährdungsbeurteilung kamen die Standardvorlagen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Einsatz. Die Ergebnisse der Analyse sowie die Empfehlungen für die entlastenden Maßnahmen waren Thema im Arbeitsschutzausschuss, der auch den Maßnahmenplan beschloss, der danach schrittweise in die Praxis umgesetzt wurde. Am Ende des Projekts wurde die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen überprüft und dokumentiert. Dem Arbeitsschutzausschuss obliegt seitdem die Aufgabe, sich weiter um den laufenden Prozess zu kümmern sowie die noch nicht durchgeführten Maßnahmen »auf die Schiene zu setzen«.

Die folgenden Maßnahmen konnten bereits umgesetzt werden:

- organisatorische Veränderungen verschiedener Arbeitsabläufe
- die Anschaffung zusätzlicher Netze zum Duschen der Bewohner, damit organisatorische Engpässe vermieden werden können
- arbeitsorganisatorische Veränderungen zur Stressvermeidung
- die Anschaffung von zusätzlichen Stecklaken, die das Lagern der Bewohner erleichtern
- die Einführung von regelmäßigen Freischichten besonders für die älteren Beschäftigten, um eine bessere Regeneration zu ermöglichen
- die Verbesserung von Information und Kommunikation durch regelmäßige Dienstbesprechungen
- die Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplan- und Pausengestaltung
- die Einführung von Mitarbeitergesprächen, damit Bedürfnisse und Wünsche der Beschäftigten frühzeitig erfasst werden können.

Weitere Maßnahmen werden schrittweise umgesetzt und kontinuierlich verbessert:

- die Beachtung von farbpsychologischen Erkenntnissen bei der Auswahl der Bettwäsche
- arbeitsorganisatorische Veränderungen, um Zeit und Ruhe für die Pflegeplanung zu gewinnen
- die Entwicklung eines betrieblichen Vorschlagwesens
- Entwicklung eines Verfahrens für Mini-Pausen
- Entwicklung eines Verfahrens für die Regelung und Bewältigung von kurzfristigen Ausfällen
- Entwicklung eines Verfahrens für die Dienstgestaltung am Wochenende

Die Handlungskompetenz

Qualifizierungen sind unverzichtbar, um die professionelle Handlungskompetenz zu erhalten, wiederherzustellen und weiterzuentwickeln. Dabei können die Komponenten der Handlungskompetenz, also die Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz nicht auf einmal erworben werden, diese entwickeln sich vielmehr erfahrungs- und altersabhängig. Im Rahmen des Projekts sind den Beschäftigten folgende Qualifizierungen angeboten worden:

- Training zum Heben und Tragen von Lasten
- Umgang mit psychischen Belastungen und Stressbewältigung
- Personenzentrierte Pflege
- Validation – eine Methode zum Verständnis demenziell erkrankter Menschen
- Das Pflegemodell nach Böhm
- Kinästhetisches Arbeiten – der ganz andere Transfer (Einführung)
- Basale Stimulation in der Pflege von gerontopsychiatrischen Patienten
- Potenziale fischen! Arbeitsfreude und Energie durch ein ungewöhnliches Motivationskonzept
- »Windeln, füttern, duzen« – Tabus in der Pflege von Menschen mit Demenz

Auch die Führungskräfte hatten im Rahmen des Projekts die Möglichkeit zur Qualifizierung.

Die Angebote bezogen sich zum einen auf ihre erweiterte Rolle als »Gesundheitsmanager«, zum anderen boten sie Unterstützung bei der Bewältigung »normaler« Managementaufgaben. Im Einzelnen umfasste das Angebot:

- Gefährdungsbeurteilung erstellen und dokumentieren

- Unterweisung im Dialog
- alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung
- Umgang mit psychischen Belastungen
- Methoden der Stressbewältigung
- Methoden zum Umgang mit körperlichen Belastungen

Gemäß dem Prinzip des lebenslangen Lernens werden diese Qualifizierungen kontinuierlich im Unternehmen angeboten und durchgeführt.

Die Führungsorganisation

Kaum etwas hat so großen Einfluss auf den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten wie gutes Führungsverhalten. Das jedenfalls ist der Grundtenor von finnischen Langzeituntersuchungen in den verschiedensten Produktionsbereichen. Vor diesem Hintergrund war die Frage nach den Qualitäten der Führungskräfte bei Martha Piter keine unwichtige. Die Befragung der Beschäftigten ergab folgendes Bild: 15% der Befragten waren eher unzufrieden mit den Vorgesetzten, 5% machten keine Angaben. Dem standen 20% gegenüber, die sehr zufrieden und 65%, die eher zufrieden waren. Wurde nach Alterstufen differenziert, so zeigten sich 20% der über 45-Jährigen sehr zufrieden, 10% eher unzufrieden, weitere 10% mochten sich nicht äußern. Bei den unter 45-Jährigen stellten 10% den Führungskräften ein schlechtes Zeugnis aus, knapp 10% ein sehr gutes. Insgesamt kein schlechtes Bild – aber eins, das sich noch verbessern lässt. Einen Ansatzpunkt dafür lieferte die Frage nach dem Rückhalt bei den

Vorgesetzten. Den verspürten rund 20 % gar nicht bzw. eher nicht, was Handlungsbedarf signalisierte, schließlich hatte die Umstrukturierung schon für reichlich Verunsicherung gesorgt. Wenn dann auch noch der Rückhalt der Vorgesetzten fehlt ...

Ausnehmend positiv war hingegen der Rückhalt der Beschäftigten untereinander – hier waren knapp 80 % der Meinung, dass man sich aufeinander verlassen kann und genügend Unterstützung findet.

Um die Führungsorganisation im Unternehmen zu verbessern, sind u. a. folgende Maßnahmen umgesetzt worden:

- Gründung von Arbeitskreisen, in denen Beschäftigte und Führungskräfte offen Probleme ansprechen und diskutieren können
- Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplan- und Pausengestaltung
- Verbesserung des Informationsflusses und der Transparenz im Unternehmen

Förderung

Die Durchführung des umfangreichen Beratungs- und Qualifizierungsprozesses erfolgte im Rahmen des Landesmodellprojektes ›Hoffnung Alter‹ der Akademie ›2. Lebenshälfte‹. Mit diesem aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Landes Brandenburg zu 80 % geförderten regionalen Angebot wurden kleine und mittlere Unternehmen durch kostengünstige Beratung, Qualifizierung der Beschäftigten und Coaching der Führungskräfte beim Aufbau einer alters- und altersgerechten Personalentwicklung unterstützt.

Fazit

Selbstverständlich lässt sich eine neue Betriebs- und Arbeitskultur nicht von heute auf morgen im Unternehmen etablieren. Aber bereits nach Abschluss des Projekts war ein Stimmungswandel zu verzeichnen. Durch die zahlreichen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit verspürten die Beschäftigten eine gestiegene Wertschätzung sowie Anerkennung ihrer Arbeit. Dass die Beschäftigten sowohl für die Befragung zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit als auch für die sich daran anschließenden Gesundheitsmaßnahmen gewonnen werden konnten, ist nicht zuletzt der Tatsache zu verdanken, dass Geschäftsführung und betriebliche Interessenvertretung das Projekt vorbehaltlos befürwortet und tatkräftig gefördert haben.

Insofern lässt sich ein durchweg positives Fazit ziehen, trotz des nicht zu unterschätzenden Aufwandes von allein 22 realisierten Beratungs- und Coaching- sowie 10 Qualifizierungstagen mit den Beschäftigten. So wurde die intensive Auseinandersetzung mit der alters- und altersgerechten Personalentwicklung von Geschäftsführung und Führungspersonal als hilfreich für eine alterssensible Personalarbeit eingeschätzt. Von den Beschäftigten wurden sowohl die Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitsfähigkeit als auch vor allem die Möglichkeit, über Ängste und Unsicherheiten sprechen zu können, positiv bewertet. Die Haltung der derzeitigen Geschäftsführung, anstehende Veränderungen frühzeitig transparent sowie die Beschäftigten bei vielen Planungen zu Beteiligten zu machen, wurde ebenso begrüßt wie die Möglichkeiten, sich mittels Qualifizierungen auf die neuen Herausforderungen einstellen zu können.

Insgesamt bestehen also sehr gute Voraussetzungen dafür, den im Rahmen des Projekts ›Hoffnung Alter‹ begonnenen Prozess erfolgreich fortzusetzen.

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Herr Norbert Fröhndrich, Seniorenzentrum ›Martha Piter‹
Tschirchdamm 20, 14772 Brandenburg
Telefon 03381 79960, Fax 03381 7996120
E-Mail froehndrich@sh-mp.de

Frau Marianne Giesert, IQ-Consult gGmbH
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
Telefon 0211 4301372 , Fax 0211 4301372
E-Mail m.giesert@iq-consult.de

Frau Eva Gehltomholt,
Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.
Oderstraße 23–25, 14513 Teltow
Telefon 03328 473143, Fax 03328 304516
E-Mail gehltholt@lebenshaelfte.de



3 Gut, dass wir verglichen haben!

Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal in Deutschland und Europa

Das Projekt

Angesichts des demographischen Wandels geht die Schere zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonal immer weiter auseinander. Zusätzlich verstärkt wird dieser Trend durch den vorzeitigen Ausstieg vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegeberuf, was den Mangel an Pflegepersonal mittel- bis langfristig weiter verschärfen wird. Vor diesem Hintergrund wurde von 2002 bis 2005 in elf europäischen Ländern die Europäische NEXT-Studie (nurses' early exit study) durchgeführt. Dabei untersuchte NEXT die Gründe und die begleitenden Umstände des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf ebenso wie die Folgen dieses Schrittes für die Pflegeeinrichtungen und für die betroffenen Menschen. Im Zentrum der NEXT-Studie stand dabei die Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals

- als individuelle Ressource, d. h. als Gesundheit und Wohlbefinden des Einzelnen;
- als betriebswirtschaftliche Ressource, d. h. im Sinne höherer Arbeitsleistung und damit höherer Wirtschaftlichkeit;
- als volkswirtschaftliche Ressource, d. h. mit Blick auf mögliche Einsparungen im Bereich der sozialen Sicherungssysteme durch ein langes Verbleiben im Berufsleben.

Hinsichtlich des Pflegebereichs verdienen alle drei genannten Aspekte besondere Aufmerksamkeit. Schließlich wird für dieses Berufsfeld gemeinhin angenommen, dass die hohen körperlichen und seelischgeistigen Belastungen ein Erreichen des gesetzlichen Rentenalters im Beruf (fast) unmöglich machen. Eine Ansicht, welche die amerikanische Ärztin und Autorin Jeanne Mager Stellman bereits 1976 auf den Punkt brachte: »Wenn Sie sich wundern, wie Menschen es schaffen, dauernd mit Kranken zu arbeiten und dabei selbst gesund bleiben, die Antwort ist – sie schaffen es nicht!« Ist das wirklich so? Ist der Ausstieg nach zehn oder zwölf Jahren tatsächlich unvermeidbar? Oder lassen sich nicht vielleicht doch Arbeitsbedingungen im Pflegebereich schaffen, die eine Berufsausübung von 35 oder auch 40 Jahren ermöglichen, ohne dass Körper und Geist vorzeitig verschlissen werden? Vor dem Hintergrund des absehbaren Mangels an Pflegekräften sowie der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist diese Frage für Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste nicht nur eine ethische, sondern auch eine ökonomische. Die gute Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals ist hier das wichtigste Kapital, das es nach Möglichkeit zu erhalten, zu fördern und auszubauen gilt.

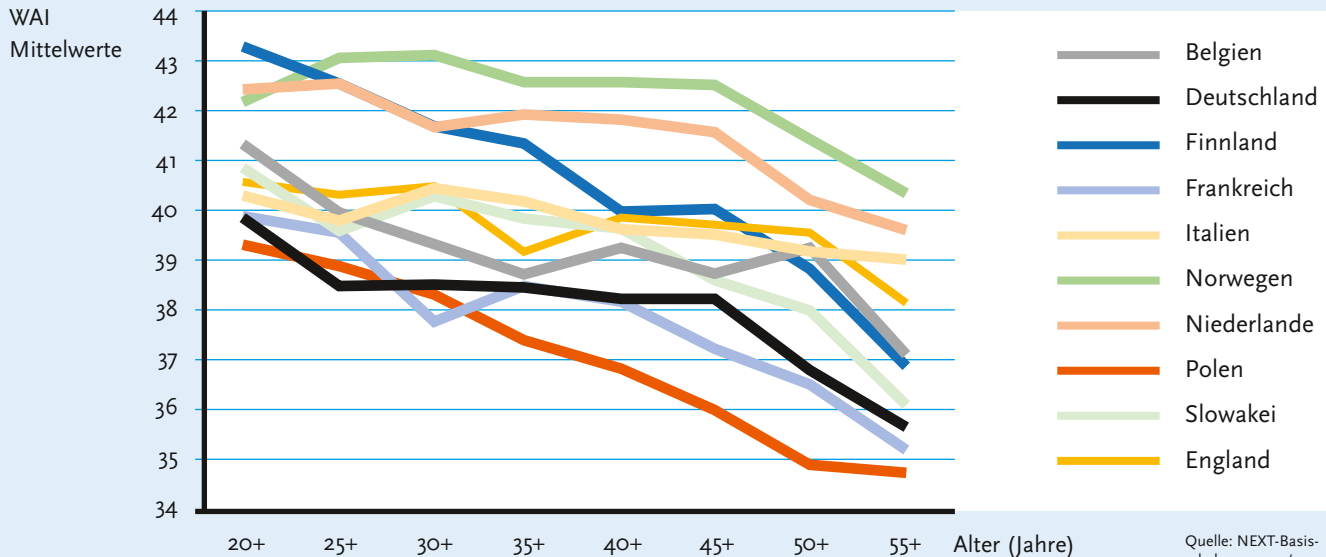
Bei der Fragestellung der NEXT-Studie lag es nahe, den Work Ability Index (WAI) als Messinstrument für die Arbeitsfähigkeit zu verwenden. Über 56.000 Pflegekräfte aus 670 Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie Einrichtungen der ambulanten Pflege nahmen an den verschiedenen NEXT-Befragungen teil. Ihnen ist es zu verdanken, dass heute ein umfassender Datensatz zu den Arbeits- und Lebensbedingungen von Pflegepersonal aus elf europäischen Ländern vorliegt. Der folgende Beitrag informiert über die Anwendung des WAI in einer epidemiologischen Studie sowie den daraus resultierenden Implikationen für die betriebliche Praxis.

**WAI-Mittelwerte bei
examiertem Pflege-
personal in Krankenhäu-
sern in 10 Ländern Europas
(n=23.000)**

Die Ergebnisse

Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals im Ländervergleich

Schon die erste NEXT-Basiserhebung aus dem Jahre 2002/3, an der 39.898 Personen teilnahmen, konnte mit interessanten Ergebnissen aufwarten. So unterschieden sich die ermittelten WAI-Werte in den verschiedenen Ländern deutlich voneinander – während z. B. die Pflegekräfte aller Altersgruppen in Polen, Frankreich und Deutschland die niedrigsten WAI-Werte aufwiesen, verfügte das Pflegepersonal in Norwegen und den Niederlanden durchschnittlich über die beste Arbeitsfähigkeit. Auffällig war auch der starke Abfall des WAI beim jüngeren Pflegepersonal in Deutschland, der vor allem auf



Quelle: NEXT-Basiserhebung 2002/3

Auf europäischer Ebene ist die Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals sehr unterschiedlich.

die geringer eingeschätzte eigene Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die ›jemals beste‹ (WAI-Dimension 1) bzw. in Bezug auf die psychischen und körperlichen Arbeitsanforderungen (WAI-Dimension 2) zurückzuführen war.

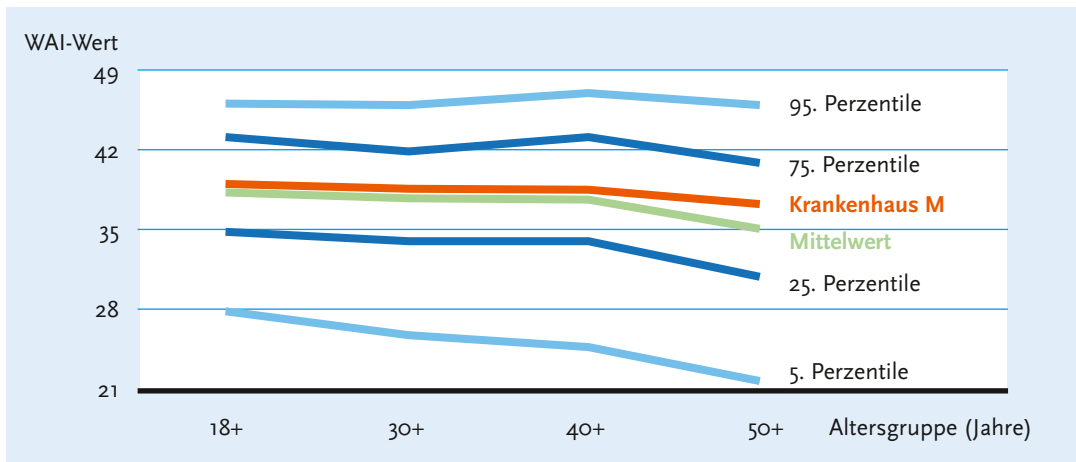
Überraschendes ergab darüber hinaus die Auswertung der finnischen Daten. Obgleich die älteren Pflegekräfte im hohen Norden im Mittel eher über eine bescheidene Arbeitsfähigkeit verfügten, war deren Arbeitszufriedenheit hoch und der Wunsch nach einem Ausstieg eher selten. Finnland ist das teilnehmende Land mit dem höchsten Anteil älteren Pflegepersonals – über 30 % der hier Befragten waren über 50 Jahre alt. Vor diesem Hintergrund lässt sich vermuten, dass in Finnland überwiegend ein Arbeitsklima herrscht, in dem ältere Beschäftigte trotz eingeschränkter Arbeitsfähigkeit weiterhin zufrieden und motiviert ihrem Pflegeberuf nachgehen können. Möglicherweise spiegeln sich hier auch die Erfolge des umfangreichen ›FinnAge – respect for the ageing‹- Programms (1990–1996) wider, in dem Präventionskonzepte entwickelt und eben auch im Gesundheitsbereich umgesetzt worden sind.

Die im internationalen Vergleich ermittelten Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sind zweifellos auch den strukturellen Unterschieden zwischen den Gesundheitssystemen der beteiligten

Länder geschuldet. Bedeutsamer für die betriebliche Praxis hierzulande ist deshalb der Vergleich von ›Äpfeln mit Äpfeln‹ – sprich: ein Vergleich zwischen den Einrichtungen eines Landes. Wenn sich hier bei identischen Rahmenbedingungen Unterschiede zwischen der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ergeben, könnte dies ein Hinweis auf bessere bzw. schlechtere Arbeitsbedingungen sein.

Die folgende Grafik (s. S. 30) zeigt die Verteilung der durchschnittlichen WAI-Werte des Pflegepersonals in Deutschland nach Alter gegliedert auf der Basis von 3.373 Befragten. Dabei bildet die zentrale grüne Linie den WAI-Mittelwert aller Befragten nach Altersgruppen ab; sie ist insofern die ›Referenzlinie‹ für das Pflegepersonal in Deutschland und kann Einrichtungen im Sinne eines Benchmarking Hinweise auf den eigenen Standort im Vergleich zu anderen geben. Dabei sinkt der WAI-Mittelwert für alle Pflegekräfte von 38,6 in der jüngsten Altersgruppe auf 35,1 in der ältesten Altersgruppe ab. Liegt die Arbeitsfähigkeit der Belegschaft einer Einrichtung darunter, bedeutet das eine selbst im nationalen Vergleich unterdurchschnittliche Arbeitsfähigkeit – und vor allem dringenden Handlungsbedarf! Als Positivbeispiel wurde das Krankenhaus M in die Grafik aufgenommen (orangefarbene Linie), dessen 438 NEXT-Teilnehmer in jeder Altersgruppe höhere

Verteilung der WAI-Mittelwerte bei Pflegepersonal in Deutschland nach Alter (NEXT-Basiserhebung 2002/3, n=3.373). Die orangefarbene Linie zeigt die (besonders günstigen) Mittelwerte für das »Krankenhaus M« (n=438). Erklärung der Perzentil-Linien: Oberste Linie = »95. Perzentile«: dies bedeutet, dass bei 95% aller Teilnehmer in dieser Altersgruppe der WAI-Wert unterhalb dieser Linie liegt. Analog für die übrigen Perzentillinien. Der Mittelwert entspricht in etwa der 50. Perzentile.



Mittelwerte aufwiesen als die Gesamtgruppe. Dieses große Krankenhaus war in der NEXT-Studie durch weitere positive Merkmale hinsichtlich der Arbeitsbedingungen aufgefallen, so dass die These, wonach gute Arbeitsbedingungen die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussen, hier gestützt wurde. Entsprechend verwunderte es nicht wirklich, dass in diesem Krankenhaus der Wunsch nach einem Berufsausstieg insbesondere bei den beiden »reifsten« Altersgruppen kaum vorhanden war.

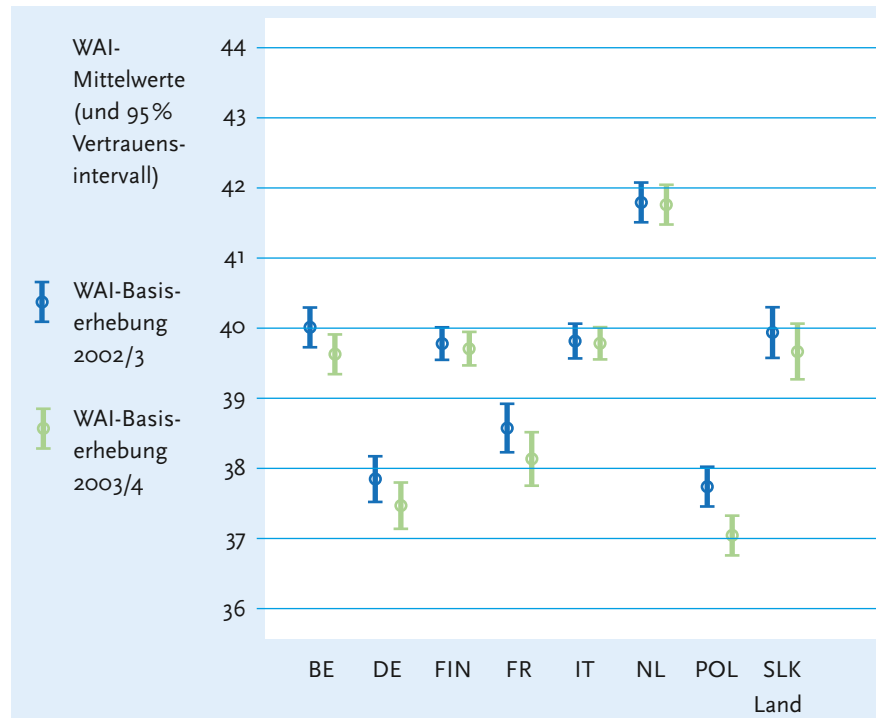
Die Entwicklung des WAI auf der Zeitachse

Nun ist es eine Sache, WAI-Mittelwerte zu einem gegebenen Zeitpunkt zu ermitteln und zu vergleichen. Eine ganz andere ist es, auf der Basis der WAI-Daten Präventionsansätze und Handlungsempfehlungen zu formulieren. Möglich wurde das durch die Längsschnitterhebung, die im Rahmen der NEXT-Studie

durchgeführt wurde. Dafür haben über 14.000 Beschäftigte aus acht Ländern sowohl den Fragebogen der NEXT-Basiserhebung aus dem Jahre 2002/3 als auch den der Folgebefragung des Jahres 2003/4 beantwortet. In beiden Befragungen war der WAI eingesetzt worden, so dass im Nachgang untersucht werden konnte, welche Arbeitsbedingungen mit einer Verschlechterung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einhergegangen waren. Da für eine solide statistische Auswertung die vollständige Erfassung der WAI-Daten aus beiden Befragungen notwendig war, reduzierte sich die Zahl der »brauchbaren« Datensätze von rund 14.000 auf ca. 11.500. An diesen ließ sich die Verringerung der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit um 0,26 Punkte im Laufe eines Jahres ablesen, wobei sich allerdings eine breite Streuung zeigte: Während der WAI bei 46% der Befragten sank, und bei 11% unverändert blieb, war er bei den übrigen 43% gestiegen. Das bestätigt die Annahme, dass zunehmendes Alter auch beim Pflegepersonal

nicht zwangsläufig zu einem abnehmenden WAI führen muss. Die Grafik rechts zeigt zudem, dass sich der WAI länderbezogen sehr unterschiedlich entwickelt hat: Die Abnahme der Arbeitsfähigkeit fand überwiegend dort statt, wo er sowieso schon relativ niedrig war – also in Polen, Deutschland und Frankreich. Hingegen blieb er in den Ländern relativ konstant, die hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals im Ländervergleich die Nase vorn haben, also in den Niederlanden, in Finnland und in Italien.

Bei diesen Ergebnissen drängte sich die Frage förmlich auf: Wenn der WAI nicht automatisch und zwangsläufig im Altersgang abnimmt, lassen sich dann Arbeitsfaktoren ausfindig machen, die mit der Veränderung des WAI – im Guten wie im Schlechten – im Zusammenhang stehen? Keine unwichtige Frage – schließlich beruht das gesamte WAI-Konzept auf der Annahme, dass Arbeitsfähigkeit einerseits zwar vom Individuum, aber eben auch von den Arbeitsbedingungen sowie dem Zusammenspiel beider Faktoren abhängt. Um diese Frage zu beantworten, wurden einige Arbeitsfaktoren ausgewählt, die sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Befragung abgefragt wurden und die das Belastungsspektrum der Pflegearbeit gut abbildeten. Ohne an dieser Stelle auf das komplizierte statistische Verfahren einzugehen – Stichwort: multivariate Regressionsanalyse – konnten einige Zusammenhänge aufgedeckt werden, die den Ansatz des WAI bestätigten. Wenn z. B. bei Pflegekräften zwischen den beiden Befragungen das Ausmaß an ›Heben und Tragen‹ zugenommen hat, war eher ein Absinken der Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen. Gleiches gilt für die Faktoren ›emotionale‹ und



WAI-Mittelwerte bei Pflegepersonal zum Zeitpunkt der NEXT-Basiserhebung (2002/3) sowie der Folgebefragung (2003/4). Punkte zeigen den Mittelwert, Balken das 95% Vertrauensintervall an; nur Teilnehmer mit gültigen Werten für beide Erhebungen, n=11.427.

Der WAI kann ein wichtiger Indikator für die derzeitige und künftige Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung sein.

›quantitative‹ Arbeitsanforderungen sowie für die Einflussgröße ›Konflikt zwischen Arbeits- und Privatleben‹. Auf der anderen Seite nahm die Arbeitsfähigkeit bei zunehmendem ›Einfluss bei der Arbeit‹ sowie bei besseren ›Möglichkeiten zur Weiterentwicklung‹ eher zu. Die erfassten Arbeitsfaktoren konnten 6,7% der gemessenen WAI-Veränderungen statistisch erklären. Kritiker könnten nun einwenden, dass damit 93,3% der WAI-Veränderungen im Dunkeln geblieben sind. Ihnen sei entgegnet, dass 6,7% für Analysen dieser Art schon eher viel sind und auf einen sehr wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen und dem künftigen Verlauf des WAI hindeuten.

Fazit

Der Einsatz des WAI im Rahmen der europäischen NEXT-Studie lässt folgende Schlussfolgerungen zu:

Deutschland im Vergleich. Die relativ niedrige Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals in Deutschland beruht auf einer recht großen Diskrepanz zwischen der wahrgenommenen eigenen Arbeitsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen. Das gilt für alle Altersgruppen. Soll das Pflegepersonal künftig nicht selbst zum Pflegefall werden, sind jetzt Präventionsmaßnahmen notwendig, die bereits bei den Jüngeren ansetzen – schließlich sind das die Älteren von morgen. Auf der anderen Seite muss Arbeit so gestaltet und organisiert werden, dass auch den weniger Leistungsfähigen und/oder Älteren der Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit und damit ein Verbleiben im Pflegeberuf ermöglicht wird. Wie das gehen kann, zeigt das Beispiel Finnland.

Innerdeutscher Vergleich. Obgleich das Pflegepersonal in Deutschland im europäischen Vergleich eher über eine mäßige Arbeitsfähigkeit verfügt, zeigen einige Beispiele, dass es auch unter den hiesigen Rahmenbedingungen möglich ist, eine relativ hohe Arbeitsfähigkeit beim Pflegepersonal zu sichern.

Betriebliches Benchmarking. Der WAI-Wert hat einen vorausschauenden Charakter hinsichtlich wirtschaftlich relevanter Faktoren. So zeigen finnische Studien, dass Personen mit einem höheren WAI ein geringeres Risiko für vorzeitige Berentung aufweisen. Insofern kann der WAI ein wichtiger Indikator für die derzeitige und künftige Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung sein. Bereits heute haben Pflegeeinrichtungen auf der Basis der NEXT-Daten die Möglichkeit des brancheninternen Benchmarking. So deuten z. B. altersstandardisierte WAI-Werte, die über dem Mittelwert eines Krankenhauses liegen, auf günstige Arbeitsbedingungen hin und lassen darüber hinaus eine belastbare Prognose hinsichtlich der Entwicklung der Ressource »Arbeitskraft« zu.

Zusammenhang Arbeitsbedingungen – Arbeitsfähigkeit. Zwar konnte der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit mit den Längsschnittdaten der NEXT-Studie nicht letztgültig bewiesen werden, aber die eindeutigen Ergebnisse legen einen solchen Zusammenhang sehr nahe.

Ansprechpartner

WAI-Netzwerk
 Bergische Universität Wuppertal
 Institut für Sicherheitstechnik
 E-Mail wai@uni-wuppertal.de
 Internet www.arbeitsfaehigkeit.net



4 Alles einsteigen bis zur Endstation Rente!

Die Einführung des Work Ability Index (WAI) bei den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein AG (VHH)

Das Unternehmen

Die VHH ist ein Unternehmen des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) im Raum Hamburg und Schleswig-Holstein, dessen Geschichte bis ins Kaiserreich reicht – 2006 feierte es sein 100-jähriges Bestehen. Befördert wurden im Jahr 2005 rund 43,8 Mio. Fahrgäste in 390 Omnibussen auf 128 Buslinien. Damit niemand vergeblich auf den Bus wartet, müssen die 1.072 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unterschiedlichen Funktionen reibungslos zusammenarbeiten. So nehmen Tag für Tag 759 Personen hinter dem Steuer Platz – sie sind als Busfahrerinnen bzw. Busfahrer beschäftigt. Weitere 118 Personen arbeiten in der Verwaltung, 118 Personen in der Technik (Werkstätten und Pflegehallen) und 45 Personen arbeiten als Aushilfen und in sonstigen Tätigkeiten. Im Jubiläumsjahr finden sich im Unternehmen 32 Auszubildende.

Die VHH hat sich zum 1. Januar 2006 mit der Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH (PVG) zur VHH PVG – Unternehmensgruppe zusammengeschlossen, beschäftigt nunmehr insgesamt 1.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und unterhält einen Fuhrpark von 600 Omnibussen auf 159 Buslinien. Aufgrund der vorliegenden Daten wird mit über 90 Mio. Fahrgästen pro Jahr gerechnet.

Bei der VHH wird die arbeitsmedizinische und verkehrsmedizinische Betreuung der Beschäftigten seit 2002 durch die Autoren dieses Beitrags wahrgenommen. Bei der PVG ist dafür seit vielen Jahren Herr Dr. med. Peter Schmidt-Wiederkehr verantwortlich.

Ausgangslage und Ziele

Das Fahrpersonal im gesamten ÖPNV trägt ein erhebliches Risiko der vorzeitigen Fahrdienstuntauglichkeit, viele Busfahrerinnen und Busfahrer erreichen das gesetzliche Rentenalter nicht hinter dem Lenkrad. Vor diesem Hintergrund haben die Betriebsärzte im Jahre 2002 ihre Tätigkeit unter dem Motto aufgenommen: >Was können wir beitragen, damit Sie so lange wie möglich so gesund wie möglich und mit Freude im Unternehmen arbeiten?<

Der Einsatz des WAI dient in diesem Kontext der Früherkennung einer drohenden Einschränkung der Fahrdiensttauglichkeit, wobei Fahrdiensttauglichkeit die Berechtigung zum Fahren eines Busses im Öffentlichen Personennahverkehr meint. Diese Fahrdiensttauglichkeit wird nach der Fahrerlaubnisverordnung im Rahmen einer gesetzlich vorgeschriebenen verkehrsmedizinischen Untersuchung alle fünf Jahre überprüft. Darüber hinaus soll der Einsatz des WAI auch der Einschränkung der Betriebsdienst-

Beschäftigung	Mittelwert	N	Standardabweichung
BusfahrerIn	47,7775	759	9,15466
Verwaltung	44,0652	118	11,48454
Werkstatt	45,2188	82	12,27664
Pflegedienste	48,3283	36	10,99605
Auszubildende	20,9016	32	4,91019
Aushilfen	55,8985	40	14,45595
Sonstige MA	56,0460	5	3,03184
Insgesamt	46,7310	1072	11,07761

**Alter der Beschäftigten im November 2006 bei der VHH
mit allen Betrieben**

tauglichkeit vorbeugen, wobei unter Betriebsdiensttauglichkeit das Fahren eines Busses im ÖPNV nach Maßgabe und Bedarf des Unternehmens verstanden wird (Zweischichtarbeit, Nachtarbeit, geteilte Dienste, Spezialfahrten, Schienenersatzverkehr u. ä.).

Insofern soll der WAI einerseits dazu dienen, eine qualitativ hochwertige Individualberatung zum Erhalt und zur Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu ermöglichen, andererseits soll mit seiner Hilfe schrittweise eine Betriebsepidemiologie für das ganze Unternehmen aufgebaut werden. Mit Blick auf die Fahrdiensttauglichkeit spielt die Altersstruktur im Unternehmen eine wesentliche Rolle. Das heißt nicht, dass das höhere Alter eines Beschäftigten unweigerlich zur Fahrdienstuntauglichkeit führt, aber das langjährige Ausüben einer belastenden Tätigkeit bleibt gesundheitlich eben auch nicht folgenlos. Das Durchschnittsalter aller Beschäftigten im Unternehmen betrug zum Zeitpunkt der Erhebung 46 Jahre. Die Tabelle links gibt einen Überblick über das Durchschnittsalter in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen. Das im Vergleich niedrigere Durchschnittsalter in den Werkstätten und der Verwaltung erklärt sich aus dem relativ hohen Anteil von Auszubildenden in diesen Betriebsteilen.

Hinsichtlich der Arbeitsanforderungen findet sich beim Fahrpersonal eher eine monotone körperliche Unterforderung, Stichwort: Sitzarbeitsplatz, bei hoher psychischer und sozialer Belastung. Dagegen überwiegen in den Werkstätten und den Pflegehallen die körperlichen Belastungen, oft verbunden mit Zeitdruck und Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung. In allen drei Bereichen wird im Zwei-Schicht-System einschließlich Nachtschichten gearbeitet. In

der Verwaltung und bei den sonstigen Tätigkeiten stehen hingegen die psychisch-geistigen Arbeitsanforderungen und die damit verbundenen Belastungen, z. B. Stress, im Vordergrund.

Das ganze Unternehmen unterliegt einem erheblichen Kostendruck durch die wachsende Zahl der öffentlichen Ausschreibungen, der steigenden Konkurrenz und der Tendenz zur Unterbietung. Die Anwendung des WAI wurde vom Betriebsärztlichen Dienst angeregt. Ausgehend von der jetzt bestehenden Basisstichprobe (2002 bis Mitte 2005) sollen nun die Einzelberatungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessert werden. Darüber hinaus sollen dem Unternehmen Belastungsschwerpunkte sowie Entwicklungen im Unternehmen – einmal auf der Ebene der Tätigkeiten und zum anderen als Benchmarking zwischen den verschiedenen Betriebshöfen – aufgezeigt werden.

Die Rahmenbedingungen

Die beiden Betriebsärzte wurden vom damaligen Leiter der Personalabteilung aufgrund der vorhandenen langjährigen Erfahrungen sowohl in der arbeitsmedizinischen Betreuung als auch im Umgang und Anwendung des WAI ausgewählt.

Bereits bei der Bewerbung bzw. dem Vorstellungsgespräch wurden Konzept und WAI-Fragebogen der Personalleitung und dem Betriebsrat ausführlich vorgestellt und erläutert. Der Betriebsrat stimmte später dem Einsatz des WAI im Unternehmen schriftlich zu.

Der erste Arbeitsschritt bestand in der Entwicklung eines auf die spezifische Situation im Unternehmen zugeschnittenen Fragebogens sowie

dessen ›Absegnung‹ durch Unternehmensführung und Betriebsrat. Der Fragebogen setzte sich aus einem Basisteil, in dem die Personendaten erfasst wurden, dem eigentlichen WAI-Fragebogen und aus einigen Zusatzfragen zu den Arbeitsbedingungen im Unternehmen zusammen.

Die Befragung für die Basisstichprobe erfolgte grundsätzlich anonym und freiwillig, wobei die Ergebnisse den Betroffenen zwar mitgeteilt, aber nicht in die betriebsärztliche Mitarbeiterkartei (Handkartei) übertragen wurden. Dies diente ebenso als vertrauensbildende Maßnahme wie die Kommunikation der Tatsache, dass der Betriebsärztliche Dienst über eigene Rechner verfügt, die nicht mit dem im Unternehmen bestehenden Intranet verbunden sind. Für das eigentliche WAI-Gespräch stehen den Betriebsärzten jeweils 20–30 Minuten zur Verfügung. Für eine arbeitsmedizinische Beratung werden in der Regel 30 Min. angesetzt, für eine Führerscheinuntersuchung ohne Reaktionstest 90 Min. und mit Reaktionstest 120 Min. Mit dieser Regelung soll eine ruhige, zeitlich ausreichende und ›mitarbeiterzentrierte‹ Kommunikation zwischen Beschäftigten und Betriebsarzt/-ärztin erreicht werden.

Nachdem Mitte 2005 die Basisstichprobe abgeschlossen war, wurden die Ergebnisse auf Gruppenniveau im Jahresbericht des Betriebsärztlichen Dienstes veröffentlicht sowie dem Unternehmen (Vorstand, Betriebshofmanager, Gesundheitsförderungsprojekt, Betriebsrat) schriftlich wie mündlich vorgetragen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über das Gesamtergebnis im Jahr 2006 ausführlich informiert worden.

Bei der Basisstichprobe wurde der WAI mit keinem anderen Erhebungsinstrument kombiniert,

sondern nur um detaillierte Zusatzfragen ergänzt. Diese wurden aus anderen Projekten (www.abi-nrw.de und www.piza.org) übernommen, Vergleichsdatensätze aus diesen Untersuchungen stehen zur Verfügung.

Ergänzend ist noch anzumerken, dass der WAI bei der PVG auch im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt wird (Projekt ›Fit for life‹). Es handelt sich um eine Maßnahme zur Unterstützung und Entlastung der Fahrerinnen und Fahrer, die das 50. Lebensjahr überschritten haben. Diese erhalten im Jahr 20 Freischichten und verpflichten sich im Gegenzug dazu, an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilzunehmen.

Seit Januar 2006 wird der WAI systematisch im gesamten Unternehmen eingesetzt, wobei die Erfahrungen aus der Basisstichprobe zu einer Überarbeitung des Fragebogens geführt haben: Die Zusatzfragen erfuhren eine Verbesserung, die Ergänzungsfragen eine Abstimmung auf andere Stichproben (s. o.).

Neu ist, dass derzeit mit Zustimmung der Geschäftsführung und des Betriebsrates die eigentlichen WAI-Werte, also die Ergebnisse der sieben Dimensionen, der Index und die Einstufung in eine der vier Bewertungskategorien, in die Mitarbeiterkartei übertragen werden. Voraussetzung dafür ist die schriftliche Zustimmung des jeweiligen Beschäftigten. Der so entstehende Datenpool wird es ermöglichen, dass im weiteren Verlauf der Betreuung die Entwicklung der WAI-Werte auf der Zeitachse verfolgt und mit den Beschäftigten im Dialog erörtert werden kann.

Eine weitere Neuerung ist, dass die Befragten

ein zusätzliches Kennwort bilden, welches nur von ihnen lösbar ist, so dass alle Daten unter Wahrung der Anonymität verknüpft und für wissenschaftliche Untersuchungen genutzt werden können.

Sowohl bei der Basisstichprobe als auch bei den neuen Erhebungen traten keinerlei Schwierigkeiten auf. Lediglich fünf Beschäftigte lehnten eine Teilnahme ab, ohne dass dies mit Nachteilen für sie verbunden war.

Bei der praktischen Durchführung wurde und wird – insbesondere wenn der WAI im Rahmen der vorgeschriebenen Fahrerlaubnisuntersuchung zum Einsatz kommt – darauf geachtet, dass diese Untersuchung abgeschlossen und die Fahrerlaubnis ausgehändigt ist, bevor die Frage nach der Teilnahme am WAI-Interview gestellt wird. Damit soll den Beschäftigten signalisiert werden, dass weder die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme am WAI noch das Ergebnis des WAI irgendeinen Einfluss auf die Erteilung der Fahrerlaubnis hat. Sie werden ausdrücklich darauf verwiesen, dass die Daten anonym bleiben und sie völlig freiwillig an der Befragung teilnehmen. Jeder Mitarbeiter erhält am Ende des WAI-Gesprächs eine Rückmeldung über das WAI-Ergebnis, das als Maßzahl für das Verhältnis von gestellter Arbeitsanforderung zur individuellen Leistungsfähigkeit erklärt wird. Das Ergebnis soll für den Gesprächspartner nachvollziehbar (Plausibilitätskontrolle) sein. Falls sich Problem- und Handlungsschwerpunkte ergeben, wird der Mitarbeiter gebeten, ein eigenes Ranking vorzunehmen: Was wollen Sie tun, wobei können wir Ihnen helfen und wobei wollen Sie den Vorgesetzten mit einbeziehen.

Insgesamt scheinen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der arbeitsmedizinischen Betreuung

zufrieden zu sein. Anlass zu dieser Annahme gibt eine schriftliche Mitarbeiterbefragung vom Frühjahr 2006, bei der die Beschäftigten Lob und Tadel äußern konnten. Die Rücklaufquote betrug etwas über 25%, die Bewertungen waren gut. Vermutlich hat zu diesem guten Ergebnis auch der Einsatz des WAI beigetragen, da er als dialogorientiertes Instrument die Kommunikation zwischen Betriebsärztlichem Dienst und den Beschäftigten fördert, vertieft und erweitert. Mit anderen Worten: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich in ihren Sorgen und Nöten ernst genommen und unterstützt.

Der WAI in der Praxis

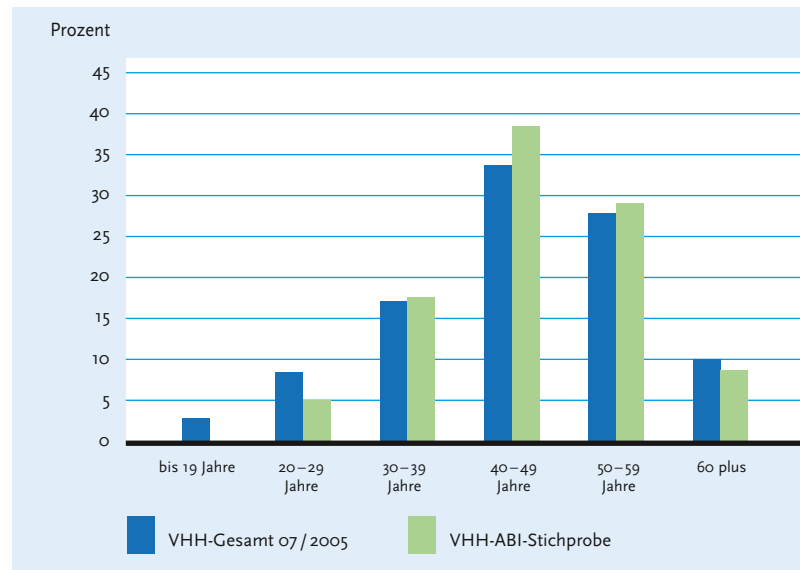
Es wurden 404 WAI-Befragungen ausgewertet. Das entsprach 46% der damals beschäftigten Busfahrer (plus einigen aus anderen Tätigkeitsbereichen). Entscheidend ist allerdings nicht die absolute Größe der Stichprobe, sondern ihre kontinuierliche Steigerung bis zur angestrebten Vollerhebung in den nächsten Jahren. Wie aus den folgenden Abbildungen ersichtlich, findet sich in der Altersgruppe von 30–60 plus eine gute Vergleichbarkeit zwischen den beiden Erhebungen, während in den Bereichen bis 19 Jahre und 20–29 Jahre die Stichprobe unterrepräsentiert ist. Dieses Missverhältnis ergibt sich aus dem hohen Anteil von Fahrerinnen und Fahrern sowie der Tatsache, dass der WAI aus organisatorischen Gründen überwiegend mit den Untersuchungen zur Fahrerlaubnis erhoben wurde.

Das Fahrpersonal war etwas überrepräsentiert, die Verwaltung lag ›richtig‹, während die anderen Tätigkeitsbereiche unterrepräsentiert waren. Die Abbildung auf S. 40 zeigt die Verteilung der Stich-

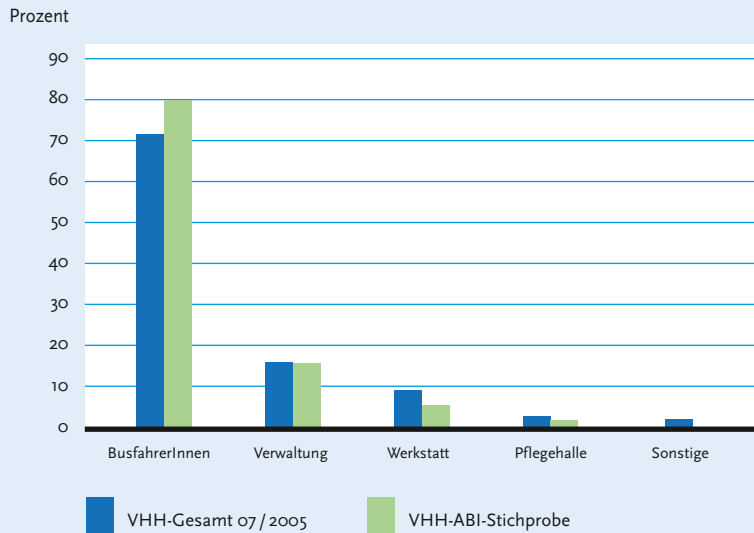
probe auf die verschiedenen bereits geschilderten Tätigkeiten.

Insgesamt sind die Daten aber gut geeignet, um die ›Mannschaft‹ in ihrer Verfassung zu beschreiben. Die folgende Tabelle (s. S. 40) zeigt die WAI-Mittelwerte der Beschäftigten in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, wobei aus Datenschutzgründen bei absoluten Zahlen unter 50 die Pflegehallen und Werkstätten unter dem Begriff ›andere Tätigkeiten‹ zusammengefasst wurden.

10,6% der Beschäftigten, die am WAI teilgenommen haben, waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in ihrer Arbeitsfähigkeit bedroht, da sie in den Kategorien ›mäßig‹ oder ›schlecht‹ eingestuft wurden. Hier bestand ein erhebliches Missverhältnis zwischen der betrieblichen Arbeitsanforderung



VHH-Altersstruktur und Stichprobe im Vergleich



VHH-Tätigkeitsbereich im Vergleich

Bereich zusammengefasst	Mittelwert	N	Standardabweichung	Min.	Max.
BusfahrerInnen	42,5	325	5,9	9	49
Verwaltung	43,3	59	5,0	25	49
andere Tätigkeiten	41,4	20	7,6	24	49
Insgesamt	42,6	404	5,8	9	49

VHH: Tätigkeitsbereiche und Mittelwert Arbeitsbewältigungsfähigkeit

und der individuellen Leistungsfähigkeit. Die Beschäftigten mit schlechter bzw. mäßiger Arbeitsfähigkeit verteilen sich fast gleichmäßig über alle Tätigkeitsbereiche und korrelierten nur gering mit dem Alter. Es handelt sich insgesamt um ein sehr gutes Ergebnis, das deutlich über den Daten einer finnischen Vergleichsstudie und auch einer deutschen Stichprobe liegt. Auf dieser Grundlage wurde der Begriff der ›Schatzpflege‹ in den Bericht an das Unternehmen mit aufgenommen.

Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse werden auf der Grundlage des Arbeitsfähigkeitskonzeptes im Unternehmen analysiert, interpretiert und kommuniziert. Sie bilden als Ist-Analyse den Ausgangspunkt für die Entwicklung von Maßnahmen, mit denen sich das Unternehmen auf künftige Aufgaben und Herausforderungen im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel vorbereiten möchte.

Die Akzeptanz war auf allen Ebenen, also bei den Beschäftigten, der Geschäftsführung und den Betriebsräten, gut bis sehr gut. Es hat keine Problem Diskussionen gegeben.

Hervorzuheben ist, dass langfristig mit der Vergrößerung und Verbesserung der Qualität der Stichprobe ein Benchmarking auf Betriebshofebene und nach Tätigkeitsbereichen möglich wird. Diese Zielperspektive wird von allen Beteiligten geteilt, insbesondere von den Betriebshofleitern, die auf diesem Wege eine wichtige Rückmeldung über ihre spezielle Arbeit erhalten werden.

Die Nutzung des WAI sowohl für die individuelle Beratung und Förderung der Beschäftigten als

auch für den Erkenntnisgewinn im Unternehmen erscheint deshalb so bedeutsam, weil die hohe Anzahl der Beschäftigten über 50 Jahre sowie das hohe Risiko des Fahrpersonals hinsichtlich einer vorzeitigen Fahrdienstuntauglichkeit Veränderungen auf beiden Seiten erfordert:

Die Beschäftigten müssen ausloten, welchen Beitrag sie zum Erhalt, zur Verbesserung und gegebenenfalls zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit leisten können. Das Unternehmen hingegen muss überprüfen, wie es die Arbeitsanforderungen der eventuell veränderten Leistungsfähigkeit der älteren Belegschaftsmitglieder anpassen kann. Zu diesem Zweck soll künftig ein freiwilliges ›Gesundheitsgespräch‹ zwischen den Untersuchungen zur Fahrerlaubnis angeboten werden.

Ziel ist es in jedem Fall, eine ausgewogene Balance zwischen guter Produktivität und Qualität der Arbeit für das Unternehmen sowie guter Lebensqualität und Wohlbefinden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herzustellen und zu sichern. Das gilt selbstverständlich nicht nur für das Fahrpersonal, sondern für alle im Unternehmen Beschäftigten – schließlich kann ein modernes Dienstleistungsunternehmen im Öffentlichen Personennahverkehr nur als Ganzes den künftigen Anforderungen gerecht werden.

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Frau Dr. Jutta Schramm

Betriebsärztin der Verkehrsbetriebe Hamburg-Holstein, Hamburg

Herr Dr. Jürgen Tempel

Betriebsarzt der Verkehrsbetriebe Hamburg-Holstein, Hamburg

Telefon 040 7549 2990 (Dr. Jürgen Tempel)

E-Mail Juergen-Tempel@t-online.de



5 Was bringt das alles?

Der WAI als Instrument zur Messung der Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen

Die Projektmacher

Bereits seit 1996 beschäftigt sich die Arbeitsgruppe Psychophysiologische Diagnostik am Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden mit Fragen der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von unterschiedlichen Berufs- und Altersgruppen. In diesem Rahmen kam und kommt der WAI neben anderen Instrumenten zum Einsatz, um die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen.

Seit dem Jahr 2001 besteht ein weiterer Forschungsschwerpunkt in der Erprobung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für pädagogische Berufsgruppen und ältere Arbeitnehmer. Zudem stehen Fragen der Arbeitsfähigkeit und deren Zusammenhang zu arbeitsbedingten und personenbezogenen, insbesondere gesundheitlichen Einflussfaktoren im Mittelpunkt der Forschung.

Im Rahmen dieser Forschungen wurden im Pilotprojekt ›Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten‹ modellhaft gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Beschäftigten in Kindertagesstätten erprobt und auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Das Projekt

Der berufliche Alltag von Erzieherinnen in Kindertagesstätten ist durch erhöhte psychonervale und vielfältige sozial-kommunikative Anforderungen geprägt – anders formuliert: Die lieben Kleinen können ziemlich anstrengend sein! Dabei wird die Gesundheit weniger von einzelnen Belastungen strapaziert, es ist vielmehr das Zusammenspiel zahlreicher ›Kleinigkeiten‹, die sich in ihrer Wirkung summieren. Bis 2001 standen die Arbeitsbedingungen von Erzieherinnen in KiTas dennoch kaum im Fokus des arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Forschungsinteresses, obgleich sich hier vieles verbessern ließe. So zeigen Studien, dass die Lärmbelastung in Kindertagesstätten teilweise über den gesetzlichen Grenzwerten liegt. Und auch die Arbeitsumgebung ist häufig wenig gesundheitsförderlich gestaltet, denn oft sind z. B. keine erwachsenderechte Arbeitsmittel oder Möbel verfügbar. Insofern ist es kaum verwunderlich, dass Erzieherinnen im Gesamtvergleich des Öffentlichen Dienstes überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten aufweisen.

Nun ist die Gesundheit der Beschäftigten in Kindertagesstätten eine wesentliche Voraussetzung für gute Arbeitsfähigkeit, die es daher nicht nur zu

erhalten, sondern auch zu fördern gilt. Ziel des hier vorgestellten Projekts war es deshalb, durch den Einsatz eines KiTa-spezifischen Gesundheitszirkels (gesundheitsförderliche Interventionsmaßnahme) zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Gesundheit der Erzieherinnen beizutragen und sie für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu sensibilisieren.

Wichtiger Bestandteil des Projekts war die Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen, wobei die zentrale zu beeinflussende Variable die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten war. Diese wurde zweimal mit dem Fragebogen Work Ability Index (WAI) erfasst – einmal zu Beginn (Prämessung), ein zweites Mal (Postmessung) nach den Gesundheitszirkeln. Im Fokus des Forschungsinteresses stand dabei die Gruppe der Erzieherinnen mit niedriger Arbeitsfähigkeit (WAI: 7–36 Punkte). Insbesondere bei dieser Gruppe – so die Annahme – würden die gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu einer Verbesserung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit beitragen. Überprüft wurde diese These durch den Prä-Postvergleich der Arbeitsfähigkeit sowie ausgewählten arbeits- und personenbedingten, vor allem gesundheitlichen Variablen. Dazu dienten neben dem WAI der Vitalitätsmessplatz® als objektives Beurteilungsmaß von Leistungsfähigkeit und Gesundheit sowie weitere berufliche und persönlichkeitsrelevante Einflussfaktoren der Arbeitsfähigkeit.

Zentrale Fragestellungen des Projekts waren insofern:

- Ist nach der Intervention eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Erzieherinnen zu beobachten?
- Kommt es zu nachweisbaren positiven Veränderungen in den gemessenen Gesundheits-

variablen sowie den arbeits- und personenbedingten Variablen?

- Profitiert von der Intervention besonders die Gruppe der Erzieherinnen, die zum ersten Untersuchungszeitpunkt eine niedrige Arbeitsfähigkeit aufwies?

Die Rahmenbedingungen

Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt des Landkreises Torgau-Oschatz sowie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Sachsen e.V. durchgeführt. Insgesamt waren acht Kindertagesstätten an den Untersuchungen beteiligt, die nach folgenden Kriterien ausgewählt worden waren:

- Interesse an Projektmitarbeit,
- übermäßige Belastungen durch Ausfallzeiten bzw. gesundheitliche Einschränkungen,
- Bedarf an Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sowie
- Motivation und Bereitschaft der Belegschaft für Veränderungen.

Im ersten Schritt wurde den beteiligten Einrichtungen das Projekt vorgestellt sowie die Termine für die einzelnen Projektschritte (Prä- und Postmessung, Gesundheitszirkel, Lärmmessung, arbeitsmedizinische Gefährdungsbeurteilung) vereinbart. Im Rahmen dieses ersten Ortstermins wurden auch die Fragen zum Datenschutz erörtert. Zum Untersuchungsbeginn erhielten alle Teilnehmerinnen eine Erklärung zum Datenschutz und unterzeichneten eine Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung. Darin wurde versichert, dass die Daten ausschließlich in

anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke dieses Projektes genutzt werden und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Aus den acht Kindertagesstätten nahmen 101 weibliche Beschäftigte an dem Projekt teil. Vertreten waren neben den Erzieherinnen auch die Leiterinnen und weiteres KiTa-Personal (z. B. Köchinnen, Reinigungskräfte, Sozialpädagoginnen). Im Durchschnitt waren die Teilnehmerinnen 44 Jahre alt, die Altersspanne lag zwischen 21 und 60 Jahren. Die Teilnahme erfolgte bei den Beschäftigten auf freiwilliger Basis, wobei das Projekt auf breite Zustimmung stieß, abzulesen an der Teilnehmerquote von 86% in der Prä- und 77% in der Postmessung.

Dennoch muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich bei den Teilnehmerinnen zuerst um die gesundheitsbewussten KiTa-Mitarbeiterinnen handelt, so dass die Ergebnisse etwas positiver ausfallen als dies für das Setting KiTa zu erwarten ist.

Die Methodik

Die Studie war in drei Untersuchungsphasen unterteilt. Dabei kam in der Prä- und Postmessung (1. und 3. Phase) die Gesundheitsdiagnostik und in der Interventionsphase (2. Phase) der bereits erwähnte KiTa-spezifische Gesundheitszirkel zum Einsatz. Dieser wurde von zwei Moderatorinnen mit dem Ziel durchgeführt, die Arbeitsbedingungen und das Wohlbefinden der Erzieherinnen zu verbessern und sie für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu sensibilisieren. Die gesamte Projektdauer betrug 1,7 Jahre (September 2003 bis März 2005).

Die Wahl der weiteren Erhebungsinstrumente orientierte sich am finnischen Konzept der Arbeitsfähigkeit und berücksichtigte als Einflussfaktoren die Bereiche Arbeit, Person und Gesundheit. Zusätzlich kam ein Fragebogen zum Einsatz, der die Veränderungen nach der Intervention erfasste.

Die erste Gesundheitsdiagnostik (Prämessung) diente dazu, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sowie die Ressourcen der KiTa-Beschäftigten zu identifizieren, während die zweite Gesundheitsdiagnostik (Postmessung) nach 9 Monaten die Veränderungen in der Arbeitsfähigkeit und ihren Einflussfaktoren als Folge der Gesundheitszirkel erfassen sollte.

Zudem fanden in jeder Einrichtung Gefährdungsbeurteilungen durch die Unfallkasse Sachsen sowie die Berufsgenossenschaft statt und es wurde der Lärm über 24 Stunden gemessen.

Die Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind ein mittlerweile bekanntes und verbreitetes Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie haben sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventiven Charakter. Ziel ist es, eine offene Kommunikation zu fördern, um sowohl die Gesundheit der Beschäftigten als auch die Leistungsfähigkeit des Unternehmens zu optimieren. Bei diesen Zirkeln handelt es sich um zeitlich begrenzte betriebliche Arbeitsgruppen, die von einer neutralen Moderatorin bzw. einem neutralen Moderator geleitet werden. Möglichst alle Beschäftigten einer Einrichtung bzw. eines Unternehmens sollten teilnehmen und sich aktiv an der Lösungsfindung beteiligen.

Ziel der Gesundheitszirkel im hier beschriebenen Projekt war es, konkrete KiTa-spezifische Belastungsfaktoren zu identifizieren, diese zu gewichten und entsprechende Lösungen zu finden. Pro Einrichtung fanden fünf bis sechs Sitzungen à 90 Minuten mit den Beschäftigten statt, wobei die Teilnehmer viermal zu Verlauf und Ergebnissen der Zirkelarbeit befragt wurden. Insgesamt konnten während der Gesundheitszirkel elf Belastungsfaktoren identifiziert und bearbeitet werden. Auf den ersten fünf Plätzen im ›Dringlichkeitsranking‹ fanden sich psychische Belastungen, Finanzen und Personal, räumliche Bedingungen, Arbeitsorganisation und Lärm, es folgten Elternarbeit, körperliche Belastung, Ausstattung, Teamkonflikte, berufliche Erwartungen und Sonstiges. Drei Monate nach Ende der Zirkelarbeit wurde der Bearbeitungsstand der einzelnen Problemfelder nochmals abgefragt. Zwei Drittel der Erzieherinnen gaben dabei an, dass bereits während der Gesundheitszirkel mit der Umsetzung der Lösungsvorschläge begonnen wurde.

Der Stichprobenumfang

Um die Stichprobe hinsichtlich beruflicher Stellung und Anforderungen in der Arbeit möglichst einheitlich zu halten, wurden in der Ergebnisdarstellung ausschließlich Erzieherinnen berücksichtigt, die sowohl an der Prä- und Postmessung als auch an den Gesundheitszirkeln teilgenommen haben. Damit blieben 54 Erzieherinnen übrig (Durchschnittsalter 45 ± 8 Jahre), auf die sich die folgenden Ergebnisse beziehen.

Um die Frage zu beantworten, ob und wie die Erzieherinnen von der Intervention profitieren, wurde

die bei der Prämessung klassifizierte Arbeitsfähigkeit als Schichtungskriterium verwendet. Diesbezüglich wurden die beiden unteren und oberen WAI-Kategorien zu niedriger bzw. hoher Arbeitsfähigkeit zusammengefasst. Die Veränderungen der Arbeitsfähigkeit und deren Einflussfaktoren wurden sowohl in der Prä- als auch der Postmessung zwischen diesen beiden Gruppen verglichen:

- Erzieherinnen mit niedriger Arbeitsfähigkeit (WAI: 7–36 Punkte) und
- Erzieherinnen mit hoher Arbeitsfähigkeit (WAI: 37–49 Punkte).

Ausgewählte Ergebnisse

Im Rahmen der Veränderungsmessung wurde zunächst überprüft, ob die Arbeitsfähigkeit durch die Effekte der Intervention (Gesundheitszirkel) beeinflusst wird. Insbesondere interessierte die Frage, ob die Erzieherinnen aus den beiden gebildeten Gruppen unterschiedlich von den Interventionsmaßnahmen profitieren.

Die Ergebnisse dieses Vergleichs waren beeindruckend. Betrug die Differenz beim WAI-Gesamtwert in der Prämessung zwischen den beiden Gruppen 10 Punkte, was vor allem auf Unterschiede in den ersten fünf WAI-Dimensionen zurückzuführen war, ergab die Postmessung ein ganz anderes Bild. Während die Gruppe mit hoher Arbeitsfähigkeit erwartungsgemäß die Werte der Prämessung bestätigte, konnte die Gruppe mit vormals niedriger Arbeitsfähigkeit 6 Punkte gutmachen. Mit diesem Punktgewinn verschob sich die klassifizierte Arbeitsfähigkeit von mittelmäßig nach gut, wobei diese WAI-Verbesserung einherging mit (Tab. 1):

- einer verbesserten Anforderungsbewältigung,
- weniger Arbeitsunfähigkeit sowie
- einer besseren Einschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit.

Insgesamt konnte die Arbeitsfähigkeit nach der Postmessung in beiden Gruppen als gut eingestuft werden. Außerdem ließ sich die positive Veränderung in der Postmessung auch an der Gesamtzahl der körperlichen und/oder psychoemotionalen Beschwerden ablesen. Hatten mehr als zwei Drittel der Erzieherinnen mit niedriger Arbeitsfähigkeit bei der ersten WAI-Befragung drei oder mehr Krankheiten angegeben, waren es bei der Postmessung nur noch etwa die Hälfte, die über drei oder mehr aktuelle Beschwerden klagte. Bei der Gruppe der Erzieherinnen mit guter Arbeitsfähigkeit blieb der Anteil mit drei oder mehr Erkrankungen hingegen unverändert – er betraf vor und nach der Intervention rund ein Drittel der Befragten. Dabei wurden von der Gruppe mit niedriger Arbeitsfähigkeit sowohl in der Prä- als auch in der Postmessung mehr Beschwerden angegeben als in der Gruppe mit hoher Arbeitsfähigkeit. Aber nur bei der erstgenannten Gruppe war nach der zweiten Messung eine deutliche Verringerung der Beschwerden zu verzeichnen.

Auch hinsichtlich Art und Häufigkeit der Beschwerden waren zwischen den beiden Gruppen Unterschiede zu verzeichnen (s. Tab. 2 Seite 48). Neben der Volkskrankheit Nacken- und Rückenschmerzen, die in beiden Gruppen dominierte, standen bei der Gruppe mit niedriger Arbeitsfähigkeit in der Prämessung vor allem solche Beschwerden oben an, die charakteristisch für körperliche und psychische Erschöpfung sowie gestörte Erholung

WAI-Dimensionen	Arbeitsfähigkeit		
		niedrig (N = 13)	hoch (N = 41)
Beste Arbeitsfähigkeit	Prä	5,8	8,7
	Post	7,4	8,4
	V	t=3,31	t=1,12
Anforderungsbewältigung	Prä	7,3	8,4
	Post	8,0	8,7
	V	t=2,25	t=1,89
Diagnostizierte Krankheiten	Prä	2,1	4,5
	Post	3,2	4,7
	V	t=2,29	t=0,66
Beeinträchtigung durch Krankheit	Prä	4,3	5,4
	Post	4,9	5,5
	V	t=3,41	t=0,42
Krankenstand (letzte 12 Monate)	Prä	2,4	3,8
	Post	3,7	3,9
	V	t=3,41	t=0,58
Zukünftige Arbeitsfähigkeit	Prä	7,0	7,0
	Post	7,0	7,0
	V	Z=2,31	Z=1,43
Psychische Befindlichkeit	Prä	3,6	3,9
	Post	3,7	3,8
	V	t=1,00	t=0,90
WAI-Gesamtscore	Prä	31,6	41,7
	Post	37,8	41,8
	V	t=4,64	t=0,38

Tabelle 1: Arbeitsfähigkeit bei Erzieherinnen mit niedriger und hoher Arbeitsfähigkeit, Prä- und Postmessung
Anmerkung: V = Veränderung zwischen Prä- und Postmessung innerhalb jeder Gruppe

Arbeitsfähigkeit niedrig (N = 13)			Arbeitsfähigkeit hoch (N = 41)		
Rangplatz	Beschwerde	Häufigkeit (%)	Rangplatz	Beschwerde	Häufigkeit (%)
Prämessung					
1	Nacken- und Rückenschmerzen	92,3	1	Nacken- und Rückenschmerzen	48,8
2	Erschöpfung, Müdigkeit	84,6	2	Angst vor plötzlichem Tod oder Krankheiten	36,3
3	Schlafstörungen	61,5	3	Grübeleien, Zweifel	34,1
4	Gliederschmerzen	61,5	4	Kopfschmerzen	34,1
5	Hitzewallungen	61,5	5	Erschöpfung, Müdigkeit	29,3
Postmessung					
1	Geräuschempfindlichkeit	61,5	1	Nacken- und Rückenschmerzen	48,6
2	Nacken- und Rückenschmerzen	53,8	2	Kopfschmerzen	37,5
3	Schweißausbrüche	53,8	3	Hitzewallungen	31,7
4	Erschöpfung, Müdigkeit	46,2	4	Erschöpfung, Müdigkeit	30,0
5	Hitzewallungen	46,2	5	Angst vor plötzlichem Tod oder Krankheiten	29,3

Tabelle 2: Rangreihe der fünf häufigsten Beschwerden (BFB-Fragebogen: Hess & Höck, 1975) bei Erzieherinnen mit niedriger und hoher Arbeitsfähigkeit, Prä- und Postmessung

sind (85%). Dem standen in der Gruppe mit hoher Arbeitsfähigkeit nur 29% mit solchen Erschöpfungssymptomen gegenüber. Auffällig war, dass in dieser Gruppe rund 70% Angst vor plötzlichem Tod oder Krankheit hatte und zudem von Zweifeln und Grübeleien geplagt wurde, was auf depressive Symptome hindeutet.

Bei der Postmessung hat sich das Beschwerdebild der Erzieherinnen mit niedriger Arbeitsfähigkeit verändert: Nun gaben zwei von drei Erzieherinnen Geräuschempfindlichkeit an und »nur« noch jede zweite klagte über Nacken- und Rückenschmerzen sowie über Erschöpfung und Müdigkeit. Dagegen hat sich in der Gruppe mit hoher Arbeitsfähigkeit weder etwas an der Beschwerdenanzahl noch am Beschwerdebild geändert.

Fazit

Das Projekt hat gezeigt, dass Gesundheitszirkel – ergänzt um Betriebsbegehungen und Gefährdungsanalysen – geeignet sind, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu erfassen, zu gewichten und Lösungen zu deren Beseitigung zu entwickeln. Darüber hinaus haben sich die in der Gesundheitsdiagnostik eingesetzten Verfahren als Instrumente zur Erfassung der Arbeitssituation und Gesundheit der Beschäftigten in Kindertagesstätten bewährt. Zudem sind diese geeignet, Veränderungen infolge von Interventionsmaßnahmen abzubilden.

Der WAI war Kernbestandteil der zweimaligen Gesundheitsdiagnostik und diente hier als Instrument, um die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu evaluieren. Unter diesem Aspekt hat sich der WAI als veränderungssensitives Instrument erwiesen. Im Vergleich zur Prämessung konnten die Erzieherinnen mit niedriger Arbeitsfähigkeit nach dem Gesundheitszirkel in der Postmessung einen deutlich höheren WAI erreichen. Auch konnte die Zahl arbeitsbedingter Beschwerden in dieser Gruppe bedeutsam reduziert werden. Diese Verbesserung des Wohlbefindens besteht vor allem im Zusammenhang mit einer verbesserten Erholungsfähigkeit sowie einer aktiveren Freizeitgestaltung.

In den Gesundheitszirkeln gelang es den KiTa-Beschäftigten, Belastungsfaktoren zu identifizieren, Verbesserungsvorschläge zu entwickeln und auch umzusetzen. Sie wurden für den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit sensibilisiert und haben Problemlösekompetenzen entwickelt. Zusätzlich bewirkte die individuelle Vitalitätsberatung eine Sensibilisierung für die eigene Gesundheit, wobei insbesondere die Erzieherinnen mit einer ursprüng-

Ansprechpartnerin

Frau Dr. Reingard Seibt
 Bereichsleiterin Psychophysiologische Diagnostik
 Technische Universität Dresden
 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
 Telefon 0351 3177-452, Fax 0351 3177-459
 E-Mail reingard.seibt@mailbox.tu-dresden.de

lich niedrigen Arbeitsfähigkeit von den Interventionen profitierten.

Das Projekt hat einmal mehr gezeigt, dass Arbeitsfähigkeit vielschichtigen Einflüssen unterliegt. Dabei kommt es zu komplexen Interaktionen zwischen berufsspezifischen Belastungen und individuellen Ressourcen. Der kombinierte Einsatz von selbst eingeschätzter Arbeitsfähigkeit (WAI) sowie objektiver Beurteilung verschiedener Funktionsbereiche der Vitalität und deren arbeits- und personenbezogenen Einflussfaktoren haben sich für die Ursachenfindung einer niedrigen Arbeitsfähigkeit als sinnvoll erwiesen. Auf dieser Basis lassen sich individuelle Maßnahmen zur Gesunderhaltung formulieren und umsetzen. Diese reichen von der individuellen Arbeitsorganisation über die Relativierung des Stellenwertes beruflicher Anforderungen (gelegentliches Nein-Sagen will gelernt sein!) bis hin zu einem veränderten Freizeit- und Erholungsverhalten. Im Zusammenhang mit der Stressbewältigung sind bei Erzieherinnen vor allem solche Maßnahmen erfolgversprechend, die das Selbstvertrauen stärken.



6 Mit guten Arbeitsbedingungen Wettbewerbsfähigkeit sichern!

Das ABI-Projekt bei Henkel

Das Unternehmen Henkel

Henkel ist weltweit mit Marken und Technologien in den drei Geschäftsfeldern Wasch-/Reinigungsmittel, Kosmetik/Körperpflege und Klebstoff-Technologien tätig. Das 1876 gegründete Unternehmen hält heute mit bekannten Marken wie Persil, Schwarzkopf oder Loctite global führende Marktpositionen im Konsumenten- und im Industriegeschäft. Von den rund 48.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind 80 Prozent außerhalb Deutschlands tätig. Im Jahr 2010 verzeichnete Henkel einen Umsatz von mehr als 15 Milliarden Euro. Das DAX-30-Unternehmen, das seinen Sitz in Düsseldorf hat, zählt zu den fünfhundert umsatzstärksten Unternehmen der Welt.

Der Werksärztliche Dienst Henkel

Der Werksärztliche Dienst betreut in Düsseldorf ca. 11.000 Beschäftigte der Firma Henkel und anderer am Standort ansässigen Unternehmen. Rund 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen als Ärzte und Assistenzpersonal im Dienst der Gesundheit. Ihre Aktivitäten erstrecken sich auf vier ganzheitlich vernetzte Leistungsfelder Konzernaufgaben, Arbeitsmedizin, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung.

Die Herausforderung

Parallel zur demographischen Entwicklung und zu längeren Lebensarbeitszeiten werden sich zukünftig im Gesundheitswesen, bei den gesundheitlichen Risikofaktoren und innerhalb der Unternehmen dramatische Veränderungen ergeben. Welche das im Einzelnen sind, zeigt die nachfolgende Abbildung. Diese zeitgleich verlaufenden Veränderungsprozesse werden dazu führen, dass sich die Unternehmen verstärkt mit ihrem Gesundheitsmanagement beschäftigen müssen. Unternehmen, die das versäumen, laufen Gefahr, schon bald zu wenig gesunde, qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung zu haben. Insofern entscheidet nicht zuletzt das Gesundheitsmanagement über Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens – und damit über seine ökonomische Zukunft.



Abb. 1: Zukunftsszenario

Auftakt des ABI-Projekts

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen – siehe Abb. 1 – warb der Werksärztliche Dienst bereits 2003 mit Nachdruck bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmern für ein Projekt ›Arbeitsbewältigungsindex‹ (ABI). Dicke Bretter waren zu bohren – die Verhandlungen bis zum Projektbeginn zogen sich jahrelang hin. Als Erfolgsfaktoren können ein langer Atem und viel Geduld, zahlreiche Gespräche mit Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung, Überzeugungskraft und die Beachtung emotionaler Befindlichkeiten genannt werden. Wer sich auch auf den Weg machen möchte, sollte ferner darauf achten, externe Erfahrungen einfließen zu lassen, Mitstreiter ins Boot zu holen, seine Flexibilität zu erhalten, ›nichts übers Knie zu brechen‹ und die Zeit arbeiten zu lassen! Mittlerweile konnten in zwei Firmen weit über 1.000 Mitarbeiter in das ABI-Projekt eingebunden werden.

Die Projektziele

Die Ziele des ABI-Projekts waren:

- die Integration des Arbeitsbewältigungsindex sowohl in die betriebliche und individuelle Gesundheitsförderung als auch in die arbeitsmedizinische Vorsorge,
- die nachhaltige Erhaltung und Verbesserung der ›Work Ability‹ der Mitarbeiter,
- und die Verbesserung von Arbeitsbedingungen an Arbeitsplätzen und im Arbeitsumfeld (Verhältnisprävention).

Informationspapier zum Arbeitsbewältigungsindex (ABI)

Was ist der Arbeitsbewältigungsindex?

Der Arbeitsbewältigungsindex ist ein arbeitsmedizinisches Instrument zur Erfassung der Arbeitsbewältigung und wird in der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt. Er wurde in den 80er Jahren von finnischen Arbeitswissenschaftlern entwickelt und in größeren Studien erprobt. Darin wurde nachgewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern in Betrieben erhalten, wiederhergestellt oder gesteigert werden kann.

Arbeitsbewältigung ist die Summe von Faktoren, die einen Mitarbeiter in die Lage versetzen, seine Aufgaben erfolgreich zu bewältigen.

Die Qualität der Arbeitsbewältigung durch den Mitarbeiter ist im Wesentlichen von vier Faktoren abhängig: Gesundheit, Qualifikation, Arbeitsumgebung und der betrieblichen Organisation. Diese 4 Bereiche werden in einem Punktwert, dem Arbeitsbewältigungsindex, zusammengefasst. Je höher dieser Punktwert ist, desto besser die Arbeitsbewältigungsqualität.

Der Arbeitsbewältigungsindex wird im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vom Werksärztlichen Dienst mit dem Mitarbeiter festgestellt. Aus den Ergebnissen eines Fragebogens und der Untersuchung ermitteln der Werksarzt und der Mitarbeiter gemeinsam den Arbeitsbewältigungsindex. Die Beantwortung der Fragen geschieht auf freiwilliger Basis. Die Ermittlung des Arbeitsbewältigungsindex wird alle 4 Jahre wiederholt. Der Mitarbeiter hat dadurch die Chance, seine gesundheitliche Entwicklung regelmäßig mit dem Werksarzt auszuwerten und zu beeinflussen. **Die medizinischen Befunde, der Fragebogen und alle Gespräche mit dem Werksarzt unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind Bestandteil der arbeitsmedizinischen streng vertraulichen Unterlagen.**

Was wollen wir mit dem Arbeitsbewältigungsindex erreichen?

Ziel der Anwendung des Arbeitsbewältigungsindex im Unternehmen ist die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter. Dabei spielen neben der Gesundheit auch die Faktoren berufliche Qualifikation, Arbeitsumgebung und Arbeitsabläufe sowie das Betriebsklima eine große Rolle.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung dient der Arbeitsbewältigungsindex der gesundheitlichen Beratung des Mitarbeiters durch den Werksarzt im Hinblick auf die Erhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit. Auch Aspekte zur Verbesserung des Arbeitsplatzes und Arbeitsumfeldes sind Gegenstand der Untersuchung.

Zur Bewertung von Arbeitsplatz, Arbeitsumfeld und betrieblicher Organisation werden Betriebs-einheiten von mindestens 50 Mitarbeitern unter Wahrung der Anonymität des Einzelnen statistisch ausgewertet. Unter Beteiligung von Betriebsrat, Vorgesetzten, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Werksarzt werden Maßnahmen zur Verbesserung im Betrieb erarbeitet.

Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat bei Henkel einen hohen Stellenwert. Jeder Mitarbeiter ist für seine Gesundheit verantwortlich. Die Gesundheitsförderung soll zur Steigerung des Wohlbefindens und der Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter ebenso beitragen, wie zur Erhöhung des Gesundheitsstandes, zur Qualitätsoptimierung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Aus diesem Grunde wollen wir den Arbeitsbewältigungsindex in den Produktionsbetrieben als Ergänzung der arbeitsmedizinischen Vorsorge einführen, um die gesundheitliche Vorsorge der Mitarbeiter im Betrieb weiter zu verbessern.

Abb. 2: Jeder Beschäftigte erhält dieses Info-Blatt vor Projektstart

ABI – Projektbeispiel

Gesamtindex in %

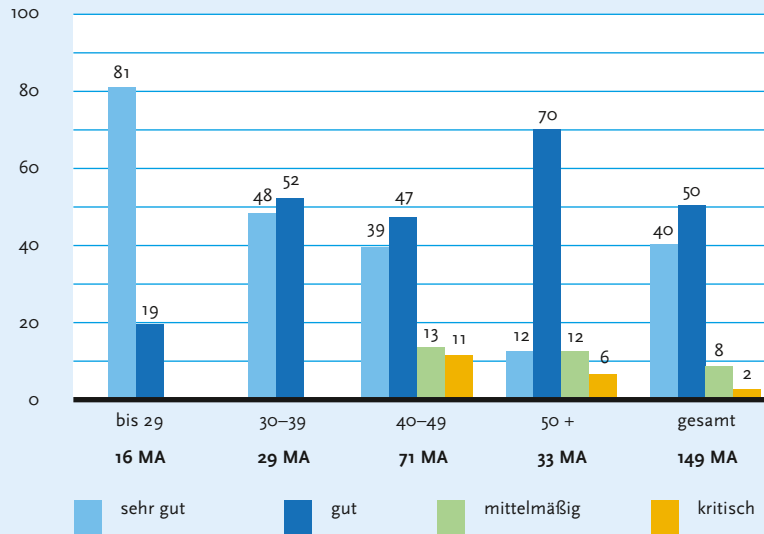


Abb. 3: Der Gesamtindex

ABI Projekt Beispiel Meinungsbild (kritisch)

- Messwerte: Zu kleine Monitore, Klimaanlage nicht gut funktionierend, alte Arbeitssuche
- Schichtarbeit: Durch Wechsel von 37,5 auf 40 Stunden/Woche bis zu 7 Nachtschichten am Stück, auch 10 Tage Schicht am Stück z. B. Frühschicht/Nachtschicht, dabei zu kurze Wechsel, Schichtübergabe klappt nicht bei allen Schichten gut, es gibt keine eindeutigen Standards
- Arbeitszeit: Die tägliche Arbeitszeit werde länger (auch im Führungskräftebereich), somit kürzere Regenerationszeiten. Tarif-Mitarbeiter mit bis zu 200 Überstunden.

Projektstart und Verlauf

Ein äußerst wichtiger und entscheidender Schritt für das Gelingen des Projekts ist die rechtzeitige und umfassende Information aller beteiligten Mitarbeiter vor dem Start des Projekts. In Mitarbeiterversammlungen oder Schichtbesprechungen werden deshalb bei Henkel alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das anstehende Projekt, seine Ziele und Hintergründe informiert. Zusätzlich wird jedem Mitarbeiter eine schriftliche Information ausgehändigt (s. Abb. 2, S. 53), die den ABI erklärt sowie insbesondere auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Schweigepflicht der Werksärzte sowie auf den Datenschutz hinweist.

Der Arbeitsbewältigungsindex wird in die routinemäßig stattfindenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen integriert. Diese beinhaltet Arbeits- und allgemeine Anamnese, körperliche Untersuchung, diagnostische Tests (Laborwerte, Sehtest, Hörtest, Lungenfunktionsprüfung) und eine Besprechung aller Ergebnisse sowie Hinweise zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Anschließend werden die Ergebnisse des Arbeitsbewältigungsindex mit der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter diskutiert. Jeder Mitarbeiter wird mit der Frage konfrontiert: »Wie können Sie sich vorstellen, bis zum 67. Lebensjahr zu arbeiten?«. Zudem werden die Aspekte Arbeitsplatzumgebung, Qualifikation und organisatorische Rahmenbedingungen (z. B. Information, Kommunikation und Betriebsklima) mit dem Mitarbeiter besprochen und sowohl positive als auch kritische Aspekte in einer Maßnahmenbedarfsmatrix festgehalten.

Im Anschluss daran werden Arbeitsbewältigungsindex und Maßnahmenbedarfe datentechnisch erfasst und ausgewertet. Allen teilnehmenden Mitarbeitern werden die Laborwerte, das Ergebnis des Arbeitsbewältigungsindex und die persönlichen Ratschläge zur Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsbewältigung ausgehändigt.

Ergebnisse

Die anonymisierten Ergebnisse werden dann der Betriebsleitung, dem Personalmanagement, dem Betriebsrat und allen Mitarbeitern als Ampeldarstellung präsentiert – siehe Abb. 3. Ebenso werden das positive wie auch das kritische Feedback der Mitarbeiter als auch die Maßnahmenbedarfe in den vier Bereichen Mitarbeiter, Arbeitsplatz, Qualifikation und betriebliche Organisation vorgestellt – siehe Abb. 3, 4, 5. Die aussagekräftigen, übersichtlichen und konkreten Ergebnisse werden von allen Beteiligten sehr geschätzt, zeigen sie doch mehr oder weniger auf einen Blick, wo das Unternehmen in Sachen Mitarbeitergesundheit und Arbeitsfähigkeit steht.

ABI Projekt Beispiel Meinungsbild (positiv)

- Insgesamt gutes Betriebsklima und guter Zusammenhalt
- Ausreichend große Handlungsspielräume
- Abwechslungsreiche Arbeit, die Spaß macht
- Technische Veränderungen werden als Herausforderung aufgefasst
- Leasingkräfte wurden gegen junge festangestellte Mitarbeiter ausgetauscht
- Junge Mitarbeiter werden im Team angeleitet
- Die Mitarbeiter können sich teilweise bei der Schichtplanung mit einbringen
- Speziell in der Schlosserei gute Atmosphäre, Anlässe werden gefeiert, auch private Aktivitäten

Abb. 4: Dank des ABI erhalten die Personalverantwortlichen wertvolle Hinweise, wo es gut läuft und wo sich Arbeitsbedingungen verbessern lassen.

Beispiel Maßnahmenbedarf – Top 5

1. 62 x Mitarbeiterpflege (Wertschätzung/Anerkennung)
2. 59 x Verbesserung der körperlichen Aktivität
3. 52 x Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten
4. 35 x Motivation
5. 34 x Nikotinabstinenz

Abb. 5: Die Ergebnisse des ABI identifizieren die Bedarfe und erleichtern Investitionsentscheidungen im Bereich Sicherheit und Gesundheit.

Ansprechpartner

Dr. med. Toni Reifferscheid
Leiter Werksärztlicher Dienst Henkel AG & Co. KGaA, Düsseldorf
Telefon 0211 797 3833
E-Mail antoni.us.reifferscheid@henkel.com

Das Fazit

Dank der guten und ausführlichen Vorbereitung, insbesondere der durchgängigen und transparenten Kommunikation des Projektes gegenüber den Mitarbeitern, konnten Beteiligungsquoten von 95 bis 100 Prozent erzielt werden. Der Zeitaufwand für den Termin von Mitarbeiter und Werksarzt wurde im Vergleich zur »normalen« arbeitsmedizinischen Untersuchung verdoppelt. Insgesamt war dieser höhere Zeitaufwand aber sehr lohnend, da sich in der Praxis deutlich zeigte, dass der Arbeitsbewältigungsindex in erster Linie ein Dialoginstrument (Mitarbeiter-Werksarzt) und nicht nur ein reines Erhebungsinstrument ist.

Bedeutsam war hier auch die Konfrontation der Mitarbeiter mit dem Thema »Arbeiten bis 67«. Kaum ein Arbeitnehmer hat sich bisher damit beschäftigt, geschweige denn die damit verbundenen Konsequenzen konkret für sich realisiert. Die Beschäftigung mit diesem Thema im Zuge der Erhebung des Arbeitsbewältigungsindex führte zu persönlichen Denk- und teilweise auch zu Veränderungsprozessen bei den Betroffenen. Sehr aufschlussreich und interessant ist es, wenn – wie bei einem

Unternehmen – eine Organisationseinheit zum zweiten Mal das ABI-Projekt durchläuft. Es zeigten sich sowohl bei den Mitarbeitern und auch in der Organisation im Vergleich sowohl Verbesserungen in bestimmten ABI-Dimensionen als auch neue Maßnahmenbedarfe. Eine solche kontinuierliche Durchführung des Programms leistet nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit, vielmehr lassen sich so auch in der Vergangenheit durchgeführte Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit evaluieren.

Stimmen aus der Projektpraxis

Dr. med. Claudia S., Health Services, Projektleiterin: »Der Vorteil des ABI-Projektes liegt darin, dass ich eine ganze Abteilung in einem zeitlich überschaubaren Rahmen untersuche und so ein umfassendes Bild von allen Faktoren erhalte, welche die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiter und der Führungskräfte beeinflussen. Da mit jedem Teilnehmer ein standardisierter Maßnahmenkatalog besprochen wird, kann ich einerseits ganz individuell beraten, aber im Rahmen der Abschlussrunde die Ergebnisse auch mit der gesamten Abteilung diskutieren. Das ABI-Projekt verbessert nachhaltig die betriebliche Kommunikation, was meines Erachtens wiederum eine Voraussetzung für Wertschätzung und Motivation ist.«

Daniel K., Betriebsleiter Henkel:

»Aus meiner Sicht als Leiter der Organisationseinheit Utilities/Energieversorgung war das ABI-Projekt eine tolle Möglichkeit mit den Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen und zu verstehen, welche Umstände bei der täglichen Arbeit hinderlich sind. Mir ist es wichtig, diesen Dialog auch in persönlichen Gesprächen mit der Mannschaft und Kollegen fortzusetzen. Auch wenn sich nicht alle der rund 600 Vorschläge umsetzen lassen, haben wir doch die Top-Themen inzwischen nachhaltig bearbeitet.«

Sabine F., Betriebsrätin Henkel:

»Die Mitarbeiter aus dem Bereich Utilities/Energieversorgung konnten sich freiwillig an dem Projekt beteiligen. Es sollte festgestellt werden, welche Maßnahmen die Mitarbeiter brauchen, um fit für den Job zu bleiben. Zwar ist das Thema »Rente mit 67« noch in weiter Ferne, aber es muss jetzt der Grundstein für eine gesunde Zukunft gelegt werden. Die Mannschaft im Bereich VSU ist zwar zukunftsfähig aufgestellt, dennoch brauchen wir Maßnahmen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit. Der Betriebsrat unterstützt die Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit.«

Peter J., Betriebsmeister Henkel:

»Für mich als betrieblichen Vorgesetzten ist es sehr wichtig, dass die Arbeitsbedingungen für meine Mitarbeiter so optimal wie möglich gestaltet werden. Deshalb war ich direkt von dem ABI-Projekt begeistert, weil das Projekt eine zusätzliche Möglichkeit war, Probleme, die den Mitarbeitern »unter den Nägeln« brennen, zu sammeln, anschließend nach Wichtigkeit zu klassifizieren und dann in Teams abzarbeiten. Die hohe Zahl der Mitarbeiterbeteiligung zeigt, dass eine Gute Information und »Mitnahme« der Mitarbeiter zu sehr guten Ergebnissen durch das ABI-Projekt geführt haben.«



7 Arbeit verbessern, Gesundheit erhalten, Qualität sichern!

Erfahrungen der ThyssenKrupp Steel Europe AG mit dem WAI

Das Unternehmen

Mit einer Stahlerzeugung von rund 14 Mio. Tonnen pro Jahr gehört die ThyssenKrupp Steel Europe AG (TKSE) zu den führenden Stahlproduzenten der Welt. Diese Marktstellung verdankt das Unternehmen nicht zuletzt seiner Spezialisierung auf die Erzeugung von Qualitätsflachstahl, wobei die Produktpalette Grobbleche, Warmband- und Feinbleche unterschiedlicher Güte umfasst.

Dabei bleibt der hohe Qualitätsanspruch bei der ThyssenKrupp Steel Europe AG nicht auf die Produkte beschränkt. Das Unternehmen ist vielmehr der Auffassung, dass eine hohe Produktqualität eine gute Qualität der Arbeitsbedingungen voraussetzt. Danach können sich nur gesunde und motivierte Mitarbeiter, die sich bei der Arbeit wohlfühlen, mit ganzer Kraft und Engagement für die Unternehmensziele einsetzen. Entsprechend gehören Sicherheit und Gesundheit bei der ThyssenKrupp Steel Europe AG mit zu den Unternehmenszielen, wobei ihr Stellenwert vor dem Hintergrund des demographischen Wandels weiter gestiegen ist. Verantwortlich für die Umsetzung dieses Unternehmensziels ist der Bereich Gesundheit – früher: Betriebsärztlicher Dienst – der die rund 19.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeitsmedizinisch betreut.

Der WAI im Unternehmen

Mit dem WAI hat sich der Bereich Gesundheit erstmals intensiver Anfang 2003 beschäftigt. Dabei ging es zunächst darum, den Betriebsrat und die Belegschaft vom Sinn und Nutzen dieses von den Betriebsärzten als hilfreich eingeschätzten Instruments zu überzeugen. Mittlerweile liegen umfangreiche praktische Erfahrungen mit dem WAI vor. Im Folgenden sollen beispielhaft drei Projekte von verschiedenen Standorten des Unternehmens vorgestellt werden:

Projekt 1: Einsatz von unterschiedlichen Analyseinstrumenten als Grundlage für verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen

Projekt 2: Einsatz des WAI bei rund 260 Mitarbeitern am Standort Bochum

Projekt 3: Einsatz des WAI bei eventuell gesundheitlich notwendigen Arbeitsplatzwechseln

Erfahrungen Projekt 1

Bei der TSTG Schienentechnik GmbH wurde 2003 ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung unter dem Titel ›Gesund & fit – ich mach mit‹ aufgelegt, in dessen Rahmen auch der WAI zum Einsatz kam. Allerdings nicht ›einfach so‹, sondern in

›Konkurrenz‹ zum sogenannten Gesundheitsscore®, einem von TKSE entwickelten Präventionsinstrument. Ziel war dabei herauszufinden, ob die alleinige Anwendung des WAI, des Gesundheitsscores oder die Kombination beider Methoden die beste (Daten-)Basis für gesundheitsfördernde Maßnahmen bietet. Entsprechend wurden drei Gruppen mit jeweils mindestens 30 Personen gebildet und ›ins Rennen‹ geschickt, wovon die erste Gruppe nur den WAI absolvierte, die zweite den Gesundheitsscore, und die dritte beide Verfahren. Im Anschluss an die Erhebungen erhielten die Teilnehmer einen weiteren Fragebogen, mit dem sie die Verfahren/Beratungen bewerten konnten.

Der Gesundheitsscore

Beim Gesundheitsscore fließen traditionelle Risikofaktoren wie hohe Cholesterinwerte, Rauchen, hoher Blutdruck ebenso in die Bewertung ein wie gesundheitsstabilisierende Faktoren wie sportliche Aktivitäten, Impfschutz, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen usw. Mit dem Gesundheitsscore ist eine individuelle ärztliche Beratung verbunden, deren Schwerpunkte sich nach der erreichten Gesamtpunktzahl richten. Eine Risikoabschätzung erfolgt in vier Kategorien.

Die Ergebnisse

Die vom Betriebsärztlichen Dienst durchgeführten 60 WAI-Bestimmungen waren mit dem Gesundheitsscore verbunden und beinhalteten neben der Untersuchung auch ein halbstündiges Gespräch mit einem Betriebsarzt sowie eine ausführliche Beratung zur Arbeitsplatzsituation.

Der hier ermittelte durchschnittliche WAI-Wert lag mit 40,25 leicht über dem Durchschnittswert der Gruppe, die nur mit dem WAI gearbeitet hatte (39,78). Ähnlich nah beieinander lagen beide Gruppen hinsichtlich des Anteils von schlechten bzw. mittelmäßigen WAI-Werten. Hier hatten in der ›kombinierten‹ Gruppe 3,4 % einen schlechten und 16,9 % einen mittelmäßigen WAI-Wert. Oder anders gesagt: Bei rund 20 % dieser Gruppe waren Maßnahmen zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit angesagt. In der ›Nur-WAI-Gruppe‹ verfügten 4,6 % über einen schlechten und 22,7 % über einen mittelmäßigen WAI-Wert.

Das Projekt hat gezeigt, dass auch WAI-Bestimmungen, die ›nur‹ im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen erhoben werden, durchaus zuverlässig sind. Insofern ist dieses Verfahren gut geeignet, um Durchschnittswerte und Tendenzen zu ermitteln. Interessant war darüber hinaus zu erfahren, wie die Aktion bei den Beschäftigten angekommen war. Deshalb erfolgte sechs Monate nach der Erhebung des WAI eine Nachbefragung. Die mit Blick auf den WAI wichtigsten Ergebnisse waren:

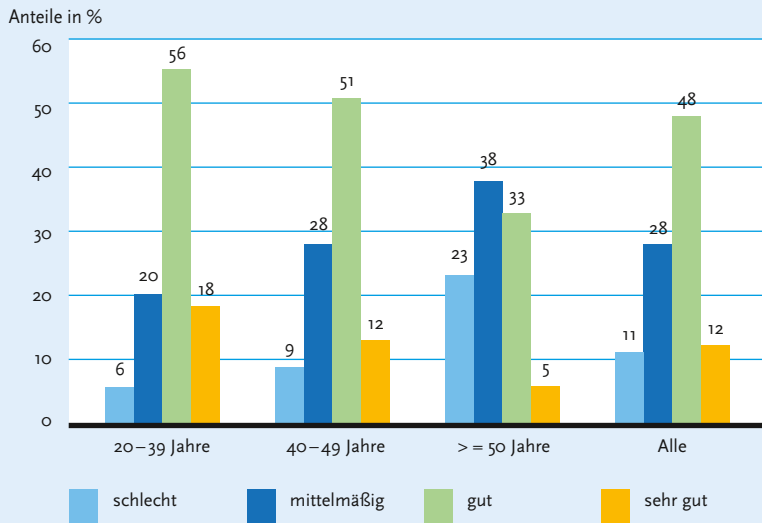
- 40 % der Befragten haben aufgrund des Beratungsgesprächs im Rahmen der WAI-Bestimmung Maßnahmen ergriffen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern.
- 65 % haben im Rahmen der WAI-Bestimmung Hinweise auf gesundheitliche Risiken bei ihrer Arbeit bzw. an ihrem Arbeitsplatz erhalten.
- 43,1 % waren an regelmäßigen WAI-Bestimmungen interessiert, wobei sich 63,2 % für den regelmäßigen Einsatz der Kombination WAI/ Gesundheitsscore aussprachen.
- Im Rahmen der WAI-Bestimmung waren von den Betriebsärzten zwanzig arbeitsplatzbezogene Maßnahmen empfohlen worden, von denen sechs Monate später dreizehn realisiert und drei weitere in der Umsetzungsphase waren. Zu den umgesetzten Maßnahmen gehören neben der Installation von Heizstrahlern an zugexponierten Arbeitsplätzen auch arbeitsorganisatorische Verbesserungen. So wurde an Arbeitsplätzen, die eine kontinuierliche Besetzung erfordern, eine neue Springerregelung eingeführt: Wer seinen Arbeitsplatz kurz verlassen möchte, muss sich nicht mehr selber um eine Vertretung kümmern, vielmehr erfolgt in regelmäßigen Abständen das Angebot einer Vertretung.

Erfahrungen Projekt 2

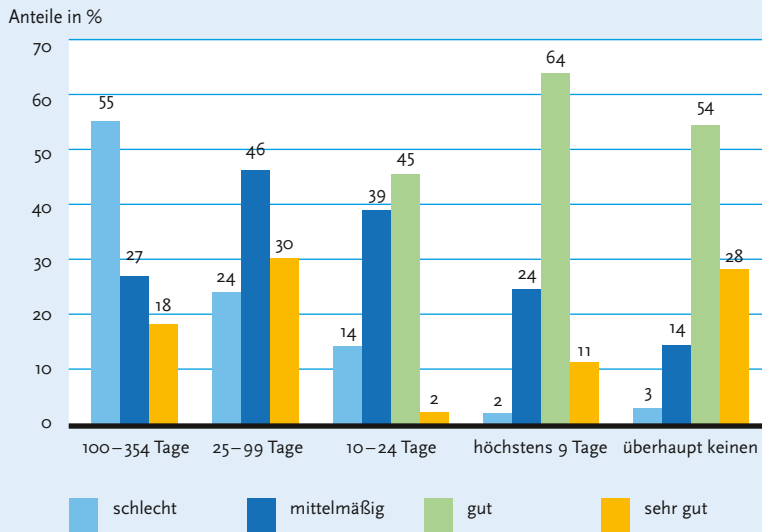
Auch am Standort Bochum der ThyssenKrupp Steel Europe AG wurde der WAI in einem größeren Pilotprojekt erprobt, um weitere Erfahrungen mit diesem Präventionsinstrument zu sammeln. Bereits seit dem Jahr 2005 existiert an diesem Standort eine Projektgruppe »Arbeit und Gesundheit«, die alle

Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement initiiert, begleitet und bewertet. In diesem Gremium sind die Standortleitung, die Betriebsleitung, der Betriebsrat, die Schwerbehindertenvertretung, die Personalabteilung, die Prozessbegleitung sowie der Bereich Gesundheit vertreten. Schon anhand der Zusammensetzung der Projektgruppe wird deutlich, dass Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in diesem Unternehmen kein nachgeordnetes Thema darstellt, sondern in alle Entscheidungen und betriebliche Prozesse integriert ist. Entsprechend bestand großes Interesse am WAI, der die frühzeitige Entwicklung von Gesundheitsmaßnahmen sowie die zielgerichtete Intervention ermöglicht. 2005 wurde deshalb von der Projektgruppe Arbeit und Gesundheit der Einsatz des WAI im Rahmen eines größeren Projektes beschlossen. Kriterien für die Auswahl der Pilotbereiche waren ein erhöhtes Durchschnittsalter der Belegschaft, ein hoher Krankenstand oder beides.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, welche die ThyssenKrupp Steel Europe AG in Duisburg sammeln konnte – hier war der Belegschaft der Hintergrund des WAI eher unzureichend erläutert worden – startete der Bereich Gesundheit in Bochum mit einer Informationsoffensive. In insgesamt acht Info-Veranstaltungen wurden die Beschäftigten in den Betrieben über Zielrichtung, Vorgehensweise sowie den Umgang mit den Ergebnissen des WAI unterrichtet. Der Betriebsrat hat das Projekt durch seine Anwesenheit auf allen Info-Veranstaltungen gefördert und zur Teilnahme an der selbstverständlich freiwilligen WAI-Bestimmung ausdrücklich motiviert. Erfreuliche 48% der Belegschaft aus



Work Ability Index nach Alter



Work Ability Index und Krankenstand: AU-Tage im letzten Jahr

den Pilotbereichen ließen sich von einer Teilnahme überzeugen. Die 258 WAI-Bestimmungen erfolgten im Rahmen eines persönlichen Gesprächs und schlossen eine Interpretation der Ergebnisse ebenso ein wie ein Beratungsgespräch zur Arbeitsplatz-situation.

Ergebnisse

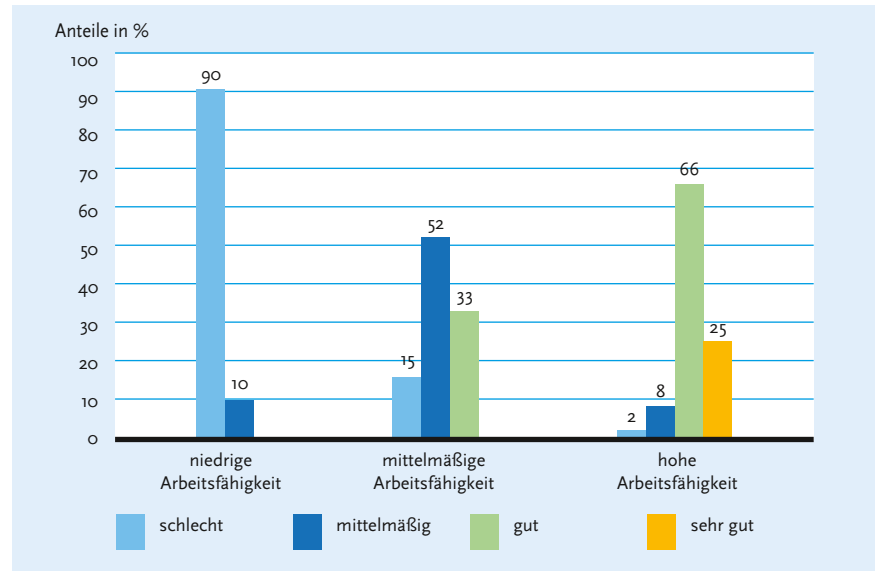
Die statistische Auswertung sowie die grafische Darstellung der Ergebnisse wurden vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen/Initiative Gesundheit und Arbeit durchgeführt, wobei nach Tätigkeitsgruppen und Betrieben unterschieden wurde. Im Dezember 2005 erfolgte die Präsentation der Ergebnisse, zugleich wurde für den flächendeckenden Einsatz am Standort Bochum geworben. Die Argumente dafür hatte das Pilotprojekt geliefert. So entsprach die subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit der objektiven Krankentagestatistik – wer über einen schlechten oder mittelmäßigen WAI verfügt, war überproportional bei den AU-Tagen vertreten. Zugleich konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und abnehmender Arbeitsfähigkeit gesehen werden – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine deutliche Handlungsaufforderung, die Arbeitsbedingungen kritisch zu hinterfragen und zu verbessern. Ziel von Interventionen muss dabei der Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Jüngeren und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei einem Teil der älteren Beschäftigten sein. Dass sich entsprechende Maßnahmen für alle Beteiligten lohnen, lässt sich auch aus den WAI-Ergebnissen ablesen: Wer über einen schlechten WAI verfügt, verspürt

so gut wie nie Freude bei der Arbeit, was zweifellos negative Folgen für Motivation und Produktivität hat. Von diesen Ergebnissen zeigten sich Standortleitung, Betriebsleitungen und der Betriebsrat so beeindruckt, dass der Betriebsrat nach kurzer Diskussion einer regelmäßigen WAI-Bestimmung in dreijährigen Abständen bei allen Beschäftigten am Standort Bochum zustimmte.

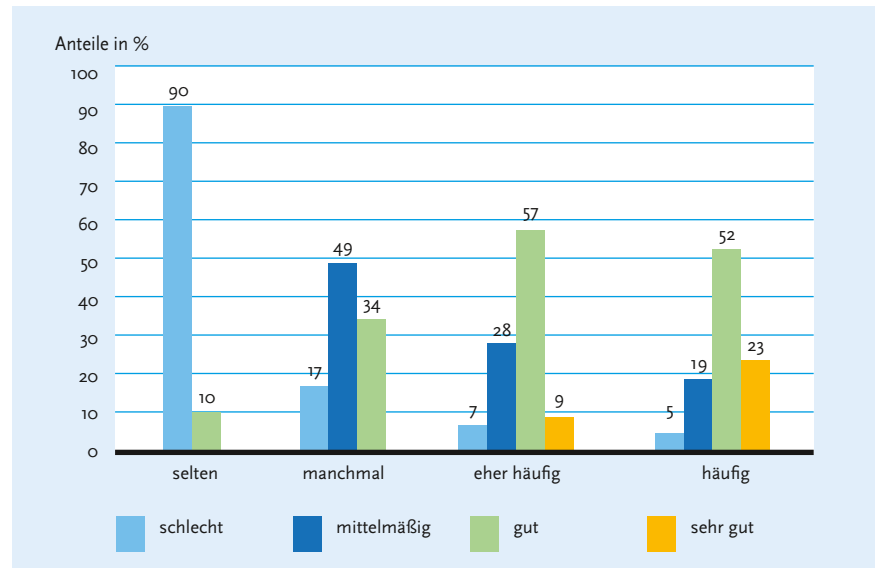
Erfahrungen Projekt 3

Der WAI ist nicht nur ein wichtiges Präventionsinstrument, er kann auch die Diagnostik der ›klassischen‹ Arbeitsmedizin ergänzen und wichtige Hinweise bei einem gesundheitlich bedingten Arbeitsplatzwechsel liefern. Das ist das Ergebnis des dritten Projekts, das die ThyssenKrupp Steel AG im Rahmen der Erfahrungssammlung mit dem WAI durchgeführt hat.

Hintergrund für dieses Projekt ist der § 16 des Manteltarifvertrages der Eisen- und Stahlindustrie, wonach Mitarbeiter, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige Arbeit nicht mehr ausführen können, ab dem 45. Lebensjahr Anrecht auf eine neunzigprozentige und nach Vollendung des 50. Lebensjahres auf eine hundertprozentige Sicherung des Verdienstes haben. Entsprechende Anträge müssen von den Mitarbeitern gestellt werden, woran sich eine Überprüfung des Gesundheitszustandes durch den Betriebsarzt anschließt. Zu dieser Untersuchung gehört die ausführliche Erhebung der Krankengeschichte und die Analyse der Arbeitsplatzsituation ebenso wie aufwändige Laboruntersuchungen, eine gründliche körperliche Untersuchung sowie die Sichtung von mitgebracht-



Work Ability Index und derzeitige subjektive Arbeitsfähigkeit



Work Ability Index und Freude an der Arbeit: Häufigkeit der Freude an der Arbeit

ten ärztlichen Unterlagen. Alles zusammen soll Auskunft darüber geben, inwieweit der betroffene Mitarbeiter noch in der Lage ist, seine Tätigkeit auszuüben.

Was sich in der Theorie einfach und schlüssig anhört, bereitet in der Praxis nicht selten Probleme. So lassen sich einige gesundheitliche Probleme nicht wirklich ›messen‹, erinnert sei nur an wechselschichtbedingte Schlafstörungen, die zwar keine

Krankheit im üblichen Sinne sind, Gesundheit und Wohlbefinden aber dennoch erheblich einschränken können. Darüber hinaus sind einige Mitarbeiter nicht in der Lage, ihre Beschwerden zu verbalisieren, entsprechend bleibt einiges im Dunkeln. Nun sind Ausweicarbeitsplätze im Unternehmen als Alternative zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eher Mangelware, weshalb es besonders wichtig ist zu ermitteln, wie gravierend die gesundheitlichen Probleme bezogen auf die Arbeitsplatzsituation tatsächlich sind. Hier könnte der WAI nach Ansicht der Betriebsärzte weiterhelfen, da er die subjektive Sicht des Betroffenen in die Bewertung mit einbezieht.

Darum haben sich die Ärzte der ThyssenKrupp Steel AG Anfang 2005 darauf verständigt, den WAI zusätzlich in den Katalog der Untersuchungen aufzunehmen. Erste Ergebnisse liegen bereits vor:

- Bei 18 von 24 Mitarbeitern, bei denen die Betriebsärzte einen dringenden Umsetzungsbedarf gesehen haben, waren auch die WAI-Werte mit weniger als 27 Punkten schlecht.
- Bei fünf Mitarbeitern ergaben erst die schlechten WAI-Werte Hinweise auf einen dringenden Umsetzungsbedarf, andere Untersuchungsergebnisse hatten hingegen keinen Handlungsbedarf signalisiert.
- Bei 12 Antragstellern ist es auf der Basis eines mittelmäßigen/guten WAI und nach entsprechenden ergonomischen/organisatorischen Veränderungen an den Arbeitsplätzen gelungen, die Mitarbeiter vom Verbleiben auf ihren Arbeitsplätzen zu überzeugen (siehe Info-Box)

Dank WAI individuelle Lösungen finden!

Zwölf Antragsteller nach § 16 Manteltarifvertrag konnten mit Unterstützung des WAI von einem Verbleib auf ihren bisherigen Arbeitsplatz überzeugt werden. Einer davon ist Heinz W., 51 Jahre alt, der als Schlosser auf Früh- und Spätschicht in einer mechanischen Werkstatt arbeitet. Er klagte über Rückenschmerzen, die durch das Heben und Tragen schwerer Gegenstände verstärkt würden. Fünf Punkte haben dazu beigetragen, dass Heinz W. einem Verbleib im bisherigen Arbeitsbereich zustimmte:

- Die Wertschätzung der Vorgesetzten, die ihn gebeten hatten, als erfahrener Know-how-Träger im bisherigen Bereich zu bleiben.
- Der ermittelte WAI-Wert von 40 Punkten hat Heinz W. vor Augen geführt, dass seine Leistungsfähigkeit und Gesundheit den Anforderungen an seinem Arbeitsplatz gut entsprechen.
- Der Arbeitsplatz von Heinz W. wurde in ergonomischer und organisatorischer Sicht verbessert.
- Aufgrund dieser Verbesserungen stimmte der behandelnde Orthopäde von Heinz W. einem Verbleib auf diesem Arbeitsplatz ausdrücklich zu.
- Heinz W. erhielt vom Unternehmen das Angebot der Teilnahme an einer Rückenschule einschließlich eines individuellen Aufbauprogramms seiner Rückenmuskulatur, das er auch angenommen hat.

Ergebnisse

Auch in diesem Projekt konnte der WAI in der Praxis überzeugen. Er stellte im Rahmen von gesundheitlich bedingten Arbeitsplatzwechseln eine hilfreiche Ergänzung der Routinediagnostik dar, weil er die Bewertung um die subjektive Dimension erweiterte. Konkret lieferte er im Einzelfall wichtige Hinweise auf bestehende Ungleichgewichte zwischen den Fähigkeiten und Voraussetzungen eines Beschäftigten sowie den Anforderungen seines Arbeitsplatzes. Diesen Vorteil kann der WAI vor allem dann ausspielen, wenn es um unspezifische, nicht wirklich objektivierbare Beschwerden geht, die aber dennoch nicht folgenlos bleiben für die jeweilige Arbeitsfähigkeit.

Fazit

Aus arbeitsmedizinischer Sicht hat sich der WAI in allen durchgeführten Projekten sowohl als Präventionsinstrument als auch in Ergänzung zu anderen Diagnoseverfahren bewährt. Zudem lassen sich mit dem WAI ohne großen Zeitaufwand betriebsepidemiologische Untersuchungen durchführen, mit der die durchschnittliche aktuelle und künftige Arbeitsfähigkeit der Belegschaft ermittelt und in Relation zu anderen Unternehmen gesetzt werden kann. Dieses Benchmarking ist mit Blick auf den demographischen Wandel und den damit verbundenen durchschnittlich älteren Belegschaften eine wichtige Methode, um Defizite rechtzeitig zu erkennen und Maßnahmen einzuleiten. Hinsichtlich der Akzeptanz konnte der WAI nach anfänglicher Skepsis auch den Betriebsrat von ThyssenKrupp Steel Europe AG überzeugen.

Ansprechpartner

Herr Dr. Werner Mölders
ThyssenKrupp Steel Europe AG
Telefon 0203 5224359
E-Mail werner.moelders@thyssenkrupp.com

Herr Dr. Georg v. Groeling-Müller
ThyssenKrupp Steel Europe AG
Telefon 0203 5228408
E-Mail georg.groeling-mueller@thyssenkrupp.com

Inzwischen wird der WAI im Unternehmen nahezu flächendeckend eingesetzt: Er ist eines der wichtigsten Evaluationsinstrumente für die Gesundheitsschicht®. Dabei handelt es sich um eine 2010 eingeführte »Ausbildungsschicht in Gesundheit« an der jeder Mitarbeiter der TKSE AG alle drei Jahre teilnehmen kann. Die Gesundheitsschicht beinhaltet neben verschiedenen Modulen zur Vermittlung gesundheitsbezogener Kenntnisse unter anderem einen Check-up und eine Nachuntersuchung nach 6 Monaten. Bei beiden Anlässen ist der WAI (zusammen mit dem Gesundheitsscore) fester Bestandteil des Beratungsgesprächs.



8 Alter ist nicht alles!

Der Einsatz des WAI bei Schichtarbeitern

Die Herausforderung

Sowohl der demographische Wandel als auch die aktuellen EU-Richtlinien für die Verwirklichung der Gleichberechtigung in Beschäftigung und Beruf bleiben für die deutschen Unternehmen nicht ohne Konsequenzen. Sie werden künftig noch stärker darauf achten müssen, dass Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen insbesondere für Fach- und Führungskräfte (noch) attraktiver werden, da deren Rekrutierung auf dem Arbeitsmarkt zunehmend schwieriger wird. Zum anderen müssen derartige Gestaltungsmaßnahmen auch der Vielfalt der Beschäftigten gerecht(er) werden und zudem ein längeres Erwerbsleben ermöglichen.

Dabei ist die Kombination von Lebensarbeitszeitmodellen und geeigneten Maßnahmen im Bereich der Führungskräftebildung, der Arbeitsgestaltung, der Personalentwicklung und der Gesundheitsförderung der Schlüssel, um die oben angerissenen Herausforderungen zu bewältigen. Erst durch diese Kombination können sämtliche Alters- und Beschäftigungsgruppen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Ressourcen angemessen berücksichtigt und letztlich die Arbeitsfähigkeit, die Arbeitszufriedenheit und die Produktivität in den Unternehmen positiv beeinflusst werden.

Das DFG-Projekt KRONOS

Das Projekt KRONOS – Lebensarbeitszeitmodelle – hat eine Laufzeit von zwei Jahren und wird im Rahmen des Schwerpunktprogramms ›Altersdifferenzierte Arbeitssysteme‹ von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Dabei obliegt dem Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion, Abteilung Arbeitswissenschaft der Universität Karlsruhe (TH) die wissenschaftliche Leitung des Projekts, an dem sechs deutsche industrielle Kooperationspartner aus den Branchen Automobil, Chemie, Pharma und Stahl beteiligt sind.

Thesen, Fragestellungen und Methodik von KRONOS

Die projektübergreifenden Forschungshypothesen beziehen sich dabei sowohl auf die Einflussmöglichkeiten der Beschäftigten innerhalb ihrer Arbeitswelt, als auch auf die Rolle und Gestaltung der jeweiligen Rahmenbedingungen sowie auf die arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen zur Arbeitszeitgestaltung. Überzeugung der Projektmacher ist, dass die Auswirkungen altersdifferenzierter Arbeitszeitmodelle auf die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Zufriedenheit einer sich verändernden (alternden) Belegschaft umso positiver sind, je

größer die Einflussmöglichkeiten der Mitarbeiter auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit in den verschiedenen Lebensphasen sind. Ebenso positive Einflüsse werden zudem durch die Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Empfehlungen zur Arbeitszeitgestaltung sowie durch die Schaffung und Förderung günstiger Rahmenbedingungen vermutet. Letztere zeichnen sich z. B. durch eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, betriebliche Weiterbildungsangebote für alle Altersklassen, eine positive Einstellung der Führungskräfte zu älteren Mitarbeitern sowie durch den Einsatz angemessener Strategien bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle aus.

Auf der Grundlage dieser Annahmen beschäftigt sich das Projekt mit den folgenden Fragen:

- Wie verändern sich Arbeitsleistung, Anpassungs- und Innovationsfähigkeit von Mitarbeitern im Altersgang?
- Welche unternehmensbezogenen und welche personenbezogenen Merkmale spielen eine entscheidende Rolle bei der Wahrnehmung und dem Umgang mit subjektiver Beanspruchung?
- In welchem Ausmaß unterscheidet sich das subjektive Gesundheitsempfinden von objektiv erhobenen Daten?

Ziel des Projekts ist, diese Fragen durch einen systematischen Vergleich verschiedener Arbeitszeitmodelle zu beantworten, wozu eigens ein Vier-Phasen-Konzept für die praktische Umsetzung der Projektschritte entwickelt wurde.

In **Phase 1** (Information und Aufklärung) werden die Ziele definiert sowie Messinstrumente und Interventionen mit den Verantwortlichen abgestimmt.

In **Phase 2** erfolgt die Analyse der IST-Situation, wobei sowohl qualitative (Interviews) als auch quantitative (Fragebögen) Messverfahren eingesetzt werden.

In **Phase 3** (Umsetzung und Verlaufsanalyse) werden zum einen auf den erhobenen Daten aufbauend maßgeschneiderte Lebensarbeitszeitmodelle entwickelt, die dann in ausgewählten Pilotbereichen umgesetzt werden. In der Umsetzungsphase werden diese Modelle dann ständig auf mögliche Schwachstellen überprüft, um frühzeitig präventiv oder korrigierend eingreifen zu können. Zum anderen werden in dieser Phase bereits bestehende Arbeitszeitmodelle hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter evaluiert.

In **Phase 4** (Evaluation und Präsentation) werden alle Teilergebnisse sowie die Gesamtergebnisse betrachtet. Dabei wird in erster Linie überprüft, ob die Prozessverläufe der einzelnen Interventionen in Übereinstimmung mit den definierten Zielen realisiert wurden.

Der WAI im KRONOS-Projekt

Für die Erfassung der Arbeitsfähigkeit wurde die Kurzversion des Work Ability Index (WAI) eingesetzt, der nach den Wünschen der Beschäftigten eine leicht Modifikation erfuhr. Die Änderung bezog sich dabei auf die dritte Dimension des WAI, die vorhandene Beschwerden und Krankheiten abfragt. Hier wurde die Antwortmöglichkeit ›ja, eigene Einschätzung‹ aufgesplittert in die alternativen Antwortmöglichkeiten ›manchmal‹ und ›häufig‹.

Für diese Änderung gab es zwei Gründe. So

vertreten einige Autoren die Ansicht, dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit ein besserer Prädiktor sei als die objektiv medizinisch diagnostizierte, da manchmal auftretende Gesundheitsstörungen bereits erste Vorboten einer ernsthaften Erkrankung sein können, obgleich diese (noch) nicht medizinisch auffällig sind. Zum anderen haben durchgeführte Vortests mit den Beschäftigten ergeben, dass sich viele Beschäftigte bei manchmal auftretenden Beschwerden eher für ein ›nein‹ als für ein ›ja‹ entscheiden, wenn die Antwortmöglichkeit ›manchmal‹ fehlt. Dahinter steht die Befürchtung, dass »die mich ja sofort als schwer krank einstufen, wenn ich ›ja‹ ankreuze« – so ein Zitat aus den Voruntersuchungen.

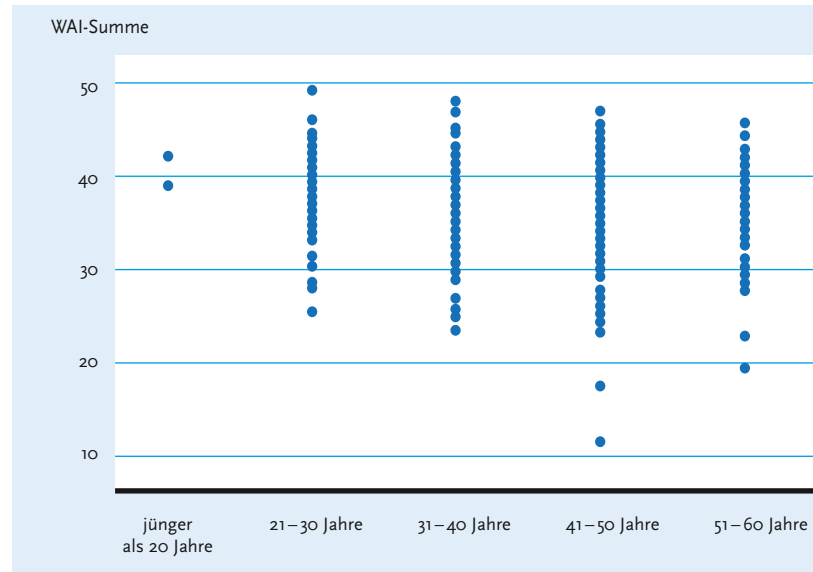


Abb. 1: WAI-Index nach Altersgruppen

Erste Ergebnisse

Wenn das Projekt abgeschlossen ist, werden rund 3.000 Schichtarbeitende aus verschiedenen Unternehmen und Branchen befragt worden sein. Die nachfolgend vorgestellten ersten Ergebnisse von KRONOS basieren auf 661 befragte Personen, deren WAI nach Altersgruppen, Schichtbiographie sowie in Kombination mit anderen arbeitswissenschaftlichen Fragestellungen untersucht und interpretiert wurde.

Bei der Betrachtung des WAI nach Altersgruppen wird offensichtlich, dass kein deutlich erkennbarer Zusammenhang zwischen dem Alter einer Person und seiner Arbeitsbewältigungsfähigkeit existiert. Das nach wie vor in vielen Köpfen vorherrschende Defizitmodell, wonach Alter und Verlust der Leistungsfähigkeit auf allen Ebenen Hand in Hand gehen, fand insofern in der Wirklichkeit einmal mehr keine Bestätigung. Andererseits fällt auf, dass

die Streuung der WAI-Summenwerte in den Gruppen jüngerer Alters deutlich geringer ausfällt als in den Gruppen mit den reiferen Jahrgängen. Insofern scheinen biographische Erfahrungen im Unternehmens- und privaten Kontext einen größeren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu haben als das Merkmal Alter.

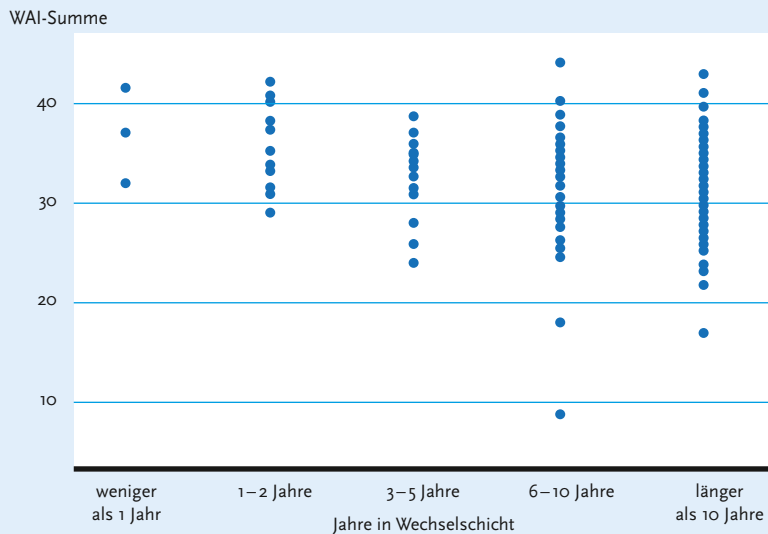


Abb. 2: WAI-Summe in Abhängigkeit der Schichtbiographie

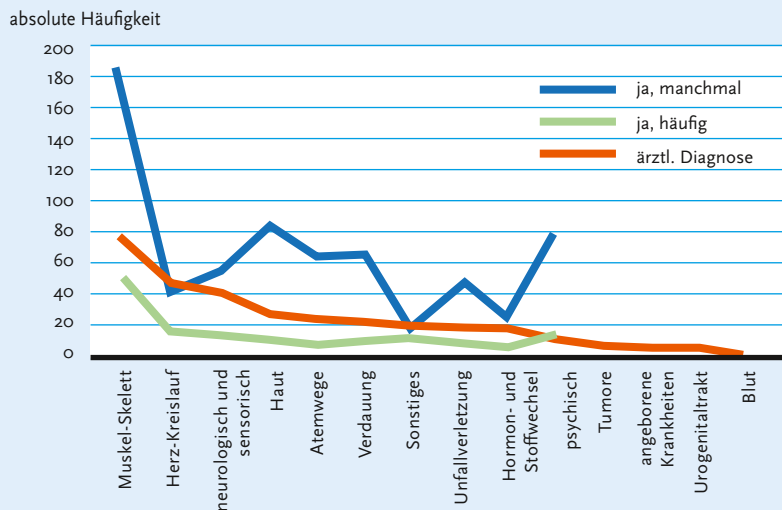


Abb. 3: Beschwerdeliste der WAI-Dimension 3 mit modifizierter subjektiver Einschätzung

Abbildung 2 zeigt den **WAI nach der Schichtbiographie**. Dabei ist die Einbeziehung der Schichtbiographie für die Betrachtung (und Gestaltung) von Lebensarbeitszeitmodellen unabdingbar, da Schichtarbeit massive Auswirkungen auf die psychische sowie physische Gesundheit und damit auch auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit des Menschen hat. Vor diesem Hintergrund wurde die Schichtbiographie mit fünf Kategorien detailliert abgefragt. Deutlich ist zu erkennen, dass die Streuung der WAI-Summenwerte stark mit der Dauer der Schichtenerfahrung zunimmt, so dass auch hier nicht von einer zwangsläufigen Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann, ohne die Gestaltung des jeweiligen Schichtsystems zu betrachten. Mit anderen Worten: Nicht das Alter muss für die z.T. schlechtere Arbeitsbewältigungsfähigkeit bei langjähriger Schichtarbeit verantwortlich sein, sondern möglicherweise die schlechte ergonomische Gestaltung des Schichtsystems, in dem gearbeitet wurde und wird.

Beide Ergebnisauszüge zeigen: Bei der langfristigen Betrachtung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit kann nicht nur ein Merkmal, also z. B. Alter oder Schichtbiographie, herangezogen werden. Vielmehr ist es notwendig, auch unternehmens- und personenbezogene Rahmenbedingungen zu erfassen. So steht der WAI in einer direkten Wechselbeziehung mit anderen Belastungsfaktoren, wie z. B. der Belastung in der jeweiligen Schicht, mit Schlaf und Müdigkeit in der Nachtschichtphase sowie mit Fragen nach der allgemeinen Arbeitszufriedenheit. Die derzeit vorliegenden Ergebnisse zeigen: Personen, die in diesem Zusammenhang eher positiv antworten, verfügen über einen höheren WAI als solche,

die diese Rahmenbedingungen eher negativ erleben.

Hinsichtlich der eingangs erläuterten modifizierten WAI-Dimension 3 zeigen die Ergebnisse eine deutliche Abweichung der Antwortmöglichkeit ›manchmal‹ im Vergleich zu ›ja, häufig‹ sowie ›ja, Diagnose vom Arzt‹. Insofern hat sich die Modifizierung im Sinne des Projekts ›gelohnt‹, da die Beschäftigten dank dieser Antwortmöglichkeit offener über ›leichtere‹ Gesundheitsbeschwerden berichteten. Entsprechend wird diese Modifizierung im weiteren Verlauf des Projekts beibehalten.

Für die Auswertung des gesamten WAI-Datenmaterials nach Abschluss des Projekts wird derzeit ein spezielles Rechenverfahren entwickelt, mit dem eine angemessene Gewichtung der Antwortkategorien möglich sein wird. Längsschnittstudien werden dann im nächsten Schritt Auskunft darüber geben, inwieweit dieser höhere Differenzierungsgrad dazu beitragen kann, gesundheitliche Probleme frühzeitig zu erkennen, um dann entsprechende präventive Strategien und Maßnahmen zu entwickeln.

Fazit

Der WAI hat sich im Projekt als hilfreiches Instrument erwiesen, um die Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu erfassen. Dabei hat die Verbindung bzw. Gegenüberstellung des WAI mit Einflussgrößen wie Alter, Schichtbiographie sowie personen- und unternehmensbezogenen Rahmenbedingungen neue Erkenntnisse erbracht, die für die Entwicklung von ergonomischen Lebensarbeitszeitmodellen hilfreich sein werden. Hinsichtlich der Akzeptanz des WAI bei den Beschäftigten ist festzuhalten, dass diese überall dort hoch war, wo ein gutes und

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Dr. Dorothee Karl

Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion
Abteilung Arbeitswissenschaft, der Universität Karlsruhe (TH)
Hertzstraße 16, 76187 Karlsruhe

E-Mail dorothee.karl@wiwi.uni-karlsruhe.de

Kathrin Elmerich

Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion
Abteilung Arbeitswissenschaft, der Universität Karlsruhe (TH)
Hertzstraße 16, 76187 Karlsruhe

E-Mail kathrin.elmerich@wiwi.uni-karlsruhe.de

Prof. Dr. Peter Knauth

Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion
Leiter der Abteilung Arbeitswissenschaft, der Universität Karlsruhe (TH)
Hertzstraße 16, 76187 Karlsruhe

E-Mail peter.knauth@wiwi.uni-karlsruhe.de

vertrauensvolles Betriebsklima herrschte. Werden hingegen im Unternehmen aktuell Themen wie z. B. ›leistungsgeminderte Mitarbeiter‹ diskutiert oder stehen gar Umstrukturierungen mit Personalabbau an, zeigten sich sowohl Betriebsräte als auch Beschäftigte aus nachvollziehbaren Gründen kritisch. Deshalb gilt es, offen über stattfindende wissenschaftliche Untersuchungen und die damit verbundenen angestrebten Unternehmensziele zu sprechen, um Missverständnisse und Zweifel frühzeitig auszuräumen.



9 Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit trotz Arbeitslosigkeit gezielt verbessern!

Evaluationsergebnisse einer gesundheitsfördernden Maßnahme im Kontext der Ergebnisse einer internationalen Studie zum Work Ability Score

Das Unternehmen

Werkstatt Frankfurt e.V. (WF) ist ein soziales Unternehmen, das im Auftrag des Jobcenter Frankfurt am Main sowie der Stadt Frankfurt am Main arbeitssuchenden Menschen qualifizierende Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung in verschiedenen Berufszweigen bietet. Die Eigenbetriebe der WF sind Arbeits- und Lernorte für vorher arbeitslose Menschen, wo nachgefragte Dienstleistungen und Produkte lokal angeboten werden.

Die Ausgangslage

Für langzeitarbeitslose Menschen bedeutet die Arbeitsaufnahme eine stresserzeugende Situation, schließlich verändern sich sowohl das eingefahrene Leben als auch das soziale Umfeld. Darüber hinaus muss der veränderte Tagesrhythmus akzeptiert und gefestigt werden. Die Konfrontation mit neuen Arbeitsaufgaben erfordert zudem ein hohes Maß an Selbstdisziplin und Ausdauer, auch bedarf es des Willens zum Umlernen bzw. der Fähigkeit alte bzw. stillgelegte Kompetenzen wieder zu aktivieren. Dazu kommen Ängste und Minderwertigkeitsgefühle, was verständlich ist bei Menschen, die jahrelang im beruflichen Abseits standen. Viele Betroffene gehen zudem häufiger Gesundheitsrisiken ein als der

Durchschnitt der Bevölkerung: Sie rauchen mehr, trinken mehr Alkohol, neigen häufiger zu ungesundem Schlafverhalten, leiden unter Bewegungsmangel und erleben ihre Situation als chronischen Stress. Daher ist es nicht überraschend, dass Arbeitslosigkeit auch die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen negativ beeinflusst. Darüber hinaus ist es kein Geheimnis, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und Arbeitslosigkeit oft in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis stehen: Ohne Arbeit leidet die Gesundheit, wohingegen mit gesundheitlichen Einschränkungen die Chance auf Wiederbeschäftigung sinkt. Dieser Teufelskreis von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Wiederbeschäftigungschancen begründet den besonderen Bedarf an Maßnahmen <arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung>, die mit einer Kombination von Gesundheits- und Beschäftigungsförderung auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zielen.

Zielgruppenspezifische gesundheitsfördernde und arbeitsmarktintegrative Maßnahme ›Train to Job‹

Der Ansatz wurde für langzeitarbeitslose Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jahre 2005 entwickelt. Bis Juni 2011 wurden neun Modellgruppen in Frankfurt am Main betreut. Eine zehnte Gruppe speziell für ältere Teilnehmer wurde im Jahr 2011 für das Jobcenter Darmstadt eingerichtet, im August 2011 startete dann die elfte Gruppe in Frankfurt. Bereits nach der Betreuung der neunten Modellgruppe mit 98 Teilnehmern ($n=98$) war eine statistisch relevante Auswertung der Ergebnisse möglich. Somit konnte die Entwicklungs-, Erprobungs- und Lernphase des Ansatzes im Jahr 2010 abgeschlossen werden.

Der Ansatz wird seit dem Jahr 2006 unter gleichen Bedingungen (Inhalt, Ablauf, Trainerinnen, Räume) zeitlich versetzt durchgeführt. Bei der Entwicklung des Ansatzes sind sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse als auch praktische Erfahrungen der Autorin dieses Beitrags mit der Zielgruppe eingeflossen. Ziel der Arbeit mit den Modellgruppen war es, von der Optimierung der Alltagsbewältigung über die Aktivierung der gesunden Anteile einen Beitrag zur Stabilisierung und Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu leisten.

Dabei umfasst der Ansatz zwei Arten von Interventionen. Auf der einen Seite finden sich gesundheitsförderliche Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Förderung des Gesundheitsverhaltens. Auf der anderen Seite beinhaltet der Ansatz aber auch arbeitsmarktintegrative Interventionen, die das Ziel verfolgen, Beschäftigungspotenziale zu aktivieren, um so eine Arbeitsmarktnähe bzw. eine

Arbeitsmarktorientierung herzustellen. Im Verlauf von 12 Wochen werden zunächst die Alltagsbewältigungsfähigkeiten der Teilnehmer optimiert. Die Teilnehmer arbeiten dafür fünfmal pro Woche (montags bis freitags) in zwei- bis dreistündigen Workshops und Seminaren zu den Themen Bewegung, Entspannung/ Stressbewältigung, Ernährung, Gesundheitsmanagement, Zeitmanagement sowie Handlungskompetenz und Erfolgsplanung mit einer Trainerin zusammen.

Evaluation

Zur Erfassung der erlebten Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit dienen in diesem Ansatz die Dimensionen eins und sieben des Work Ability Index (WAI) sowie der sense of coherence (SOC) bzw. das Kohärenzgefühl nach Antonovsky¹ (siehe nächste Seite). Der Work Ability Index (WAI) ist ein Instrument, mit dem die aktuelle und künftige Arbeitsfähigkeit eines Menschen hinsichtlich einer bestimmten Arbeitsanforderung beschrieben werden kann. Daher eignet sich der WA-Index zunächst grundsätzlich nicht zur Bestimmung der Beschäftigungsfähigkeit arbeitsloser Menschen. Geeignet erscheinen lediglich zwei Dimensionen des WAI, welche die Arbeitsfähigkeit nicht in Bezug auf bestimmte Arbeitsanforderungen erfassen. Das ist zum einen die erste Dimension von Arbeitsfähigkeit, die nach der Selbsteinschätzung der derzeitigen Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit fragt (Work Ability Score, WAS). Gleichfalls geeignet ist zudem die siebte Dimension, die nach mentalen Ressourcen und Befindlichkeiten, also z. B. Freude an aktuellen Aktivitäten, Aktivitätslevel, Zuversichtlichkeit bzgl. Zukunft usw.) fragt.

¹ Antonovsky A.: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: DGVT Verlag 1997.

In der Fachliteratur finden sich Hinweise, dass die in diesem Ansatz genutzten Dimensionen mit dem WA-Index sowie miteinander korrelieren. So finden sich zum Beispiel Untersuchungen, die auf starke Zusammenhänge zwischen Work Ability Index und WAS sowie WAS und Gesundheitszustand schließen lassen. Andere Studien zeigen hohe Korrelationen zwischen WAI und WAS sowie zwischen WAI, WAS und subjektiver Gesundheit. In die gleiche Richtung zielen Befunde, die darauf hinweisen, dass alle Dimensionen innerhalb des Work Ability Index miteinander korrelieren, wobei die Korrelationen zwischen WAS und WAI nicht zu den höchsten gehörten. Diese Korrelationen rechtfertigen den Forschungseinsatz der einzelnen WAI-Dimensionen.

Entsprechend gibt es Vorschläge für eine Vier-Kategorien-Klassifikation von WAS (s. Abb.1), die den Kategorien von WAI entspricht.

Der Gesundheitszustand eines Menschen wird nach Ansicht des Soziologieprofessors und ›Vaters‹ der Salutogenese Aaron Antonovsky wesentlich durch eine allgemeine Grundhaltung des Menschen gegenüber der Welt und dem eigenen Leben in ihr bestimmt, dem sense of coherence (SOC). Dieses Kohärenzgefühl ist nicht nur ein ›Gefühl‹, sondern eine Disposition, ein menschliches Wahrnehmungs- und Beurteilungsmuster. Menschen beurteilen demnach das eigene Leben, die eigenen Aktivitäten in ›ihrer Welt‹ in unterschiedlichem Ausmaß als (1) verstehbar, (2) handhabbar und (3) bedeutsam oder sinnvoll. Das Kohärenzgefühl entwickelt sich in dem Maße, in dem die vornehmlichen Lebenserfahrungen der Menschen durch Konsistenz, Belastungsbalance und Teilhabe an der Gestaltung von Ergebnissen geprägt sind.

Work Ability Index (WAI)		Work Ability Score (WAS/WAI-1)
49–44	excellent (sehr gut)	10
43–37	good (gut)	8–9
36–28	moderate (mäßig)	6–7
27–7	poor (schlecht)	0–5

Abb. 1: WAI und Work Ability Score

Das Kohärenzgefühl zeigt in diesem Sinne das Ausmaß der erlebten Chancen und Möglichkeiten einer Person an, sich stellenden Problemen wirksam zu begegnen. Das Kohärenzgefühl ist damit ein Indikator für die Gesundheit sowie für die generelle Handlungskompetenz eines Menschen. In diesem Sinne ist es auch ein geeignetes Maß zur Einschätzung der Beschäftigungsfähigkeit eines Menschen. Die Befragungen mit diesen Fragebögen wurden zu Maßnahmebeginn (t₀), nach drei Monaten (t₁) und ggf. zum Ende der AGH Gesundheit (t₂) durchgeführt. Die Daten wurden unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ausgewertet.

Modellgruppen

Begonnen hatten die Maßnahme insgesamt 105 Langzeitarbeitslose (TN) in neun Gruppen. Sieben Personen beendeten die Maßnahme vorzeitig (zwei TN fanden Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, fünf TN schieden aufgrund der Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Verfassung aus). Die TN wurden von ihrem persönlichen Ansprechpartner des Jobcenters für die Maßnahme empfohlen.

	Gesamt MW(SD)	p	Frauen MW(SD)	p	Männer MW(SD)	p
Work Ability Score (0–10)						
t ₀	4,06 (2,14)	p<0,001	3,72 (2,01)	p<0,01	4,48 (2,25)	p<0,01
t ₁	5,05 (1,89)		4,78 (1,72)		5,39 (2,05)	
Mentale Ressourcen (1–4)						
t ₀	2,46 (0,85)	p<0,001	2,35 (0,83)	p<0,001	2,59 (0,87)	p<0,05
t ₁	2,89 (0,77)		2,87 (0,83)		2,90 (0,71)	
Sence of Coherence (13–91)						
t ₀	54,04 (12,08)	nicht	52,20 (11,10)	nicht	56,30 (12,95)	nicht
t ₁	54,80 (13,17)	signifikant	53,59 (12)	signifikant	56,27 (14,49)	signifikant

Abb. 2: Indikatoren für Beschäftigungsfähigkeit

Zu den Teilnahme-kriterien gehörten Freiwilligkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, ärztlich diagnostizierte bzw. subjektiv erlebte gesundheitliche Einschränkungen sowie Bezug von Arbeitslosengeld II. Ausschlusskriterien waren z. B. Suchterkrankungen oder auch aktive psychische Erkrankungen.

Die Gesamtstichprobe bildeten 98 langzeitarbeitslose Personen mit stark ausgeprägten und diagnostizierten mehrfachen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, davon 54 Frauen und 44 Männer, die seit durchschnittlich 6,4 Jahre abseits vom Arbeitsmarkt standen. Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe betrug 45,4 Jahre, bei Frauen 46,3 und bei Männern 44 Jahre. 28 % aller Teilnehmer waren Migranten, 41 % wiesen eine abgeschlossene Berufsausbildung auf, über die Hälfte lebte in einer festen Beziehung. Zu erwähnen ist außerdem, dass die Teilnehmer mit abgeschlossener Berufsausbildung (laut ärztlicher Gutachten) nicht mehr im erlernten Beruf arbeiten durften.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der t-Tests für abhängige Stichproben (Abb.2) weisen auf eine signifikante Erhöhung der subjektiv erlebten Arbeitsfähigkeit (WAS) sowie der mentalen Ressourcen (WAI-7) zwischen der ersten und zweiten Messung hin. Für das Kohärenzgefühl (SOC-13) wurde keine deutliche Änderung der Mittelwerte festgestellt. Die Ergebnisse waren für Frauen und Männer gleich.

	Work Ability Score		Alter		Verweildauer in der Arbeitslosigkeit (in Jahren)		abgeschlossene Berufsausbildung	Beziehungsstatus (verheiratet, in fester Beziehung)	Migranten
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	%	%	%
Gesamt N=644	7,04	2,58	43,29	9,81	3,69	4,2	48,3	o.A.	12,6
Frauen N=311	6,92	2,63	43,29	8,89	3,65	4,29	49,8	o.A.	9
Männer N=333	7,16	2,53	43,29	10,61	3,73	4,05	46,8	o.A.	15,9
Frankfurt/M n=305	6,96	2,84	39,57	9,95	4,72	4,62	31,1	o.A.	26,6
Frauen n=129	6,64	2,94	40,12	9,36	5,28	4,97	37,2	o.A.	21,7
Männer n=176	7,19	2,75	39,16	10,37	4,31	4,31	26,7	o.A.	30,1
Warschau n=125	7,14	2,23	43,05	9,17	4,11	3,39	59,2	25,6	0
Frauen n=52	7,17	2,48	40,73	9,5	3,84	2,79	55,8	28,8	0
Männer n=73	7,12	2,05	44,7	8,62	4,3	3,76	61,6	23,3	0
Graz n=214	7,10	2,38	48,74	7,11	1,97	3,26	66,4	45,8	0
Frauen n=130	7,1	2,35	47,46	6,1	1,96	3,33	60	42,3	0
Männer n=84	7,11	2,45	50,73	8,08	2	3,16	76,2	51,2	0
Quelle: Gawlik-Chmiel & Szlachta, 2011									

Abb. 3: Beschreibung der Studienpopulation (N=644)

Subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit (WAS)

Am Beginn der Maßnahme haben die Teilnehmer ihre subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit als ›schlecht‹ ($t_0=4,06$) eingeschätzt. Zum Ende der Maßnahme konnten sie ihre subjektive empfundene Arbeitsfähigkeit auf das Niveau der ›mäßigen‹ Arbeitsfähigkeit ($t_1=5,05$) verbessern.

Diese WAS-Positionierung der Modellgruppen ist im Zusammenhang der Ergebnisse einer internationalen Studie zum Work Ability Score von Langzeitarbeitslosen zu betrachten (s. Abb. 3, S. 77). Die Studienteilnehmer stammen aus den drei europäischen Städten Frankfurt/Main, Warschau und Graz. Die Befragten leben in einem vergleichbaren kulturellen und wirtschaftlichen Raum. Die Gesamtgruppe ($n=644$; $MW=7,04$) bildet die wesentlichen Subgruppen unter Langzeitarbeitslosen ab, insbesondere die aus Frankfurt am Main (z. B. Geschlecht, Alter, Verweildauer in der Arbeitslosigkeit, massive gesundheitliche Beeinträchtigungen, Lebensräume: Metropole, Großstadt, Stadt).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Frankfurter Gruppen (Abb. 4) nahmen an drei Förderprogrammen bei der Werkstatt Frankfurt teil. Das Qualifizierungsprogramm ›Frankfurter Weg zum Berufsabschluss‹ (FWB) wurde von der Werkstatt Frankfurt für langzeitarbeitslose Menschen vorrangig im Alter von 25 bis 45 Jahren entwickelt, die keinen schulischen Abschluss haben. Die TN schätzten ihre subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit als gut ein ($WAS=8,74$). Bei dieser Gruppe konnte ein Optimismuseffekt beobachtet werden. Die zweite Gruppe bildeten TN aus dem Programm der Arbeitsgelegenheit (AGH) mit Mehraufwandsent-

schädigung. Diese Fördermaßnahme nehmen TN in Anspruch, die über keine (bekannten) gesundheitlichen Beeinträchtigungen verfügen. Diese TN schätzten ihre subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit als ›mäßig‹ ein ($WAS=7,20$).

Diese Einschätzung ähnelt sehr den Werten der Warschauer ($WAS=7,14$) und der Grazer Gruppe ($WAS=7,10$). Der dritten Gruppe gehörten Personen aus der TN-Gewinnungsphase für die Zusammenstellung der Modellgruppen ($t_0: WAS=4,29$) an. Langzeitarbeitslose, die über mehrfache gesundheitliche Einschränkungen verfügen (z. B. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Modellgruppen), erleben und bezeichnen ihre subjektive empfundene Arbeitsfähigkeit als ›schlecht‹ (vergleichbare WAS-Werte wurden in der Fachliteratur bei niederländischen Krebskranken oder deutschen Pflegekräften mit ›schlechter Gesundheit‹ gefunden).

Es sei an dieser Stelle auf ein weiteres Ergebnis der internationalen Studie verwiesen. So konnte hier eine starke negative Beziehung festgestellt werden zwischen dem WAS und der Verweildauer in der Erwerbslosigkeit sowie dem Alter bei Erwerbslosen, die länger als ein Jahr außerhalb des Arbeitsmarktes verbleiben. Es gilt: Je länger eine Person arbeitslos bleibt oder je älter sie wird, desto geringer schätzt sie ihre subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit ein.

Mentale Ressourcen und Befindlichkeiten

Über welche mentalen Ressourcen (WAI-7) langzeitarbeitslose Personen verfügen, lässt sich nur vermuten. In der Fachliteratur finden sich zwei Studien, in denen WAI-7 Mittelwerte von Berufstätigen aus

Deutschland (WAI-7: MW=3,0) und den Niederlanden (WAI-7: MW=3,4) publiziert sind. Verglichen damit verfügen die TN aus den Modellgruppen über signifikant niedrigere mentale Ressourcen ($t_0=2,46$).

Sense of coherence

Die SOC-Werte der Teilnehmer der Maßnahme blieben zwar im statistischen Sinne stabil, aber sie entsprechen den Werten der untersuchten Bezugsgruppe ›Erwerbslose‹. Abb. 5 zeigt, dass SOC-13-Werte unter (langzeit-)arbeitslosen Personen zwischen MW=53,27 und 55,67 liegen, während die Werte in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher sind (MW=70 oder 65,17). Nach Antonovsky ist eine Stärkung des Kohärenzsinn möglich, aber die Veränderung tritt nur auf, wenn eine Person ein neues Muster von positiven Lebenserfahrungen über mehrere Jahre beibehält.

subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit (AF)	Work Ability Score	Frankfurter Subgruppen (n = 305)
sehr gut AF erhalten	10	
gut AF unterstützen	9 8	TN im Programm ›FWB‹ (n=113; WAS=8,74)
mäßig AF verbessern	7 6	TN im Programm ›AGH‹ (n=107; WAS=7,20)
schlecht AF wiederherstellen	5 0	Modellgruppen (n=85; WAS=4,29)

Abb. 4: Subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit der Frankfurter Subgruppen

Autoren (Jahr)	Land	Stichprobe	SOC	SD
Hanöver et al. 2004	Deutschland	Bevölkerungsstichprobe N=4002	70,00	11,0
Schumacher et al. 2000	Deutschland	Bevölkerungsstichprobe N=2005	65,17	11,5
Deutschmann & Kuhnert 2005	Deutschland	Arbeitslose (davon 50% Langzeitarbeitslose) N=215	53,27	12,7
Rodrigues Gomez 2003	Portugal	Arbeitslose N=81	54,69	14,5
Kuhnert 1999	Deutschland	Langzeitarbeitslose N=69	55,67	10,3
Starrin et al. 2001	Schweden	Langzeitarbeitslose N=936	54,71	14,1
Gawlik-Chmiel & Szlachta 2011	Deutschland	Langzeitarbeitslose N=98	54,04	12,1

Die Daten wurden von Deutschmann & Kuhnert (2005, S.158) anteilig übernommen und ergänzt

Abb. 5: SOC 13, Quelle: Gawlik-Chmiel, Szlachta, Fuhrmann & Misiewicz (erscheint demnächst)

	Anzahl (TN)	%
AGH ›Gesundheit‹	55	56
Qualifizierung	5	5
Allgemeiner Arbeitsmarkt (TZ)	7	7
Erwerbsminderung bis 6 Mo. (Therapie, Kur, etc.)	20	21
kein Interesse an weiteren Maßnahmen	11	11
Insgesamt	98	100

Abb. 6: Arbeitsmarktintegrative Ergebnisse

Indikatoren für Beschäftigungsfähigkeit	Zu Beginn der Maßnahme	Nach einem Jahr	p
	MW (SD)	t2 MW (SD)	
Work Ability Score (WAS)	4,66 (2,35)	5,48 (2,52)	<0,1
Mentale Ressourcen	2,42 (0,93)	2,88 (0,94)	p<0,001
Sence of Coherence	54,2 (10,45)	56,8 (13,18)	nicht signifikant

Abb. 7: Veränderung von WAS, WAI 7 und SOC-13 (n=50)

Ergebnisse nach Abschluss der Maßnahme

Im Rahmen der Intervention ›Handlungskompetenz und Erfolgsplanung‹ wurde mit den Teilnehmern ihre berufliche- und/oder Lebenskarriere besprochen, wobei die individuelle Handlungskompetenz – also Gesundheits-, Sozial-, Methoden- und Fachkompetenz – besonders berücksichtigt wurden. Die arbeitsmarktintegrativen Ergebnisse finden sich in der Abb. 6. Die Teilnehmer, die einen Beschäftigungsprozess durchliefen, hatten die Möglichkeit, ihr zu Beginn entweder positives oder negatives Leistungsbild in einer realen Arbeitssituation zu erproben und zu erleben (Abb. 7). Durch einen Soll-Ist-Vergleich konnten sie ihre Fähigkeiten, aber auch die Grenzen der eigenen Beschäftigungspotenziale einschätzen.

Nachhaltigkeit der Maßnahme

Die Teilnahme an der zwölfwöchigen Maßnahme führte bei den Langzeitarbeitslosen zu einer signifikanten Erhöhung sowohl der subjektiv erlebten Arbeitsfähigkeit als auch der mentalen Ressourcen. Es wird davon ausgegangen, dass bei den Teilnehmern, die nach Abschluss der gesundheitsfördernden Maßnahme Beschäftigung finden (AGH Gesundheit, Arbeit auf dem allg. Arbeitsmarkt, Weiterbildung), die subjektiv erlebte Arbeitsfähigkeit (WAS), die mentalen Ressourcen sowie das Kohärenzgefühl weiterhin (mindestens) stabil bleiben werden. Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit wurden 50 Ergebnisse aus der dritten Befragung (t2 – nach einem Jahr) von Teilnehmern berücksichtigt, die eine der genannten Beschäftigungsformen in Anspruch nahmen (Abb. 7).

Die Ergebnisse der t-Tests für abhängige Stichproben zeigen eine deutliche Veränderung bei der subjektiv erlebten Arbeitsfähigkeit (WAS) und bei den mentalen Ressourcen (WAI 7). In beiden Fällen zeigte sich nach einem Jahr nicht nur eine gewisse Stabilität, sondern eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse. Mit dem Work Ability Score wurde eine tendenzielle und mit dem WAI 7 weiterhin eine höchst signifikante positive Veränderung erreicht. Das Kohärenzgefühl blieb unverändert stabil. Die Modellgruppen-Teilnehmer konnten nach Abschluss der gesundheitsfördernden Maßnahme von der von ihnen gewählten Beschäftigungsform weiterhin profitieren, indem sie soziale und emotionale Unterstützung von anderen Betroffenen erfuhren, sich an Arbeits- bzw. Lernzielen beteiligten, einen anderen Status (Berufstätige, Schüler) erlangten und dadurch – im Sinne Antonovskys – ein Muster von positiven Lebenserfahrungen sammelten und beibehielten.

Resümee und Ausblick

Hauptziel des hier vorgestellten Ansatzes war die Aktivierung, Stabilisierung und die Vermehrung der gesunden Anteile und demzufolge der Beschäftigungspotenziale bei den Repräsentanten der Subgruppe von Langzeitarbeitslosen mit mehrfachen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse dokumentieren, dass die Maßnahme als wirksam und nachhaltig bewertet werden kann. So wurden positive und langfristig anhaltende arbeitsmarktintegrative Effekte erzielt, wobei besonders zu betonen ist, dass alle Teilnehmer trotz der bestehenden gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen

Ansprechpartnerin

Dipl.-Psych. Barbara Gawlik-Chmiel
 Fachreferentin für betriebliche Gesundheitsförderung
 Werkstatt Frankfurt e.V.
 Telefon 069 68097 399
 E-Mail barbara.gawlik-chmiel@werkstatt-frankfurt.de

ihre Beschäftigungsfähigkeit erhöhen und diese im Verlauf der Maßnahme stabilisieren konnten. Die eingesetzten WAI-Dimensionen und der Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC 13) haben sich als hilfreich erwiesen, um in der Gruppenarbeit und in der fallbezogenen Arbeit mit den Teilnehmern Beschäftigungsfähigkeit, Gesundheit und Alltagsbewältigungskompetenz zum Gegenstand der Reflexion zu machen. Damit erwiesen sich die Verfahren als nützliche Interventions- und Evaluationsinstrumente.



10 Zukunftsstrategien für eine altersgerechte Arbeitswelt

Erfahrungen aus dem Projekt ›Alternsmanagement in Kleinbetrieben‹

Das Unternehmen

Der ›AMD Salzburg – Zentrum für gesundes Arbeiten‹ berät und betreut über 160 Betriebe im Bundesland Salzburg mit insgesamt mehr als 40 000 Beschäftigten in Sachen Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Neben der präventivdienstlichen gesetzlich vorgeschriebenen Unterstützungsleistung für Unternehmen begleitet der AMD Salzburg seit vielen Jahren betriebliche Gesundheitsförderungs- und Entwicklungsprojekte. Thematische Schwerpunkte sind seit einigen Jahren – neben der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz – die altersgerechte Gestaltung von Arbeits- und Organisationsstrukturen.

Das Forschungsprojekt ›Zukunftsstrategien für eine altersgerechte Arbeitswelt im Bundesland Salzburg‹

Im Forschungsprojekt ›Zukunftsstrategien für eine altersgerechte Arbeitswelt im Bundesland Salzburg‹ des Zentrums für Zukunftsstudien der Fachhochschule Salzburg war der AMD Salzburg als Praxispartner von November 2008 bis Oktober 2011 beteiligt. Die Aufgabe bestand zum einen in der Reflexion der Forschungserkenntnisse aus der Praxis, zum anderen und vor allem aber in der Umsetzung

von Organisationsentwicklungsprozessen in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU bis ca. 150 Beschäftigte). So wurden in einem Zeitraum von drei Jahren drei KMUs aus den Branchen Baugewerbe, Transport und Hotellerie/Gastgewerbe im Bundesland Salzburg in ihren Prozessen für die Entwicklung altersgerechter Arbeitsstrukturen begleitet.

Alternsmanagement in den KMUs – die Prozessbegleitung

Nach Unterzeichnung einer Projektvereinbarung und der Bildung einer Projektsteuerungsgruppe im jeweiligen Unternehmen ging es zunächst um die Analyse der Ist-Situation hinsichtlich einer altersgerechten Arbeitsgestaltung. Diese Organisationsanalyse setzte sich aus drei Teilen zusammen: der Erstellung einer Altersstrukturanalyse, der Durchführung einer umfassenden Beschäftigtenbefragung (mittels eines im Rahmen des Projektes entwickelten Fragebogens) und der Umsetzung des Arbeitsbewältigungs-Coachings (AB-Coaching) mit vorhergehender Erhebung des WAI. Sämtliche Ergebnisse der IST Analyse wurden in einem sogenannten Ergebnisbericht der Unternehmensleitung sowie der Steuerungsgruppe präsentiert, im Anschluss daran fand die Ableitung der entsprechenden Maßnahmen

statt. Ein Ergebnis der Prozessbegleitung war die Entwicklung eines Strategiepapiers zur altersgerechten Arbeitsgestaltung für den jeweiligen Betrieb, in dem bereits konkrete Umsetzungsmaßnahmen dokumentiert waren.

Einsatz des WAI mit AB-Coaching im Rahmen der Prozessbegleitung

Pro Betrieb wurde rund zwanzigmal der WAI erhoben sowie anschließend das AB-Coaching durchgeführt. Die Ergebnisse von WAI und der Coachings wurden auf Betriebsebene zusammengefasst und flossen in die IST-Analyse der Prozessberatung mit ein.

Als besonders hilfreich wurde in den begleiteten Betrieben die betriebliche Auswertung der konkreten Verbesserungsvorschläge der Beschäftigten empfunden. Damit erhielt die Unternehmensführung recht konkrete Anhaltspunkte, für welche Bereiche Investitionen in die Gesundheit von den Beschäftigten selbst als sinnvoll erachtet werden. In den Rückmeldungen aus den Coaching-Gesprächen werteten die Beschäftigten den Dialog als sehr wertschätzend und anregend. Deutlich wurde dabei, wie wichtig eine gute Kommunikationskultur im Unternehmen für Motivation und Identifikation mit dem Unternehmen ist. Die Beschäftigten fühlten sich ernst- und wahrgenommen: »Meine Meinung ist der Führung wichtig, ich kann mich einbringen«.

Ergebnisse des WAI und des AB-Coachings aus den Modellbetrieben

Bei der betrieblichen Auswertung wurden die vier Kategorien des Arbeitsbewältigungs-Coachings als Auswertungsraster herangezogen. Die WAI-Werte bewegten sich vorwiegend im Bereich sehr gut und gut, aber auch einige mäßige WAI-Kennzahlen konnten identifiziert werden.

Themen, die beim »Förderziel der individuellen Gesundheit« angesprochen wurden, waren u. a. ein gesundes und ausgewogenes Speisenangebot in der Kantine, gemeinsame betriebliche Bewegungsangebote, wie z. B. Rückenschule; und nicht zuletzt wurde der Wunsch geäußert, das Thema Gesundheit im Betrieb insgesamt präsent(er) zu machen.

Beim »Förderziel Führung und Arbeitsorganisation« standen die Verringerung des Zeitdrucks, die Verbesserung des Informationsflusses sowie mehr Rückmeldung über die eigene Arbeitsleistung auf der Wunschliste. Darüber hinaus würden sich die Beschäftigten über mehr Handlungsspielraum und Autonomie bei der Arbeit ebenso freuen wie über eine individuellere Dienstplangestaltung, die mehr Raum für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie lässt. Ebenfalls ein Thema für die Beschäftigten sind die häufig nicht klar definierten Zuständigkeiten – hier besteht nach Ansicht der Beschäftigten Handlungsbedarf, um künftig Missverständnisse, Ärger und Stress zu vermeiden.

Vorschläge, die zum »Förderziel Weiterbildung und Kompetenzen« gemacht wurden, bezogen sich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an Sprachkursen und persönlichkeitsbezogenen Weiterbildungsangeboten. Aber auch das Lernen durch den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie insgesamt das betrieb-

liche Wissensmanagement standen im Fokus.

Um das Förderziel Arbeitsbedingungen zu erreichen bzw. dieselben zu verbessern, schlugen die Beschäftigten die folgenden Maßnahmen vor: Gehörschutz öfter tragen, Verbesserung der EDV-Infrastruktur, Vergrößerung der Büroarbeitsflächen, Raumklima in den Büros verbessern, Einleitung von Maßnahmen zur Verringerung der Stress verursachenden Lärmbelastung.

Die an den Coachings teilnehmenden Personen waren sehr offen und bereit, ihre Ideen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einzubringen. Wichtig war die Gewährleistung der Anonymität und des Datenschutzes, worunter die Beschäftigten insbesondere die Weiterleitung der Ergebnisse an die Unternehmensleitung in ausschließlich anonymisierter Form verstehen.

Fazit

Im Rahmen von betrieblichen Gesundheitsförderungs- und Organisationsentwicklungsprojekten eignet sich der WAI insbesondere als Teil der Ist-Analyse. Als Element der partizipativen Prozessgestaltung ist er gerade in KMUs ein praktikables, gut einsetzbares Instrument, um sowohl effizient Daten zur Situation im Unternehmen zu erhalten, als auch um Einzelpersonen zu Veränderungen anzuregen.

Empfehlenswert und vorteilhaft ist der Einsatz des WAI im Längsschnitt, also in regelmäßigen zeitlichen Abständen. So lassen sich positive wie negative Entwicklungen und Tendenzen frühzeitig erkennen, was ein rechtzeitiges Gegensteuern im Sinne von Förderung und Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ermöglicht.

Ansprechpartnerin

AMD Salzburg – Zentrum für gesundes Arbeiten

Elisabethstraße 2, 5020 Salzburg

Mag. Karin Hagenauer, MSc

Telefon 0043-662-88 75 88-0

E-Mail hagenauer@amd-sbg.at

Internet www.arbeitswelt-salzburg.at

Internet www.amd-sbg.at

Darüber hinaus regt das anschließende AB-Coaching die Beschäftigten zur Selbstreflexion an, woran sich dann häufig der Wunsch nach Verbesserung der persönlichen Arbeits- und Lebenssituation anschließt. Im Coaching erkennen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Fähigkeit, selbst aktiv für die Verbesserung der eigenen Gesundheit wirksam werden zu können. Dadurch wird die Verbesserung der persönlichen Arbeits- und letztlich auch Lebenssituation nicht an Fachleute oder ausschließlich an den Arbeitgeber delegiert, sondern auch eine ganz persönliche Angelegenheit in eigener Verantwortung.



11 Der WAI – ein bewährtes Instrument für die Praxis!

Vier Erfahrungsberichte des Arbeitsmedizinischen Dienstes Hamburg

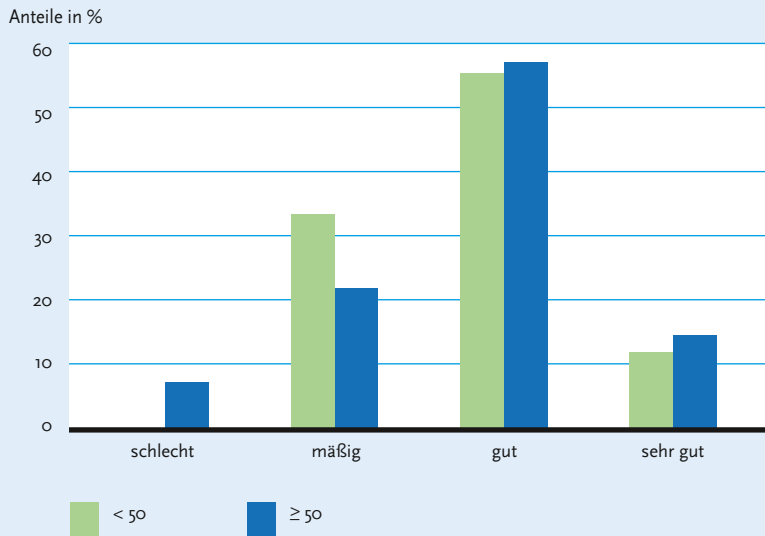
Dass der WAI ein breites Anwendungsspektrum besitzt, zeigen die folgenden Praxisbeispiele des Arbeitsmedizinischen Dienstes der Freien und Hansestadt Hamburg (AMD), der rund 80 000 Beschäftigte der hamburgischen Verwaltung sowie verschiedener Unternehmen in der Trägerschaft der Stadt in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung betreut.

Praxisbeispiel 1: Dem Stress Druck machen!

Das moderne Arbeitsleben ist oft stressig. Zeitdruck, Überforderung sowie fehlende innerbetriebliche Kommunikation gehören zu den allseits bekannten psychischen Belastungsfaktoren, die viele Menschen am Arbeitsplatz müde machen. Auch Beschäftigte in Verwaltungen kennen das. Vor diesem Hintergrund entstand bei den Beschäftigten der Allgemeinen Verwaltung einer großen Hamburger Fachbehörde der Wunsch nach unterstützenden Maßnahmen zur Stressbewältigung. Ein Wunsch, der beim AMD auf offene Ohren stieß, verfügte doch hier eine Ärztin über langjährige Erfahrungen in der Ohrakupressur, die sie u.a. bei Insassen der Hamburger Justizvollzugsanstalten erfolgreich zur Linderung von Drogenentzugssyndromen eingesetzt

hatte. Das Angebot war der Behörde dann schnell unterbreitet: Ohrakupressur als Entstressungshilfe. Dabei wurde das Projekt mit einem vom AMD in Eigenregie entwickelten Fragebogen zu den Arbeitsbelastungen sowie zum Auftreten typischer Stresssymptome wie innere Anspannung, Schlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Muskelverspannungen und Erschöpfungszuständen evaluiert. Der WAI diente hingegen dazu, die Arbeitsbewältigungsfähigkeit vor Beginn der Maßnahme zu erfassen, entsprechend erhielten die Teilnehmer den Fragebogen, bevor dem Stress ›Druck gemacht‹ wurde. Dagegen kam der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitlichen Beschwerden zweimal zum Einsatz – einmal vor und einmal nach der Maßnahme.

Doch zunächst galt es, das auch vom Personalrat befürwortete Angebot über das behördeninterne Intranet zu kommunizieren und Teilnehmer zu finden. Ein geringes Problem, wie sich herausstellte, war das Interesse doch größer als die vorhandenen Kapazitäten. So kamen nur 32 ›Auserwählte‹ in den Genuss der Ohrakupressur, die vor Ort im betriebsärztlichen Beratungsraum durchgeführt wurde. Damit war sichergestellt, dass die Teilnehmer an den fünf Sitzungen á 30 Minuten während der Arbeitszeit ohne größere Zeitverluste durch lange Wege teilnehmen konnten – schließlich sollte die



WAI-Ergebnisse und Lebensalter (N = 32)

Entstressungsmaßnahme ja keinen zusätzlichen Stress verursachen...

Das Gesamtprojekt wurde anschließend im Rahmen einer Diplomarbeit ausgewertet, der hier vorliegende Erfahrungsbericht bezieht sich hingegen ausschließlich auf den WAI und auf die mit ihm ermittelten Ergebnisse. Dabei ist zu beachten, dass wegen der relativ geringen Stichprobengröße die statistischen Auswertungen nur eine begrenzte Aussagekraft besitzen. Trotz dieser Einschränkung sind die Ergebnisse bemerkenswert. Nicht nur, dass bei den Teilnehmern der WAI überwiegend gut bis sehr gut war, es zeigten sich auch nur geringe Unterschiede bei den hier betrachteten Altersgruppen >bis 50< und >über 50<.

Die Überraschung: Tendenziell war die silberne Generation sogar besser in Form! Dieses gute Ergebnis wurde nur geringfügig durch die Tatsache geschmälert, dass die einzige Person mit einem niedrigen WAI ebenfalls dieser Altersgruppe angehörte. Auch die selbst berichteten Fehlzeiten unterschieden sich kaum. In beiden Altersgruppen gaben jeweils mehr als 55% der Teilnehmer eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 10 Tagen in den letzten 12 Monaten an. Insgesamt – das zeigte die Auswertung der anderen WAI-Dimensionen – schätzten die Teilnehmer ihre eigene gesundheitliche Verfassung als überwiegend gut ein. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass das Angebot zur Stressbewältigung mittels Ohrakupressur überwiegend von solchen Beschäftigten angenommen wurde, die bereits über ein Gesundheitsbewusstsein verfügten und sich entsprechend verhalten. Dieser Annahme widerspricht nicht, dass bei der Erfassung der stressbedingten Symptome 87% der Teilnehmer über mäßige bis sehr starke Anspannung am Arbeitsplatz und 80% über mäßige bis sehr starke Muskelverspannungen im Schulter-Nacken-Bereich klagten.

Insgesamt, so die abschließende Bewertung, hat sich der WAI als praktikables Instrument erwiesen, mit dem die Ausgangslage in Sachen Arbeitsbewältigungsfähigkeit von Beschäftigten vor Beginn einer Maßnahme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erfasst werden kann. Interessant, so die einhellige Meinung, wäre sicherlich der Einsatz des WAI zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Gesundheitsmaßnahme. Im Rahmen dieses Projekts wurde auf dieses >vorher/nachher< verzichtet, da sich erfahrungsgemäß nach nur fünf Wochen keine mit dem WAI messbaren Veränderungen einstellen.

Stattdessen wurde ein Fragebogen eingesetzt, der gezielt auf die im Projekt im Vordergrund stehenden stressbedingten Beschwerden zugeschnitten war.

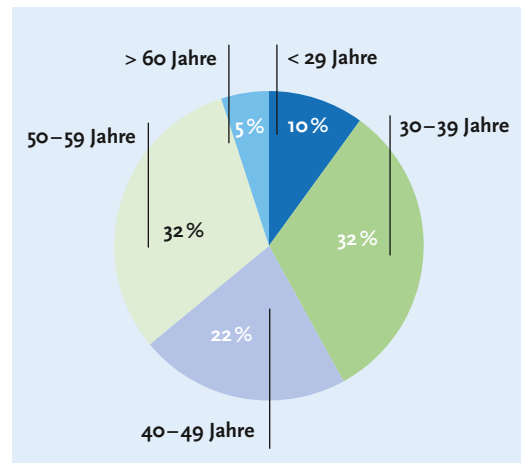
Praxisbeispiel 2: Der WAI als ergänzendes Instrument zur Gefährdungsbeurteilung

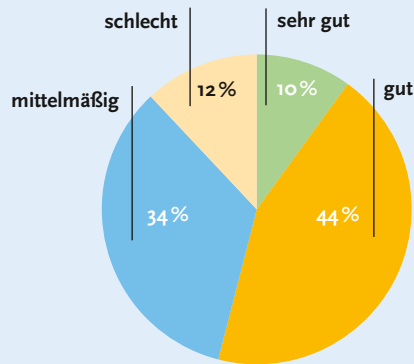
Psychische Belastungen sind heute weitverbreitet, entsprechend steigt auch die Zahl der Beschäftigten mit psychischen Beschwerden. Damit dieser Bereich in der Prävention nicht zu kurz kommt, schreibt der Gesetzgeber im Arbeitsschutzgesetz und in der Bildschirmarbeitsverordnung eine Gefährdungsbeurteilung vor, die ausdrücklich auch psychische Belastungsfaktoren erfassen muss. Genau darum ging es in der Personalabteilung einer großen Hamburger Behörde mit insgesamt 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dabei umfasste das Gesamtprojekt neben dem WAI auch eine systematische Begehung aller Arbeitsplätze, den Einsatz des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse (KFZA)¹, sowie eine vom AMD entwickelte Beschwerdeliste. Darüber hinaus führte die zuständige Betriebsärztin im Rahmen der allen Beschäftigten angebotenen G 37-Vorsorgeuntersuchungen 30 Interviews zu den verschiedenen Aspekten psychischer Belastung wie Stress, psychische Ermüdung, Monotonie und psychische Sättigung durch.

Ansprechpartnerin

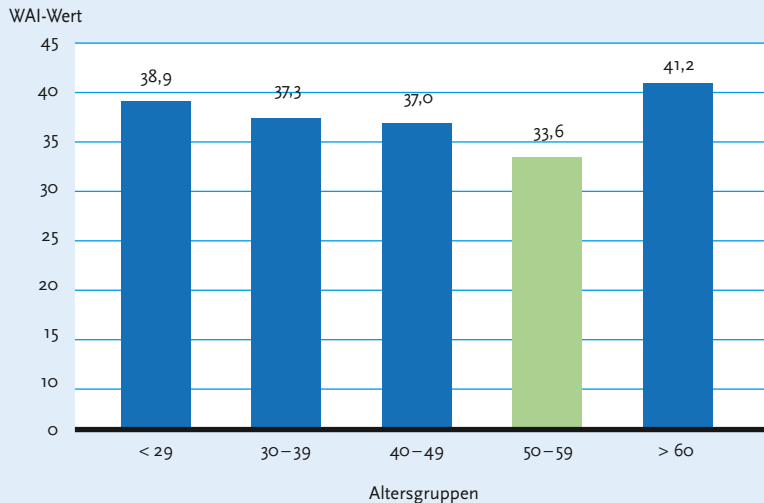
Frau Dr. Kirsten Vogel
 Fachärztin für Arbeitsmedizin, Naturheilverfahren
 Telefon 040 42841 3024
 E-Mail kirsten.vogel@personalamt.hamburg.de

Die Teilnahme am WAI war freiwillig, alle Beschäftigten bekamen einen Fragebogen ausgehändigt, den sie anonym an den AMD zurückschicken konnten. Von diesem Angebot machte genau jeder Zweite Gebrauch, so dass 60 Fragebögen ausgewertet werden konnten. Die folgende Grafik zeigt die Altersverteilung dieser Gruppe:





Prozentuale Verteilung der WAI-Gruppen



WAI-Mittelwerte dargestellt nach Altersgruppen

Was für den gesamten Öffentlichen Dienst typisch ist, zeigte sich auch in dieser Abteilung: viele ›alte Hasen‹, wenig Nachwuchs. So waren zum Zeitpunkt der Erhebung 36% der Beschäftigten über 50 Jahre alt, aber nur 10% unter dreißig. Auch die Fluktuation hielt sich in engen Grenzen – immerhin 41% waren zum Zeitpunkt der Befragung länger als zehn Jahre in dieser Abteilung tätig. Dass dies den Beschäftigten nicht in jedem Fall gut getan hat, zeigte der WAI (s. nebenstehende Abbildung).

Danach verfügten insgesamt 46% über einen mittelmäßigen bzw. schlechten WAI, was erheblichen Handlungsbedarf zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit signalisierte. Besonders schlecht schnitt dabei die Gruppe der 50–59-Jährigen ab, deren WAI-Summenwert deutlich unter den Vergleichswerten für ältere Bürofachkräfte lag. So betragen die finnischen WAI-Referenzwerte für weibliche Bürofachkräfte in den Altersgruppen 50, 55 und 58 Jahre 38 bzw. 35 Punkte, während in Hamburg nur 33,6 Punkte erreicht wurden. Bemerkenswert ist allerdings auch, dass die ›Oldies‹ der Abteilung – drei Beschäftigte jenseits der 60 – mit den besten WAI-Werten aufwarten konnten. Dahinter könnte der sogenannte Healthy-Worker-Effekt stecken, d. h. die ›Überstrapazierten‹ sind bereits vorzeitig aus dem Beruf ausgestiegen, während die ›robusteren‹ Naturen übrig geblieben sind ...

Fazit dieses Projekts: Aufgrund der externen Durchführung der Arbeitsplatzanalyse seitens der zuständigen Betriebsärztin des AMD sowie dank der Unterstützung des Projekts durch den Personalrat konnte bei den Beschäftigten eine gute Akzeptanz erzielt werden. Entsprechend hoch war die Teilnahmequote, die mit 50% deutlich höher lag als bei

ähnlich gelagerten Befragungen in der Hamburgischen Verwaltung. Der WAI hat sich dabei als ergänzendes Instrument zur Gefährdungsbeurteilung bewährt, wobei sich insbesondere die Verfügbarkeit von fundierten Referenzdaten für die hier untersuchte Berufsgruppe als vorteilhaft erwiesen hat. So beeindruckten die im Vergleich mäßigen WAI-Summenwerte von rund 46 % der Befragten sowie das schlechte Abschneiden der Altersgruppe 50 – 59. Ziel, so der Tenor im Bericht des AMD für Abteilungsleitung und Personalrat, muss die Planung und Umsetzung von Maßnahmen sein, welche die Arbeitssituation verbessern und die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten erhält bzw. wieder herstellt. Perspektivisch könnte der erneute Einsatz des WAI zur Evaluation dieser Maßnahmen dienen. Da sich verbesserte Arbeitsbedingungen erfahrungsgemäß eher mittelfristig auf den WAI auswirken, schlug der AMD eine erneute Untersuchung in ca. zwei bis drei Jahren vor.

Praxisbeispiel 3: Auch im Alter fit für die Altenpflege!

Zu den ›Kunden‹ des AMD Hamburg gehören auch zahlreiche Einrichtungen der stationären Altenpflege, die – ähnlich wie im übrigen Bundesgebiet – in personeller Hinsicht künftig große Herausforderungen bewältigen müssen. So wird angesichts des demographischen Wandels die Zahl der Pflegebedürftigen steigen, während die Zahl der Pflegenden eher schrumpfen wird. Was also tun? Auf jeden Fall die Gesundheit der vorhandenen Pflegekräfte fördern, um so die vorzeitige Berufsunfähigkeit bzw. einen Berufswechsel zu verhindern! Wirklich angekommen

Ansprechpartnerin

Frau Dr. Johanna Stranzinger
 Fachärztin für Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, Psychotherapie
 Telefon 040 42841 2105
 E-Mail johanna.stranzinger@personalamt.hamburg.de

ist diese Botschaft in der Branche allerdings noch nicht, was die relativ geringen betriebsärztlichen Einsatzzeiten unterstreichen – gerade einmal 0,6 Stunden stehen pro Beschäftigter/n im Jahr für Beratung und Untersuchung zur Verfügung. Und das, obwohl gerade in diesem Bereich ein hoher Bedarf an diesen Dienstleistungen besteht. Vor diesem Hintergrund hatte die zuständige Betriebsärztin schon länger nach Möglichkeiten gesucht, um die Organisation der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen zu optimieren und effizienter zu gestalten. Der WAI hat dazu einen wichtigen Beitrag geleistet.

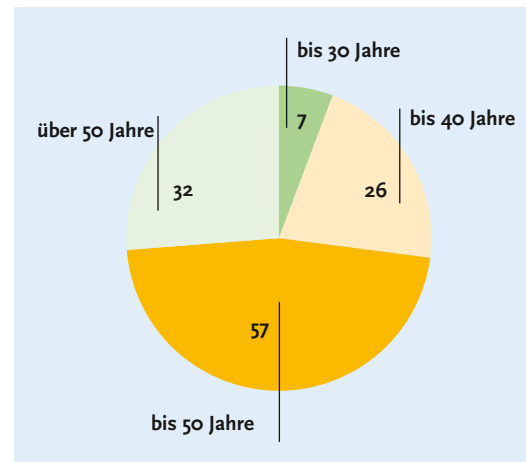
Bereits 2002 wurde in Abstimmung mit der Geschäftsleitung und dem Betriebsrat ein Verfahren vereinbart, das sich an ein im medizinischen Strahlenschutz etabliertes Verfahren anlehnt. So wird die obligatorische Erstuntersuchung ganz konventionell durchgeführt, die dann folgenden Nachuntersuchungen werden hingegen im Wechsel als normale arbeitsmedizinische Untersuchung oder als schriftliche Befragung angeboten. Dazu erhalten die Beschäftigten ein Anschreiben, in dem über die

Möglichkeit informiert wird, die aktuell anstehende Untersuchung durch eine schriftliche Befragung zu ersetzen. Voraussetzung dafür ist, dass keine gesundheitlichen Probleme am Arbeitsplatz bestehen sowie kein besonderer Beratungswunsch geäußert wird.

Im Rahmen dieser schriftlichen Befragung kommt der WAI als Erfassungsinstrument für die Arbeitsbewältigungsfähigkeit zum Einsatz, ergänzt um einige Fragen nach Veränderungen im Bereich der Arbeitstätigkeit sowie zum Impfstatus. Dabei dient der WAI in erster Linie dazu, eventuell bestehenden Untersuchungs- und Beratungsbedarf zu klären. Beschäftigte, deren Arbeitsbewältigungsfähigkeit in den Kategorien ›schlecht‹ oder ›mittelmäßig‹ angesiedelt ist, werden dementsprechend zur Untersuchung eingeladen, während ›gute‹ und ›sehr gute‹ Ergebnisse keinen Handlungsbedarf signalisieren.

Seit Einführung dieses ›Wahlverfahrens‹ haben insgesamt 296 Beschäftigte der Altenpflege im Rahmen von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen am WAI teilgenommen. Aufgrund von Veränderungen in der statistischen Erfassung seit 2005 konnten 122 Fragebögen für den vorliegenden Beitrag ausgewertet werden.

Dabei fiel vor allem der relativ hohe Anteil älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf. So waren 73% der befragten Beschäftigten zum Zeitpunkt der Erhebung älter als 40 Jahre, der Anteil der über 50-Jährigen lag bei 26%. Zu beachten ist, dass es sich hier nicht um eine für die gesamte Belegschaft repräsentative Studie handelt.



Absolute Verteilung der Altersgruppen

Die Auswertung der WAI-Summenwerte unter Berücksichtigung des Lebensalters bestätigt den auch aus anderen Untersuchungen bekannten Trend, wonach ab dem 40. Lebensjahr häufig eine Abnahme der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu beobachten ist. Damit sich hier die Schere zwischen Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Arbeitsanforderung nicht weiter öffnet, müssen deshalb einerseits die gesundheitlichen Ressourcen der älteren Beschäftigten aktiviert und gefördert werden – z. B. durch gezielte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – andererseits sollte über eine Anpassung der Arbeitsanforderung an die individuelle Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nachgedacht werden – Stichwort: alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung und Erwerbsbiographie. Das gilt insbesondere für die Pflegeberufe, die bekanntlich mit hohen psychischen und körperlichen Belastungen verbunden sind.

Insgesamt war der Anteil der Beschäftigten, die über einen guten bis sehr guten WAI verfügten, mit 86 % sehr hoch. Daraus auf eine überdurchschnittliche Arbeitsbewältigungsfähigkeit aller Beschäftigten dieses Unternehmens zu schließen, wäre allerdings verfehlt. Vielmehr führte das gewählte Untersuchungsdesign dazu, dass Personen mit einem schlechten oder mittelmäßigen WAI unterrepräsentiert waren. Zur Erinnerung: Jene Beschäftigten, die aufgrund vorliegender medizinischer Informationen bereits als gesundheitlich ›angeschlagen‹ gelten, haben nicht die Wahl zwischen Untersuchung und Befragung – sie werden direkt zur arbeitsmedizinischen Untersuchung eingeladen. Dieser Personenkreis wurde also von der WAI-Erhebung nicht erfasst. Derzeit wird allerdings darüber nachgedacht, ob der WAI grundsätzlich bei jeder arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung eingesetzt werden soll, so dass diese Verzerrung künftig wegfällt.

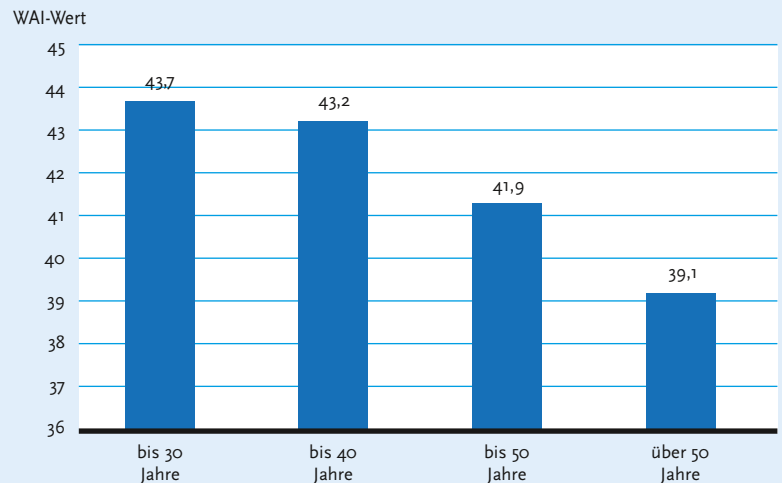
Auch im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen hat sich der WAI als leicht handhabbares Präventionsinstrument bewährt. Das ist das Fazit der zuständigen Betriebsärztin nach nunmehr vierjähriger Erfahrung mit dem WAI, der auch bei den Beschäftigten auf eine gute Akzeptanz stößt. Vor allem das eingangs erwähnte Ziel – die Optimierung und effizientere Organisation der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen – konnte mit dem WAI erreicht werden, bietet er doch bei relativ überschaubarem Aufwand die Möglichkeit, Beratungsbedarfe gezielt zu identifizieren und entsprechend wirkungsvoll zu intervenieren. Auch die langfristige Perspektive, die Arbeitsbewältigungsfähigkeit von Altenpflegekräften

Ansprechpartnerin

Frau Dr. Brigitte Seemann, Fachärztin für Arbeitsmedizin

Telefon 040 42841 2112

E-Mail brigitte.seemann@personalamt.hamburg.de



WAI-Summenscore und Lebensalter

im Längsschnitt zu dokumentieren und gegebenenfalls den Erfolg von Maßnahmen zur besseren Arbeitsgestaltung zu evaluieren, macht den WAI zu einem eigentlich unverzichtbaren Instrument für die betriebsärztliche Praxis.

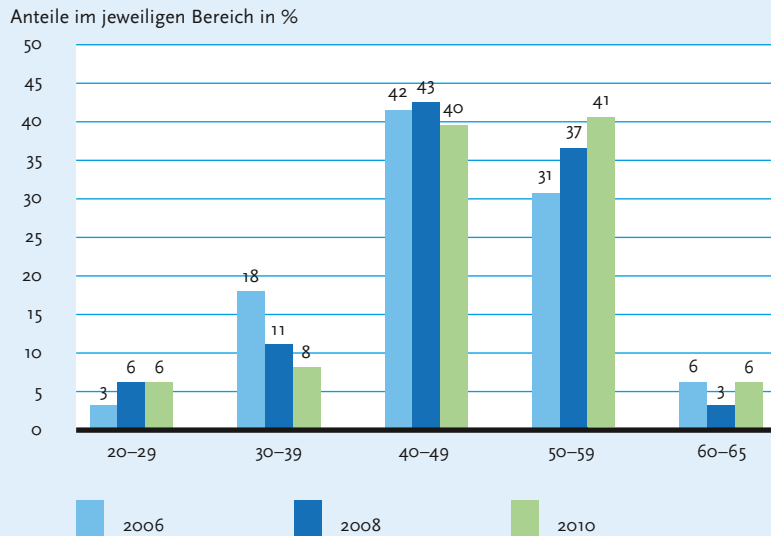


Diagramm 1: Alterstrend in Prozent

Praxisbeispiel 4: Der WAI als begleitendes Instrument zur Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen

Seit 2006 wird der WAI im Hamburger Institut für Hygiene und Umwelt (HU) als begleitendes Instrument zur Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingesetzt. Bei diesem Betrieb handelt es sich um ein Landeslabor innerhalb der Hamburgischen Verwaltung, das mit Untersuchungen aus den Bereichen Lebensmittelsicherheit und Zoonosen, Hygiene- und Infektionsmedizin sowie Umweltuntersuchungen beauftragt ist. (Anmerkung für alle Nichtmediziner: Zoonosen sind von Mensch zu Tier oder von Tier zu Mensch übertragbare Infektionskrankheiten.) Die rund 310 Beschäftigten

arbeiten zum größten Teil in biologischen oder chemischen Laboren. Darüber hinaus gibt es Arbeitsbereiche, die sich mit Desinfektion und Schädlingsbekämpfung beschäftigen und bedeutsame Zoonosen bei Tierkadavern ermitteln. Außerdem gehören ein Impfinstitut sowie ein Verwaltungsbereich mit angeschlossener Hausverwaltung zum HU.

In den Jahren 2005 und 2006 führte der Betrieb mit einer namhaften Krankenkasse ein umfangreiches Kooperationsprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Ziel des Projektes war seinerzeit, ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement zu initiieren und im HU zu verankern. Nachdem die dafür notwendige Infrastruktur etabliert worden war, wurden zunächst relevante Kennzahlen erhoben sowie eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Im Anschluss daran fand eine inhaltliche Vertiefung der Ergebnisse im Rahmen von mehreren Workshops statt. Die dort beschlossenen Maßnahmen wurden sukzessive umgesetzt, wobei die letzten im Jahr 2010 angegangen worden sind. Die Evaluation dieser Maßnahmen erfolgte zum Teil durch eine zweite Mitarbeiterbefragung. Ferner wurden aussagekräftige Kennzahlen herangezogen, darunter auch der WAI. Seit 2006 ist der WAI Bestandteil der betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Durch dessen regelmäßige Erhebung lässt sich somit der zeitliche Verlauf und die Veränderung dieser Kenngröße gut verfolgen.

Die Ergebnisse

Für den bisher überblickten Zeitraum bis Ende Dezember 2010 konnten 205 Erhebungsbögen ausgewertet werden, wobei bei Mehrfachuntersuchungen immer der jeweils aktuelle Bogen in die Statistik einging. Der Altersdurchschnitt betrug in diesem Jahr 48 Jahre. Zum Zeitpunkt 12/2010 lässt sich aus diesem Untersuchungskollektiv ein WAI-Mittelwert von 38,5 errechnen. Ausgehend vom Jahr 2006 hat sich das Durchschnittsalter zwar nur um ein Jahr verändert (47 Jahre vs. 48 Jahre). Betrachtet man jedoch die Altersstruktur der Subklassen, zeigt sich ein deutlicher prozentualer Zuwachs in der Klasse der 50–59-Jährigen bei gleichzeitiger Abnahme im Bereich der 30–39-Jährigen. Diese Jahrgänge haben die Klasse der 40–49-Jährigen aufgefüllt, sodass diese weitgehend konstant geblieben ist. Insgesamt sind im Jahr 2010 47% älter als 50 Jahre. Somit entspricht die Altersstruktur des HU dem typischen demographischen Trend des öffentlichen Dienstes.

Die WAI-Daten im Detail

Die Diagramme 2–5 zeigen die aktuellen Daten aus dem Jahr 2010, bezogen auf die Altersklassen und die Index-Bewertungen. Die Durchschnittswerte entsprechen in etwa den aus der Literatur bekannten Referenzwerten.

Bei der differenzierten Betrachtung schnitten 29% hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit »schlecht« oder »mäßig« ab. In den Vorjahren waren es 34% (2006), 31% (2007), 29% (2008) und 33% (2009).

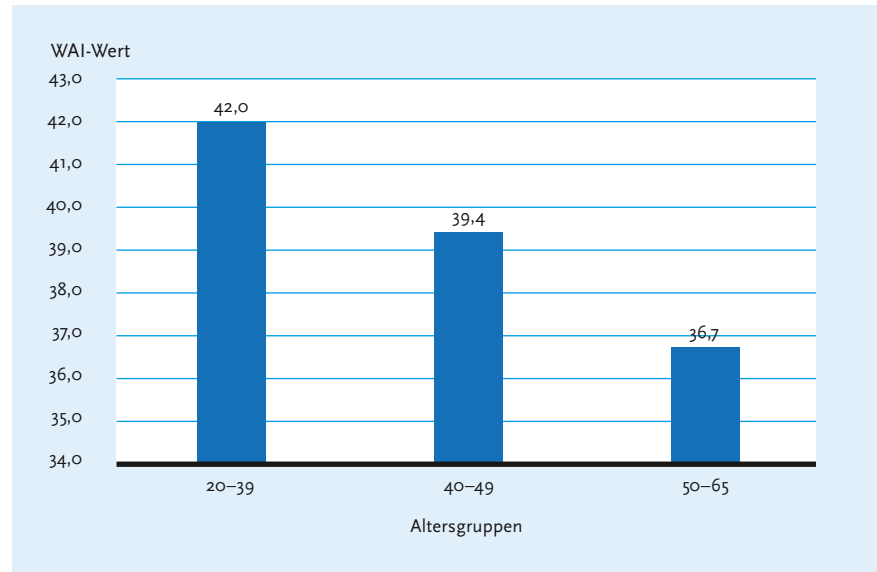


Diagramm 2: WAI nach Alter,
N = 205, MW: 48]. (Stand 12/2010)

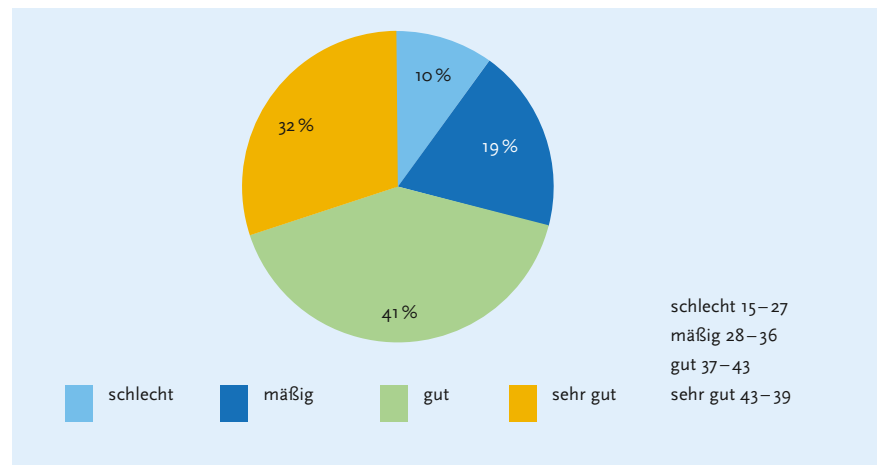


Diagramm 3: WAI-Index Prozentverteilung,
N = 205 (Stand 12/2010)

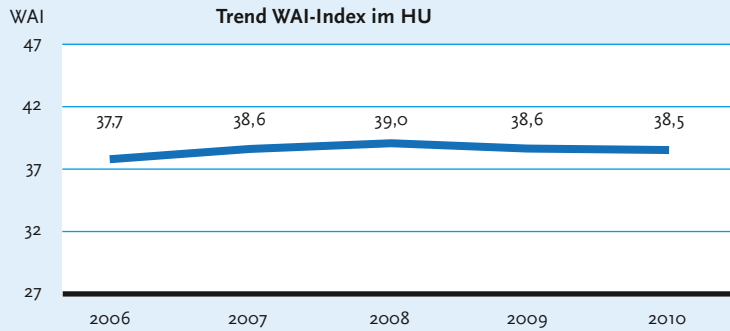


Diagramm 4: Trend WAI-Index im HU,
N = 71 (2006), 122 (2007), 173 (2008), 195 (2009), 205 (2010)

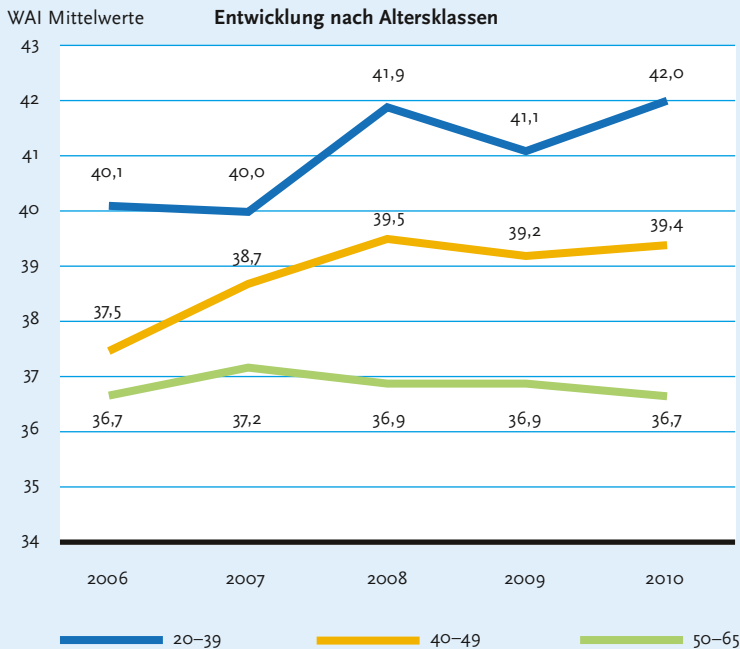


Diagramm 5: Trend WAI-Index im HU nach Altersklassen,
N = 71 (2006), 122 (2007), 173 (2008), 195 (2009), 205 (2010)

Zeitlicher Verlauf des WAI

Seit 2006 ist die aktuelle die inzwischen fünfte zusammenfassende Auswertung. Dieser Langzeitvergleich bietet die Möglichkeit, einerseits Rückschlüsse auf den Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen zu ziehen und andererseits die altersstrukturelle Entwicklung der Belegschaft zu prognostizieren. Der Trendvergleich aus den letzten vier Jahren ist in Diagramm 4 dargestellt. Betrachtet man das gesamte Untersuchungskollektiv, finden sich ein leichter Anstieg im Jahr 2008 sowie ein Abfall um 0,5 Punkte im Jahr 2010, jedoch liegt auch dieser WAI-Index immer noch über dem Wert aus dem Jahr 2006.

Das nebenstehende Diagramm zeigt eine Auswertung bezüglich der Altersklassen. Für die Gruppe der 20–39-Jährigen sowie der 40–50-Jährigen ist eine Aufwärtsbewegung erkennbar. Ausgehend von einem Durchschnitts-Index von 40,1 erreicht der Wert im Jahr 2010 bei den 20–39-Jährigen den Durchschnittsindex von 42,0. Für die 40–49-Jährigen findet sich ebenfalls ein Anstieg von 37,5 im Jahr 2006 auf 39,4 im Jahr 2010. Für die Gruppe der 50–65-Jährigen ist der Index annähernd konstant geblieben.

Diskussion

Das Ausgangsniveau des WAI aus dem Jahr 2006 war bei noch relativ geringer Fallzahl mit 37,7 am niedrigsten. Danach gab es eine leichte positive Entwicklung, wobei sich der Index im weiteren Verlauf relativ konstant auf Werte zwischen 38,5 und 39 einpendelte. Noch deutlicher wird es bei der Betrachtung der Indekskategorie ›schlecht‹ und ›mäßig‹. Ausgehend von einem Anteil von 34 % im Jahre 2006 konnte dieser Anteil auf 29 % in Jahre 2010 verringert werden. Nun muss ein Teil der Schwankungen sicherlich auch im Zusammenhang mit einer sich ständig ändernden Stichprobe interpretiert werden, z. B. durch Fluktuation des Personals oder durch die breitere Datenbasis. Aber trotz dieser statistischen Unzulänglichkeiten lassen sich insgesamt durchaus positive Trends identifizieren. Insbesondere die 20–49-Jährigen scheinen von den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung besonders zu profitieren. Die Tatsache, dass in der Altersgruppe der 50–65-Jährigen kein deutlicher Negativtrend auszumachen ist, kann ebenfalls als wahrnehmbarer Erfolg interpretiert werden.

Ansprechpartner

Dr. Thomas Kopf, Facharzt für Arbeitsmedizin
Telefon 040 42841 2108
E-Mail thomas.kopf@personalamt.hamburg.de



12 Die Dinge in die eigene Hand nehmen!

Arbeitsbewältigungs-Coaching als Antwort auf veränderte Bedürfnisse und Arbeitswelten

Die Idee

Bereits 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation mit der sogenannten ›Ottawa-Charta‹ ein Konzept der Gesundheitsförderung vorgestellt, das darauf abzielt, alle Bürger zu verantwortungsbewussten Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu befähigen. Durch die Veränderung der Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie des individuellen Verhaltens sollen nach diesem Konzept bessere Vorkehrungen für ein gesundes Leben geschaffen werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, hat die WHO drei Handlungsstrategien erarbeitet, von denen eine den Bereich ›Befähigen und Ermöglichen‹ umfasst. Darunter werden Konzepte wie z. B. Empowerment und Kompetenzförderung verstanden, die geeignet sind, bestehende Unterschiede im Gesundheitszustand zu verringern und autonom das größtmögliche Gesundheitspotenzial der Menschen zu verwirklichen. Anders formuliert: Die Menschen sollen in die Lage versetzt werden, ihre gesundheitlichen Belange eigenmächtig, selbstverantwortet und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Voraussetzung für die Umsetzung dieses anspruchsvollen Konzepts ist, dass zunächst Informationen bereitgestellt werden, die für die eigene Gesundheit sensibilisieren und den Wunsch nach Veränderung

bzw. Verbesserung wecken. In diesem Kontext kann der Work Ability Index (WAI) ein wichtiges und wirkungsvolles Instrument sein.

Dabei ist es keineswegs notwendig, dass der WAI – wie bisher üblich – ausschließlich von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern bzw. arbeitsmedizinischem Assistenzpersonal eingesetzt und durchgeführt wird. Erste Studien* zeigen, dass er ebenso von entsprechend geschulten Präventivfachleuten aus Arbeitspsychologie, Ergonomie und anderen Disziplinen gehandhabt werden kann – solange die Vertraulichkeitsregeln hinsichtlich des Datenschutzes eingehalten werden und mit Fachleuten der Arbeitsmedizin kooperiert wird. Dadurch ergeben sich noch bessere Chancen für einen flächendeckenden Einsatz des WAI, was sowohl den präventiven Gesundheitsschutz als auch die individuelle Gesundheitskompetenz fördern würde.

Das Projekt

Derzeit wird der WAI vorrangig in der arbeitsmedizinischen Praxis mit zwei Zielrichtungen eingesetzt: Einerseits dient er der individuellen Diagnose und Betreuung insbesondere von gesundheitlich gefährdeten Beschäftigten am Arbeitsplatz, andererseits kann er dabei helfen, eine Betriebsepidemiologie

* Im Projekt ›Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung – PIZA‹, gefördert vom BMBF (FKZ 01HN0150; 2002–2005)

zu erstellen. Woran es nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags allerdings noch mangelt, ist ein spezifisches Konzept, wie der WAI einen Beitrag zum Empowerment und zur Selbstregulation der Beschäftigten – auch im Sinne der WHO – leisten kann. Um die Beschäftigten dafür als ›Mitspielerinnen und Mitspieler‹ zu gewinnen, ist der direkte Kontakt erforderlich, also ein Dialog über konkrete Probleme, aber auch und vor allem zum Verständnis der arbeitswissenschaftlichen Hinweise aus dem WAI. Vor diesem Hintergrund haben die Autoren ein Projekt gestartet, das mit Hilfe des WAI ein ›Arbeitsbewältigungs-Coaching‹ in der ambulanten Krankenpflege erprobt hat. Dabei bestanden die wesentlichen Grundelemente dieses Coachings – neben allen sozialwissenschaftlichen und Beratungsregeln hinsichtlich Information, Datenschutz etc. – aus den folgenden Punkten:

- Angebot eines freiwilligen Arbeitsbewältigungs- und Gesundheitsgespräches durch einen Präventionsberater
- Reservierung einer Gesprächszeit von rund 45 Minuten
- Erläuternde Unterstützung für das selbstständige Ausfüllen des ›Arbeitsbewältigungsindex-Fragebogens‹
- Vorlage eines verständlichen, nachvollziehbaren Auswertungsblattes
- Erläuterung und Anleitung zum Verständnis der individuellen Teilergebnisse und des individuellen Endergebnisses
- Erläuterung zur Ableitung von Schutz- und Entwicklungszielen auf Basis des Endergebnisses

- Gemeinsame Erarbeitung von Interventionsmöglichkeiten anhand des Vier-Ebenen-Fördermodells (siehe unten)
- Festlegung einer Selbstverpflichtung zur Umsetzung der Maßnahmen.

Dialoge verändern

Das wiederholte Angebot des Arbeitsbewältigungsindex in einem regelmäßigen jährlichen bis dreijährigen Rhythmus erhöht die Zahl der Dialoge, die Selbstbeobachtung und Selbstregulation unterstützen können. Dabei kann die Entwicklungslinie der Arbeitsbewältigungsfähigkeit auf der Zeitachse dem Einzelnen ein biopsychosoziales Feedback geben (ähnlich dem Bio-Feedback). Er oder sie kann damit sowohl die Auswirkungen eigenen Handelns als auch die verschiedenen Einflussfaktoren der Arbeits- und Lebensumwelt nachvollziehen und einordnen. Die Zusammenhänge von Arbeitsbewältigungsfähigkeit und der eigenen Betroffenheit können leichter als mögliches Problem erkannt und in einem nächsten Schritt als Handlungsfeld identifiziert werden.

Die Hinweise aus dem Arbeitsbewältigungsindex werden durch die Erläuterungen der Präventionsberaterin bzw. des Präventionsberaters verständlich. Damit ergibt sich für die Beschäftigten eine hohe Plausibilität der Ergebnisse, wodurch eine Selbstbeobachtung insbesondere auf der Zeitachse möglich wird.

Die Einstufung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in das bekannte Punktsystem von sieben bis neunundvierzig Punkte erlaubt es dann, individuelle Schutz- und Entwicklungsziele zu formu-

Der Einsatz des WAI schafft Gelegenheiten für Gespräche rund um das Thema Arbeits- und Lebensbedingungen ...

lieren und festzulegen – also die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten, zu unterstützen oder zu verbessern. Im Anschluss daran stellt die Präventionsberatung die vier Interventionsebenen vor (Individuum, Arbeitsumgebung, Qualifizierung/Kompetenz, Führungsorganisation), die dem Beschäftigten sowohl Orientierung bei seinen Veränderungswünschen bieten als auch den Rahmen für Veränderungsmöglichkeiten abstecken. Dabei werden alle vier Interventionsebenen auf Entwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten durchleuchtet. Gute Chancen auf Veränderungen bzw. Verbesserungen bietet dabei vor allem die Ebene ›Individuum‹: Hier lassen sich spezifische Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge am leichtesten in Eigeninitiative organisieren – Stichworte hierfür sind z. B. Ernährung, Bewegung, Nikotin, Alkohol etc. Etwas schwieriger wird's schon auf der Ebene ›Qualifizierung/Kompetenz‹. Zwar können auch während der Freizeit Weiterbildungsangebote wahrgenommen werden, grundsätzlich aber ist die Finanzierung und Organisation der beruflichen Qualifikation Sache der Personalentwicklung, also

des Arbeitgebers. Ähnliches gilt für die beiden übrigen Förderebenen – Arbeitsumgebung und Führungsorganisation unterliegen unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Entscheidungsgewalt der Arbeitgeberseite. Dennoch setzt eine Entwicklungsperspektive das Wollen und Akzeptieren von Veränderungen auch auf Seiten der Beschäftigten voraus. Mit anderen Worten: Nur wer weiß, was und wohin er will, kann Wünsche aussprechen und auch durchsetzen. Vor diesem Hintergrund werden im Gespräch mit der Präventionsberatung Entwicklungswünsche und -forderungen formuliert: Wie kann der eigene Beitrag aussehen, was sollte der Beitrag des Unternehmens auf den vier angesprochenen Ebenen sein?

Das Modell in der Praxis

Die Erprobung des Modells in Institutionen der ambulanten Pflege hat eine positive Resonanz bei den Beschäftigten hervorgerufen. Mit einem Abstand von zwei Jahren – 2003 und 2005 – wurden die oben vorgestellten Arbeitsbewältigungs- und Gesund-

... und eröffnet auf der individuellen Ebene Wege zur Selbstbeobachtung und zur Findung von Handlungsalternativen.

heitsgespräche in acht ambulanten Pflegediensten angeboten und durchgeführt. Beim Durchlauf des Jahres 2003 haben 151 Beschäftigte dieses Angebot wahrgenommen, was einer Teilnehmerquote von rund 66% der Gesamtbelegschaft entsprach. Zwei Jahre später haben 125 Beschäftigte am zweiten Durchlauf teilgenommen, darunter 80 Personen, die bereits beim ersten Mal dabei waren. Beim Zweitgespräch folgte eine kurze Beratung auf der Basis des persönlichen Arbeitsbewältigungs-Wertes. Ein Vergleich der Index-Werte konnte logischerweise nur bei diesen 80 Beschäftigten stattfinden, wobei die Ergebnisse interessant waren:

- Für diese Beschäftigten wurden bereits erahnte Entwicklungen – positiv wie negativ – greifbar und damit möglicher Gesprächsgegenstand.
- Im Falle einer positiven Entwicklung der gemessenen Arbeitsfähigkeit stellte sich eine Gewissheit hinsichtlich der Wirksamkeit der eingeleiteten Veränderungen ein. Eine negative Entwicklung wurde hingegen von den Betroffenen als Handlungsaufforderung zur Veränderung aufgefasst.
- Alle Beschäftigten hatten plausible Erklärungen für gleichbleibende, schlechtere oder bessere Index-Werte. Das kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren und der eige-

nen Arbeitsfähigkeit erkannt wurden, was einen wichtigen Schritt in Richtung Einflussnahme und Eigenverantwortung darstellt.

- Etwa ein Drittel dieser Beschäftigten formulierte eigenständig den Wunsch nach einer Wiederholung des Arbeitsbewältigungsgesprächs in zwei Jahren.

Verbesserungen für das Individuum

Der Arbeitsbewältigungsindex kann insofern nicht nur die ›klassische‹ Gefährdungsbeurteilung um eine subjektive Komponente erweitern; er ist zudem auch zur Integration eines ›Arbeitsbewältigungs-Coachings‹ für Beschäftigte geeignet. Dabei meint Coaching die professionelle Beratung und Begleitung einer Person bei der Entscheidungsfindung für komplexe Fragestellungen, Situationen und Handlungen. Der Begriff ›Coach‹ stammt aus dem Englischen, bedeutet Kutsche und ist somit auch Programm: Das Entwicklungsinstrument soll es Menschen ermöglichen, selbstständig von einem an einen anderen Ort zu gelangen. Dabei gilt im systemischen Coaching der Grundsatz ›der Kunde / die Kundin ist kundig‹, was den Stellenwert der Selbstorganisation unterstreicht. Im Rahmen einer Fachberatung werden dabei die Ausgangslagen und

Entscheidungen im realen Umfeld durchdacht, im Anschluss daran wird gemeinsam nach Handlungsalternativen gesucht. Insofern erfordert der Einsatz des Arbeitsbewältigungsindex in diesem Kontext bei den Fachberaterinnen bzw. Fachberatern nicht nur die Aneignung des Instruments und die Kenntnis des Vier-Ebenen-Fördermodells, sondern darüber hinaus auch Sozialkompetenz sowie die entsprechenden Fertigkeiten im Bereich Beratung und Coaching.

Im ›Arbeitsbewältigungs-Coaching‹ bildet die theorie- und empiriegeleitete Messung und Bewertung der individuellen Arbeitsbewältigungskonstellation ›nur‹ den Ausgangspunkt, keineswegs den Schlusspunkt des Gesprächs. Im nächsten Schritt wird die persönliche Interpretation der Ergebnisse unterstützt, wobei die möglichen Handlungs- und Veränderungsebenen erläutert werden. So wird der Beschäftigte motiviert, seine Unterstützungs-, Entlastungs- und Entwicklungsoptionen zu reflektieren und festzulegen:

- Auf der individuellen Ebene wird den Menschen auf diesem Wege eine breitere und wissenschaftlich angereicherte Selbstbeobachtung ermöglicht, wodurch sich zusätzliche Handlungs- und Wahloptionen eröffnen.
- Auf der betrieblichen Ebene liegt der Nutzen des ›Arbeitsbewältigungs-Coachings‹ neben der Möglichkeit einer personenunabhängigen Epidemiologie in der Chance, mit diesem Instrument ein Gesundheits- und Arbeitsbewältigungs-Unterstützungsangebot zu organisieren, was wiederum die individuelle Gesundheitskompetenz stärken und fördern kann.

Verbesserungen innerhalb der Organisation

Die Ergebnisse der ABI-Interviews sollten – wie oben beschrieben – auch auf betrieblicher Ebene aus- und verwertet werden. In zusammenfassender und anonymisierter Form können sie Einsichten und Erkenntnisse für das gesamte Unternehmen, für einzelne Abteilungen oder auch – durch Abteilungsvergleiche – für innerbetriebliche Vergleiche vermitteln. Selbstverständlich ist auch hier für die Planung von Maßnahmen das Vier-Ebenen-Fördermodell maßgeblich. Nur wenn alle vier Interventionsebenen – Führungsorganisation, Individuum, Kompetenz/Qualifikation, Arbeitsumgebung – auf Verbesserungsmöglichkeiten ›abgeklopft‹ und ggf. optimiert werden, sind nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbewältigungskonstellation möglich. Hilfreich können dabei die bewährten Instrumente wie z. B. ein Arbeitsschutzausschuss (ASA), ein Arbeitskreis Gesundheit (AKG) oder auch eine eigens für diesen Zweck gegründete Arbeitsgruppe sein, die den Prozess auf betrieblicher Ebene organisieren. Lohnenswert ist in jedem Fall die wiederholte Anwendung des WAI, da dann die Wirksamkeit der getätigten Interventionen sichtbar wird. Damit kann der WAI ein sinnvolles Evaluationsinstrument sein, das die Wirkungen von individuellen und kollektiven Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit überprüfbar macht.

Als Effekte eines regelmäßigen und systematischen Arbeitsbewältigungs-Coachings sind zu erwarten:

- Eine höhere Selbstbeobachtungskompetenz der Beschäftigten hinsichtlich der eigenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit,

- Verbesserte Möglichkeiten zur individuellen Selbstregulation mit Blick auf den Erhalt bzw. die Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit,
- Frühhinweise auf eine beginnende Schieflage von Arbeitsbewältigungsmöglichkeiten und Arbeitsanforderungen,
- Eine Verbesserung der Datenlage durch die zusammenfassende und anonymisierte Auswertung der individuellen Daten, und damit verbunden die Möglichkeit von zielgerichteten Interventionen,
- Die Verbesserung der Datenlage zur Untersuchung von Interventionseffekten.

Fazit

Viele Menschen wissen, dass gesunde Ernährung, der Verzicht auf Alkohol und Nikotin, ausreichend Schlaf und viel Bewegung die Eckpunkte eines gesunden Lebens sind. Große Relevanz für das praktische Alltagshandeln hat dieses Wissen eher nicht, die meisten Menschen achten wider besseren Wissens zu wenig auf ihre Gesundheit. Eine Ursache ist sicherlich, dass wir unsere Gesundheit an Experten ›delegiert‹ haben – zeitigt der Lebensstil negative Folgen für unsere Gesundheit, erwarten wir von der Medizin eine schnelle Wiederherstellung derselben. Entsprechend beschäftigten wir uns mit Gesundheitsfragen im Regelfall nur im Krankheitsfall. Dabei bieten Selbstbeobachtung und Selbstregulation eine gute Chance, die Gesundheit präventiv zu fördern und ein Stück weit in die eigene Hand zu nehmen. Der Arbeitsbewältigungsindex sowie das hier vorgestellte Arbeitsbewältigungs-Coaching können dabei hilfreiche Instrumente sein, um sich regelmäßig mit der eigenen Gesundheit zu beschäftigen, die eigene Gesundheitskompetenz zu erhöhen und auch mehr Verantwortung für sich zu übernehmen. Damit soll der Arbeitgeber keineswegs aus der Verantwortung für sichere und gesunde Arbeitsplätze entlassen werden. Aber auch dort, wo der Arbeitgeber in Sachen Sicherheit und Gesundheit gefordert ist, kann die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten eine große Hilfe sein – je detaillierter und reflektierter die Beschäftigten ihre Wünsche und Bedürfnisse formulieren können, desto bessere Chancen bestehen auf eine Umsetzung im Sinne von mehr Gesundheit und mehr Produktivität.

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Frau Mag. Brigitta Gruber
arbeitsleben Gruber KG
Behringstraße 28a / Haus 1, 22765 Hamburg
Telefon 0178 5671434
E-Mail office@arbeitsleben.com

Herr Dr. Heinrich Geißler
Beratung und Forschung Geissler
Schendlingerstr. 39, A-6900 Bregenz
Telefon +43 699 1013 6625
E-Mail office@bf-geissler.com

Herr Alexander Frevel
Arbeit und Zukunft e.V.
Behringstraße 28a / Haus 1, 22765 Hamburg
Telefon 040 20913917
E-Mail frevel@arbeitundzukunft.de



13 Nichts getan – und doch etwas passiert!

Spontane Veränderungen der Arbeitsbewältigung bei Beschäftigten in der ambulanten Pflege (2003 – 2005)

Das Projekt

Wie sagte schon der finnische Arbeitswissenschaftler und ›Vater‹ des Work Ability Index, Juhani Ilmarinen? »Arbeit alleine erhält die Arbeitsfähigkeit nicht!« Diese Aussage hat sich auch in der Längsschnittstudie¹ bestätigt, welche die Autoren des vorliegenden Beitrags bei Beschäftigten in der ambulanten Pflege in Rheinland-Pfalz durchgeführt haben. Dabei wurden insgesamt 196 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 2003 und 2005 mit dem Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) interviewt, wobei 80 Personen an beiden Interviews teilnahmen. Die Interviews waren durch Codes anonymisiert und damit individuell vergleichbar.

Spontane Veränderungen ohne Intervention

Im Rahmen des Projekts fanden in den beteiligten ambulanten Diensten keine gezielten Interventionen statt. Dennoch haben sich die Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten teilweise verändert. Befragt nach neun Einflussgrößen, vertrat der überwiegende Teil der Befragten zwar die Auffassung, dass alles beim Alten geblieben sei, aber ein Teil empfand in sieben Bereichen Verbesserungen und in zwei Verschlechterungen (s. Tabelle 1, S. 108).

Möglicherweise haben die ersten ABI-Interviews zu (individuellen) Veränderungen und auch Sensibilisierungen beigetragen, aber insgesamt konnte von einer Erhebung der eher spontanen Entwicklung der Arbeitsbewältigungs-Konstellation ausgegangen werden. Es zeigte sich, dass analog zur vergleichbaren Branchen-Studie NEXT (www.next-study.net) die Gesamtsummenwerte durchschnittlich pro Jahr um 0,4 Punkte abgenommen haben, entsprechend sank bei den hier Befragten die durchschnittlich erreichte Gesamtpunktzahl von 41,5 auf 40,7 Punkte. Auffällig war, dass sich hinter den Mittelwerten durchaus Bewegung in die eine und auch andere Richtung verbarg. Vierzig Befragte, also 50 % fanden sich 2005 in derselben ABI-Kategorie wieder wie 2003, siebenundzwanzig (ca. 34 %) mussten einen ›Abstieg‹ hinnehmen, dreizehn (ca. 16 %) konnten sich hingegen über einen ›Aufstieg‹ freuen (s. Tabelle 2, S. 108).

¹ Arbeitspaket im Rahmen des Projektes ›Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung – PIZA‹, gefördert vom BMBF (FKZ 01HN0150; 2002 – 2005). Alle Interviews führten Dr. Jürgen Tempel und Brigitta Gruber.

n = 80 Personen	Veränderung der Arbeitsbedingungen (in Prozent)			
	verbessert	verschlechtert	gleichgeblieben	k.A.
Betriebliche Weiterbildung	41,3	6,3	50,0	2,5
Persönl. Inanspruchnahme d. Weiterbildung	33,8	7,5	56,3	2,5
Persönl. Gesundheitsförderung	33,8	7,5	56,3	2,5
Betriebsklima Leitung-Mitarbeiterinnen	25,0	7,5	67,5	0
Arbeitsorganisation im Pflegedienst	25,0	12,5	57,5	5,0
Betriebsklima zw. MitarbeiterInnen	22,5	10,0	65,0	2,5
Betriebliche Gesundheitsförderung	13,8	3,8	75,0	7,5
Arbeitsbedingungen bei Patientinnen	7,5	20,0	70,0	2,5
Kooperation mit anderen an Schnittstellen	15,0	21,3	55,0	8,8

Tabelle 1: Veränderung der Arbeitsbedingungen

ABI-Kategorie	Sehr gut 2005	Gut 2005	Mäßig 2005	Schlecht 2005	2003
Sehr gut 2003	10	15	3	0	28
Gut 2003	10	25	8	0	43
Mäßig 2003	1	2	5	1	9
2005	21	42	16	1	80

Tabelle 2: Veränderungen in der ABI-Kategorie 2003–2005 (χ^2 , $p = .005$)

Damit hatte sich im Zeitraum von zwei Jahren die Zahl derjenigen Beschäftigten mit einem schlechten bzw. mäßigen ABI fast verdoppelt, nämlich von 9 auf 17 Personen bzw. von 11,3 auf 23,8%. Gleichzeitig war die Zahl der Personen mit einer sehr guten Arbeitsbewältigungsfähigkeit von 28 auf 21 gesunken bzw. von 35% auf nur noch gut 26%. Nur 10 Personen haben zu beiden Befragungszeitpunkten der Gruppe mit sehr guter Arbeitsbewältigungsfähigkeit angehört.

Fallbeispiele

Im Rahmen des zweiten Interviews 2005 war Gelegenheit, die Interviewten zu ihrer Interpretation der jeweiligen Ergebnisse zu befragen. Dabei wurde dieses Interview auch zugleich für den ersten Probeauf eines Arbeitsbewältigungs-Coachings² genutzt. Bei zwei Mitarbeiterinnen, deren Arbeitsbewältigungsfähigkeit sich 2005 besser als zwei Jahre zuvor darstellte, waren Veränderungen in der Arbeitsbelastung eingetreten:

- So hatte eine Altenpflegerin in der Altersgruppe 51–55 ihre Arbeitszeit auf 20 Wochenstunden reduziert, da sie sich um ihre pflegebedürftige Mutter kümmern musste.
- Eine Krankenschwester (Altersgruppe 41–45) mit massiven Rückenbeschwerden hatte 2004 ihre Weiterbildung ›Qualitätsmanagement‹ abgeschlossen. Seitdem war sie nicht mehr ausschließlich in der Pflege, sondern einen Teil ihrer Arbeitszeit auch in der ›rückenschonenden‹ Verwaltung tätig.

Zwei weitere Mitarbeiterinnen, deren Arbeitsbewältigungsfähigkeit sich verschlechtert hatte, führten dafür betriebliche als auch außerbetriebliche Ursachen an:

- So klagte eine vollzeitarbeitende Krankenpflegerin (Altersgruppe 36–40), die eine berufsbegleitende Weiterqualifikation abgeschlossen hatte, über fehlende Unterstützung von Seiten der Vorgesetzten. Weiterbildung und Vollzeitstelle hätten Zeitdruck verursacht, so dass persönliche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung ›unter die Räder‹ gekommen seien. Als Konsequenz aus dieser negativen Erfahrung wird derzeit ein Unternehmenswechsel bzw. ein Berufswechsel in Erwägung gezogen.
- Eine diplomierte Krankenschwester (Altersgruppe 46–50) hatte einen tragischen Todesfall in der Familie zu beklagen, der bei ihr zu einer längeren Berufsunfähigkeit und letztlich auch zu einer deutlich verschlechterten Arbeitsbewältigungsfähigkeit geführt hat.

Eine gleichbleibende Arbeitsbewältigungsfähigkeit wurde von den Befragten ebenfalls mit betrieblichen und außerbetrieblichen Einflüssen begründet:

- Eine Krankenschwester (Altersgruppe 41–45) nannte ihren Glauben als Ursache für ihr festes Vertrauen in Gegenwart und Zukunft, der ihr auch hilft, Belastungen als Herausforderung zu begreifen.
- Eine bereits pensionierte Mitarbeiterin arbeitet mit mehr als 65 Jahren als Fahrerin von Krankentransporten im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung. Nach eigenen Angaben verspürt sie dabei keinen Druck, da sie auch kurzfristig

² Vgl. den Beitrag ›Arbeitsbewältigungs-Coaching als Antwort auf veränderte Bedürfnisse und Arbeitswelten‹ in dieser Publikation.

Arbeiten bis zum gesetzlichen Rentenalter? (n=78)	ABI-Mittelwert	Personenzahl
Ja	41,6	36
Weiß nicht	39,6	23
Nein	38,3	19

Tabelle 3

Arbeiten bis zum gesetzlichen Rentenalter? (n=80)	>Nein< oder >Weiß nicht<	>Ja<
Verminderung von Arbeitsbelastungen	38,1 %	22,2 %
Höhere Entlohnung	31,0 %	19,4 %
Bessere betriebliche Gesundheitsvorsorge	23,8 %	11,1 %
Bessere Arbeits-Möglichkeiten nach Krankheit/ bei Gesundheitsbeeinträchtigung	21,4 %	13,9 %
Andere Arbeitszeiten	21,4 %	8,3 %

Tabelle 4

Arbeiten bis zum gesetzlichen Rentenalter? (n=80)	>Nein< oder >Weiß nicht<	>Ja<
Verminderung von Zeitdruck bei der Arbeit	42,9 %	41,7 %
Mehr betriebliche Weiterbildung	23,8 %	19,4 %

Tabelle 5

absagen kann. Sie betonte die hohe soziale und emotionale Verbundenheit mit der Einrichtung, den Kollegen und dem Kundenkreis.

Die Fallbeispiele zeigen, dass sowohl betriebliche als auch außerbetriebliche Faktoren die Arbeitsbewältigungsfähigkeit beeinflussen. Dabei wirkten sich entlastende Momente – wie z. B. Arbeitszeitverkürzungen oder Mischarbeit – positiv, und belastende Einflüsse – wie z. B. private Schicksalsschläge – negativ auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit aus.

Arbeiten bis zur Regelrente?

Gerade der Blick auf die demographische Entwicklung und das prognostizierte künftige Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage von Pflegedienstleistungen machte die Frage interessant, wie die Rentenperspektive der Befragten aussah. 45 % der Befragten waren hier der Meinung, dass sie ihre Tätigkeit in der ambulanten Pflege bis zum gesetzlichen vorgesehenen Rentenalter erfüllen können, 29 % verneinten dies und 24 % hatten dazu keine Meinung. Dabei hatte die erfasste Arbeitsbewältigungsfähigkeit signifikanten Einfluss auf die individuelle Rentenperspektive (s. Tabelle 3).

Darüber hinaus wurden alle Beschäftigten dazu befragt, welche unterstützenden oder entlastenden Maßnahmen sie als notwendig erachten, um bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten zu können. Auch hier bestanden wesentliche Unterschiede zwischen der Gruppe, die es sich vorstellen konnte, bis zum Erreichen des Rentenalters in der Pflege zu arbeiten, und der Gruppe, die das für nicht wahrscheinlich hielt bzw. die es nicht wusste (Tabelle 4).

Trotz dieser teilweise gravierenden Unterschiede herrschte bei den Befragten – einerlei, welche Ansicht sie in der Rentenfrage vertraten – Konsens über die Veränderungsnotwendigkeit von zwei Bereichen: die Verminderung des Zeitdrucks sowie die Verbesserung der betrieblichen Qualifizierung (Tabelle 5).

Ein erstes Fazit

Die Fallbeispiele illustrieren eindrucksvoll, dass die Arbeitsbewältigungsfähigkeit vielfältigen betrieblichen und außerbetrieblichen Einflussfaktoren unterliegt, die mehr oder weniger gestaltbar sind. So wirken sich entlastende Momente wie z. B. Arbeitszeitverkürzungen oder Mischarbeit, also Tätigkeitswechsel und damit auch Belastungswechsel, eindeutig positiv auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit aus. Andere Faktoren, wie z. B. die privaten Rahmenbedingungen, unterliegen zwar nicht unmittelbar dem betrieblichen Gestaltungsspielraum, können aber dennoch mittelbar beeinflusst werden. Stichwort dafür ist die gute Vereinbarkeit von Berufsleben und privaten Interessen oder Verpflichtungen, die z. B. durch eine beteiligungsorientierte Arbeitszeitgestaltung verbessert werden kann. Auch der betriebliche Rückhalt und die Unterstützung durch die Vorgesetzten in persönlichen Krisensituationen können positive Effekte für das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten und damit auch für deren Arbeitsbewältigungsfähigkeit haben.

Die vorliegende Längsschnittstudie, die nicht als Interventionsstudie angelegt war und folglich keine systematische Intervention beinhaltete, bildet weitgehend spontane Verläufe der Arbeitsbewältigungs-

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Frau Mag. Brigitta Gruber
 arbeitsleben Gruber KG
 Behringstraße 28a / Haus 1, 22765 Hamburg
 Telefon 0178 5671434
 E-Mail office@arbeitsleben.com

Herr Dr. Heinrich Geißler
 Beratung und Forschung Geissler
 Schendingerstr. 39, A-6900 Bregenz
 Telefon +43 699 1013 6625
 E-Mail office@bf-geissler.com

Konstellation ab, die durch private oder berufliche Veränderungen induziert waren. Für die Zukunft sind sowohl die Beschreibung von Einzelfällen als auch die systematische Intervention im Rahmen von Längsschnittstudien wünschenswert – damit könnten wichtige Erkenntnisse zu den vielfältigen Einflussgrößen auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit gewonnen werden, was im nächsten Schritt zu deren Erhalt und Ausbau beitragen würde.



14 Auch die Klein- und Mittelbetriebe fit machen!

Erfahrungen aus dem ABI-NRW-Projekt

Das Projekt

Nicht zuletzt bei Klein- und Mittelbetrieben besteht ein Nachholbedarf bei der Einführung und Umsetzung personalpolitischer und arbeitsgestalterischer Maßnahmen, welche die Betriebe auf die Anforderungen des demographischen Wandels vorbereiten. Das ABI-Projekt NRW wurde ins Leben gerufen, um in der Praxis zu überprüfen, welche Schritte Betriebe dieser Größenordnung einleiten können, um die sich durch alternde Belegschaften ergebenden Chancen zu nutzen und auch in Zukunft wettbewerbsfähig zu sein. Beispielhaft wurde in drei mittelgroßen Betrieben unterschiedlicher Struktur ein alters- und altersgerechtes Gesundheitsmanagement aufgebaut, wobei der WAI eine große Rolle spielte. Die beobachteten Effekte resultieren in die hier vorgestellten Handlungsempfehlungen. Die untersuchten Partnerunternehmen waren ein Chemie-/Pharmabetrieb (169 Beschäftigte), ein Bäckereiunternehmen (253 Beschäftigte) sowie die Verkaufsfilialen der Bäckerei (853 Beschäftigte, etwa 9 Beschäftigte pro Filiale). Die zentralen Fragestellungen lauteten dabei:

- Welche physischen, mentalen und sozialen Anforderungen werden an einem Arbeitsplatz an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt?

- Wie muss die Arbeit gestaltet werden, so dass die Beschäftigten sie im Alter von 16 bis 65 Jahren durchführen können?
- Wie können besonders ältere Mitarbeiter ihre besonderen Fähigkeiten einbringen, ohne Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt zu sein?
- Wie muss die Qualifikationsstruktur des Unternehmens aussehen, damit die anfallenden Aufgaben bewältigt werden können?
- Verfügt der Betrieb über einen soliden Generationen-Mix, der eine Mischung aus frischem Ausbildungswissen der Jüngeren und dem komplexen Erfahrungswissen sowie der hohen sozialen Kompetenz der Älteren sicher stellt?

Das ABI-Projekt wurde zwischen Januar 2003 und Juli 2004 durchgeführt und verlief in folgenden Schritten:

- Besichtigung der beteiligten Betriebe,
- umfassende Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Einrichtung eines betrieblichen Steuerkreises zur Umsetzung des Projektes,
- Befragung der Projektteilnehmer (Fragebogen zum Arbeitsfähigkeitsindex),
- Auswertung der Befragungen,

Personalmanagement und Arbeitskultur bilden das Fundament für Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit.

- Analyse der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung in den Betrieben, zum Beispiel Analyse von Lastgewicht und -häufigkeit mit der Leitmerkmalermethode),
- Entwicklung von entlastenden Maßnahmen,
- Integration der Maßnahmen in ein betriebliches Gesundheitsmanagement,
- Vorstellung der Projektergebnisse.

Allgemeine Erkenntnisse ließen sich vor allem aus der Analyse der Arbeitsbedingungen gewinnen. Sie führten zu einer ganzen Reihe von Anpassungseffekten:

- In verschiedenen Bereichen wurde die persönliche Schutzausrüstung verbessert.
- Verbesserung der Arbeitsorganisation: Monotone Arbeitsabläufe wurden durch Lastwechsel und Variation der Arbeitsanforderungen entschärft.
- Arbeitszeiten wurden so gestaltet, dass sie auch im Alter eingehalten werden können.
- Die Vorgesetzten wurden in ihrer Führungsverantwortung, der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen und der Unterweisung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geschult.
- Die individuelle Gesundheit wurde durch eine Unterweisung im Heben und Tragen am Arbeitsplatz gefördert.

Folgende allgemeine, im Rahmen des Arbeitsfähigkeitskonzepts relevante Schlussfolgerungen ließen sich im Verlauf des Projektes ziehen:

- Die physische, psychische und soziale Leistungsfähigkeit der Individuen sind variabel in Abhängigkeit von Geschlecht, Ausbildung und Alter. Die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt im Normalfall ab, die psychischgeistigen und sozialen Fähigkeiten verbessern sich mit der Arbeitserfahrung. Je höher die körperlichen Belastungen an einem Arbeitsplatz sind, desto weniger sind diese für ältere Arbeitnehmer geeignet. Dazu gehören: lange Arbeitszeiten, häufige Überstunden, schweres Heben und Tragen.
- Defizite in der Handlungskompetenz erweisen sich für die Beschäftigten als schweres Beschäftigungs- und Gesundheitsrisiko und sind gefährliche Schwachstellen für das Unternehmen.
- Die Beschäftigten wissen sehr genau, wo die betrieblichen Probleme liegen. Ihr Wissen sollte systematisch (zum Beispiel über einen Arbeitskreis) in die Untersuchungen und weiteren Schritte einbezogen werden.
- Die kontinuierliche Weiterbildung und Ausbildung zum »Allrounder« schafft die besten Voraussetzungen für die Arbeitsfähigkeit bis zur Rente.

- Kleine Pausen während der Arbeit helfen besonders den älteren Arbeitnehmern. Sie kosten so gut wie nichts, verbessern aber die Konzentration und die körperliche Leistungsfähigkeit und somit die Produktivität des ganzen Betriebes.
- Gesundheitsmanagement darf keine punktuelle Maßnahme sein, sondern wirkt nur als ein andauernder Prozess, der die Beschäftigten ihr gesamtes Arbeitsleben lang begleitet und das Selbstverständnis der Betriebe bestimmt.
- Eine kompetente Führungsorganisation hat den größten Einfluss auf die Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Arbeitsfähigkeit. Die Personalentwicklung ist das Fundament, die Führung schafft die Arbeitskultur, in der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Schutz ihrer Gesundheit und Anerkennung ihrer Arbeit erfahren.
- Altersstruktur und Qualifikationsstruktur vor dem Hintergrund von Abteilungszugehörigkeit und anderen Kriterien
- Erfahrungen und Auffassungen der Beschäftigten

Wichtige Fragen ergeben sich aus der Aufschlüsselung der verschiedenen Beschäftigtengruppen nach ihrer Qualifikation. Wann gehen der Meister und die Vorarbeiter in Rente? Das Erfahrungswissen der Älteren muss vor deren Ausscheiden in »Betriebswissen« überführt werden. Ist das sichergestellt? Bedacht werden müssen auch die Produktlaufzeiten, die mit den fachlich qualifizierten Mitarbeitern abgedeckt werden müssen. Kundenkontakte, die über Jahrzehnte entstanden sind, müssen gesichert werden. Aber der Wissenstransfer muss auch umgekehrt greifen: Wie erreicht etwa das Ausbildungswissen der Jüngeren die Älteren? Gefordert ist ein gesunder Generationen-Mix, der die Stärken der jeweiligen Altersgruppen nutzt.

Handlungsleitfaden: In vier Schritten zu einem demographiefesten Betrieb!

Schritt 1: Die Untersuchung der Gegenwart als Schlüssel für die Zukunft

Erster Schritt zur Anwendung des Arbeitsfähigkeitskonzeptes, zur Beurteilung der Situation und Entwicklung von abgestimmten Maßnahmen, zum Beispiel der Personalplanung oder der Planung von Ausbildungsmaßnahmen, ist eine Ist-Analyse.

Folgende Faktoren sind zu berücksichtigen:

- die Altersstruktur des Unternehmens und die voraussichtliche Altersstruktur der Zukunft
- die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten

Ein paar Empfehlungen

Bei allen Fragestellungen und Maßnahmen sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Mittelpunkt stehen. Sind diese zum Beispiel ausreichend aus- und weitergebildet? Können sie alle anfallenden Tätigkeiten ausüben? Wie viele Monate und vielleicht Jahre hat es gedauert, bis sie ›gute Arbeit‹ leisteten und ein ›stabiles Team‹ bildeten? Wie viele Spezialisten sind in der Produktion und wie viele Allrounder? Spezialisten sind oft dringend notwendig, Allrounder können dagegen vielseitiger eingesetzt werden.

Wichtige Hinweise auf möglicherweise bestehenden Handlungsbedarf ergeben sich aus folgenden Fragen: Kann man auch als älterer Beschäftigter an jedem Arbeitsplatz im Betrieb arbeiten? Wenn nein, warum ist das so? Was können und wollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und was kann und will das Unternehmen tun, damit die Beschäftigten bis zum Rentenalter so gesund wie möglich ihrer Arbeit nachgehen können?

Die folgenden Tipps sind für Betriebe gedacht, die aktiv dem demographischen Wandel begegnen wollen und die Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten erhalten und ausbauen möchten.

1. Eine Altersstrukturanalyse ist unabdingbare Voraussetzung für alle weiteren Maßnahmen. Sie gibt Auskunft über die aktuelle und künftige Alters- und Qualifikationsstruktur im Unternehmen.
2. Um zu erfahren, wo das Unternehmen in Sachen Demographie steht, muss verglichen werden. Entsprechend sind Vergleichsdaten auf Branchen, Landes- oder Bundesebene zu besorgen.

3. Selbstverständlich sollte auch der betriebsinterne Wissenspool genutzt werden. Was wissen etwa Betriebsrat, Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit über das Arbeitsfähigkeitskonzept? Welche Informationen bieten Literatur- oder Internetrecherche?

4. Um zu tragfähigen Lösungen zu kommen, müssen alle Beteiligten auf einem Wissensstand sein. Dieser lässt sich notfalls durch eine externe Schulung herstellen.

5. Selbstverständlich müssen bei Entscheidungen hinsichtlich zu treffender Maßnahmen alle vier Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzeptes berücksichtigt werden (funktionale Kapazität des Individuums, Arbeitsbedingungen, professionelle Handlungskompetenz, kompetente Führungsorganisation).

Schritt 2: Verbindlichkeit schaffen!

Je eher ein Unternehmen sich systematisch auf die Anforderungen des demographischen Wandels vorbereitet, desto erfolgreicher wird es aus diesem Prozess hervorgehen. Zielgerichtetes Vorgehen schafft dabei eine Arbeits- und Unternehmenskultur, die Führung und Beschäftigte zusammenschließt. Das betriebliche Ergebnis entsteht aus dem Zusammenspiel prinzipiell unterschiedlicher Interessen: Auf der einen Seite der Wunsch des Unternehmens nach hoher Produktivität und guter Qualität, auf der anderen Seite der Wunsch der Beschäftigten nach guter Lebensqualität und Wohlbefinden. Arbeitsbedingte Belastungen und Erkrankungen können auf beide Interessen einen erheblichen negativen Einfluss ausüben. Die Interessen müssen in Übereinstimmung oder zumindest einen Ausgleich gebracht werden, wenn beide Seiten dauerhaft voneinander profitieren wollen.

Voraussetzung für einen solchen Ausgleich ist Dialog. Im Zusammenhang mit dem Arbeitsfähigkeitskonzept können so Ziele vereinbart werden, welche die Stärken des Unternehmens nutzen und die Schwächen eliminieren. So kann es durchaus möglich sein, dass ein Unternehmen aktuell beste Produkte in hoher Qualität liefert, die Produktion aber unter schlechten ergonomischen Bedingungen (etwa veraltetes Werkzeug oder zu hohe Anteile an belastender körperlicher Arbeit) abläuft. Die Stärken in der Produktion beruhen dann auf einer Überlastung der Beschäftigten, die von diesen nicht dauerhaft ausgeglichen werden können. Arbeitsbedingte Erkrankungen, die sich daraus langfristig entwickeln, haben erheblichen Einfluss auf das Auftreten oder das Vermeiden von vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit.

Die Ist-Analyse ist die Voraussetzung für den Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Unternehmensleitung, Betriebsrat und/oder Beschäftigte müssen sich über das Vorgehen verständigen. Das gilt auch für kleine Betriebe ohne Vertretungsorgane. Erster Schritt für diesen Dialog ist die Einrichtung eines Steuerkreises. Hier werden auch die Regeln vereinbart, wie mit Ergebnissen und Erkenntnissen umgegangen wird. Dabei wird von allen Beteiligten Verbindlichkeit erwartet. Wenn mehrere Maßnahmen sinnvoll sind, sollte eine Rangliste gebildet werden, die schrittweise abgearbeitet wird. Wenn Ergebnisse erst später oder gar nicht umgesetzt werden können, dann ist eine klare Begründung notwendig, sonst verlieren die Beteiligten das Vertrauen in den Entwicklungsprozess.

Schritt 3: Kooperation und Dialog

Weitere Unterstützung für ein gesundes, arbeitsfähiges Unternehmen können auch die Beschäftigten selbst als »Experten in eigener Sache« geben. Dazu müssen diese natürlich nicht nur gehört werden, sondern bei betrieblichen Entscheidungen, in denen es um ihren Arbeitsplatz geht, auch die Möglichkeit zur Mitentscheidung haben. Und selbstverständlich sollten Verbesserungsvorschläge aus den Reihen der Beschäftigten auch berücksichtigt werden. Nur so kann erreicht werden, dass Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung erfolgreich von der Basis getragen und nicht nur als von oben entschieden und angeordnet empfunden werden. Die Mitarbeiterbefragung ist dabei ein wichtiges Instrument. Niemand weiß besser, wo der Schuh im direkten Arbeitsumfeld drückt, als die Beschäf-

tigten. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit erfordert natürlich gegenseitiges Vertrauen. Alle Akteure müssen sich gegenseitig mit ihren Kompetenzen kennen und anerkennen lernen. Das Vorgehen sollte mit dem Einverständnis aller internen und externen Beteiligten festgelegt werden, um mit vereinten Kräften ans Ziel zu kommen. Das alles braucht durchaus Zeit, die aber gut investiert ist.

Die folgenden Tipps können helfen, die oben formulierten Ziele zu erreichen:

- Das Arbeitsschutzgesetz sollte genutzt werden, es ist eine gute Grundlage für alle weiteren Schritte.
- Der Arbeitsschutzausschuss sollte einbezogen werden, um das Arbeitsfähigkeitskonzept zu thematisieren.
- Hilfestellung und Beratung gibt es zudem bei der Berufsgenossenschaft, dem Amt für Arbeitsschutz sowie den Krankenkassen.
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollten an arbeitsplatzrelevanten Entscheidungen beteiligt werden.
- Basis allen Erfolges ist ein realistischer Zeitplan, innerhalb dessen alle beteiligten Akteure für ein Ziel gewonnen werden können.

Schritt 4: Analysieren und Umsetzen

In diesem Schritt werden die Ergebnisse der Ist-Analyse vor dem Hintergrund des Arbeitsfähigkeitskonzeptes bewertet. Dabei sollten die Abhängigkeiten zwischen den vier Faktoren beachtet werden.

Zu Faktor 1 – Das Individuum

Mit dem Alter und Altern wächst die Individualität der Beschäftigten. Sie entwickeln unterschiedliche Fähigkeiten und Sichtweisen, die für die Zukunft berücksichtigt werden müssen. Ihre persönliche Leistungsfähigkeit (funktionelle Kapazität) bildet die Grundlage ihrer Arbeitsbewältigungsfähigkeit. So kann es durchaus sein, dass ein Mitarbeiter mit besten mentalen (geistigen) Fähigkeiten und speziellem Erfahrungswissen, der im Team einen hervorragenden Einfluss ausübt, in seinen physischen Reserven durch Krankheit eingeschränkt ist. Hier können der Betriebsarzt und die Sicherheitsfachkraft beraten, wie man die Arbeitsbedingungen so gestalten kann, dass die Anforderungen auch von in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkten Beschäftigten erfüllt werden können. Auch der Mitarbeiter kann sich dort Rat holen, was er für sich, für seine >funktionelle Kapazität< tun kann. Die Ergebnisse des ABI-Fragebogens lassen Rückschlüsse auf das Potenzial der Mitarbeiter zu. Dieses gilt es gemeinsam mit dem Beschäftigten zu entwickeln.

Wichtiger Faktor für die individuelle Gesundheit sind die Bewegungsabläufe und physischen Belastungen am Arbeitsplatz. So haben europaweit etwa 20 Prozent der erwerbstätigen Männer und 15 Prozent der Frauen Belastungen durch Tragen oder Bewegen von schweren Lasten wenigstens

für die Hälfte der Arbeitszeit. Hier hat die individuelle Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz größte Bedeutung. Die Ist-Analyse im Betrieb gibt Hinweise auf Belastungsschwerpunkte, gegen die mit Unterstützung der Krankenkasse gezielt angegangen werden kann. Umgekehrt kann auch eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung durch die Krankenkasse weitere Hinweise liefern. Krankenkassen sind generell gute Kooperationspartner für die Betriebe. Sie bieten zum Beispiel die Schulung der Bewegungsabläufe am Arbeitsplatz an, mit deren Hilfe die Betroffenen unmittelbar lernen können, ihre physischen Fähigkeiten zu schützen und zu entwickeln. Darüber hinaus gilt: Unternehmen, die sich direkt am Arbeitsplatz um die Gesundheit ihrer Beschäftigten kümmern, signalisieren diesen Wertschätzung und Anerkennung. Langfristig führt das zu einer neuen Arbeitskultur.

Zu Faktor 2 – Menschengerechte Arbeitsbedingungen: Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung

Die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz ist Grundlage für das weitere Handeln. Sie wird ausführlich dokumentiert. Die Erfahrungen, Beobachtungen, Sichtweisen und Vorschläge der Beschäftigten werden dabei systematisch mit einbezogen. Sie beinhaltet standardmäßig die Analyse von 15 Gefährdungsfaktoren. Dazu gehören nicht nur physikalische und körperliche, sondern auch psychische Komponenten. Es folgt die Bewertung sowie die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur entlastenden Gestaltung der Arbeitsumgebung. Bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung muss auch das Alter der Menschen an den

einzelnen Arbeitsplätzen berücksichtigt werden. Ist die Arbeit alters- und altersgerecht gestaltet? Je größer der Anteil der körperlichen Arbeit ist, desto gefährlicher kann sie für ältere Beschäftigte werden. Rechtzeitige Verbesserung hilft allen: Für die Jüngeren ist das echte Gesundheitsvorsorge, und für die Älteren wirkt sie wie eine »Therapie«. Selbstverständlich müssen die Beschäftigten bei der anschließenden Unterweisung über alle festgestellten Gefährdungen an ihrem Arbeitsplatz sowie die festgelegten präventiven bzw. entlastenden Maßnahmen informiert werden.

Je nach betrieblicher Situation kann für Fragen rund um alters- und altersgerechtes Arbeiten ein besonderer Arbeitskreis hilfreich sein, der gleichzeitig den Generationen-Mix fördert. Dieser bedeutet nicht nur, dass eine ausgeglichene Altersstruktur im Unternehmen entsteht, sondern auch, dass die Altersgruppen in einen Dialog, Meinungs- und Erfahrungsaustausch eintreten. So können zum Beispiel drei jüngere (bis 45 Jahre) und drei ältere Beschäftigte gemeinsam unter Anleitung die Arbeitsplätze unter folgender Fragestellung besichtigen:

- Welche physischen, mentalen und sozialen Anforderungen werden an einem Arbeitsplatz an die Beschäftigten gestellt (siehe Gefährdungsbeurteilung)?
- Können Frauen und Männer an diesem Arbeitsplatz sicher und gesund bis zur Regelrente arbeiten?
- Wenn nicht, kann man ihn dann entsprechend umgestalten?

- Ist es zum Beispiel notwendig, dass eine Person während einer kompletten Schicht nur eine Tätigkeit ausübt oder kann ein Wechsel zwischen schwerer und leichter Arbeit (Lastwechsel) organisiert werden?
- Sind alle Mitarbeiter dafür ausreichend qualifiziert?
- Falls dies nicht möglich ist, stehen dann andere Arbeitsplätze im Unternehmen zur Verfügung? Können solche Arbeitsplätze kurz-, mittel- oder langfristig geschaffen werden?

Eine Videodokumentation unterstützt die Gefährdungsbeurteilung, den Arbeitskreis und den Dialog der Beschäftigten. Die einzelnen Arbeitsschritte können in Ruhe und wiederholt betrachtet werden. Eine solche Form der Diskussion wird in der Regel gut angenommen.

Allgemein gilt: Beschäftigte sind Träger von wichtigen Informationen, Erfahrungen und Ideen, die für die erfolgreiche Durchführung der Gefährdungsbeurteilung genutzt werden sollten. In großen Studien hat sich immer wieder gezeigt, dass die subjektive Meinung der Beschäftigten mit den Ergebnissen der Expertenbefragung gut übereinstimmt. Je nach Gestaltung der Befragung können so außerdem wichtige Erkenntnisse zu allen vier Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzeptes gewonnen werden.

Zu Faktor 3 – Professionelle Handlungskompetenz

Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sind die Grundlagen der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese wird durch die Erhaltung und Weiterentwicklung der professionellen Handlungskompetenz richtungsweisend verbessert. Die Ausbildung zum Allrounder in einem Unternehmen trägt dazu bei, den Verbleib zu sichern. Die Ausbildung sichert die Fachkompetenz, die Weiterbildung die Methodenkompetenz und Produktkenntnisse. Die Sozialkompetenz wird im Arbeitsleben selbst erworben und durch spezifische Schulung vertieft. Immer mehr Produktionsabläufe können nur im Team bewältigt werden, was zu steigenden sozialen Arbeitsanforderungen führt. Eine lernförderliche Arbeitsorganisation trägt einen solchen Prozess, der die verschiedenen Komponenten der Handlungskompetenz abwechselnd in den Vordergrund stellt.

Zu Faktor 4 – Kompetente Führungsorganisation

Beim Thema ›Lebenslanges Lernen‹ überschneiden sich die Überlegungen: Die Beschäftigten müssen sich an diesem Lernprozess beteiligen, die Führung muss ihn organisieren und sicherstellen. Sie gibt den Beschäftigten Rückhalt und Unterstützung bei der Bewältigung der Arbeitsaufgaben und betrachtet sie als selbstständig handelnde, verantwortliche Individuen mit Kreativität und Eigeninitiative. Wo dies gelingt, kann die Arbeitsfähigkeit – in Kombination mit den anderen Faktoren – optimal gefördert werden.

Ansprechpartnerin

Frau Marianne Giesert
IQ-Consult gGmbH
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
Telefon 0211 4301 313
E-Mail Marianne.Giesert@iq-consult.de
Internet www.abi-nrw.de



15 Wer nicht fragt, bleibt dumm!

Der WAI im Einsatz bei der Landeshauptstadt München

Die Organisation

Die Landeshauptstadt München ist mit knapp 30.000 Beschäftigten Deutschlands größte kommunale Arbeitgeberin. Organisatorisch gliedert sie sich in das Direktorium, elf Referate und sechs Eigenbetriebe. Das Aufgabenspektrum reicht von den Kindertagesstätten und Schulen sowie den Museen und Theatern über den Abfallwirtschaftsbetrieb und die Münchner Stadtentwässerung bis hin zu den klassischen Verwaltungsressorts.

Erste Initiativen und Diskussionen zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bei der Stadt München gab es bereits Ende der 1990er Jahre. Ein Stadtratsantrag aus dem Jahr 2001, der einen regelmäßigen Bericht über die bei der Stadt München durchgeführten Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Durchführung konkreter Gesundheitsförderungsprojekte forderte, führte dazu, sich innerhalb der Landeshauptstadt ernsthaft und intensiv mit dem Themenfeld zu befassen. Eine in diesem Zusammenhang von der Stadt München in Auftrag gegebene Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von 12.484 Beschäftigten durch die AOK im Dezember 2002 gab letztlich den Startschuss für erste Projekte zum BGM bei der Landeshauptstadt München. Für die Durchführung dieser Projekte wurden

vom Stadtrat mit Beschluss vom 19.03.2003 erstmals finanzielle Mittel und personelle Ressourcen bereit gestellt. Im Hinblick auf ihr Selbstverständnis als soziale Arbeitgeberin baut die Landeshauptstadt München ihr BGM seit 2003 kontinuierlich aus.

Neben stadtinternen Aktionen rund um die Gesundheit, setzt die Stadt auf ein strategisch ausgerichtetes Gesamtkonzept, das die verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätze miteinander verbindet. Im Vordergrund steht dabei vor allem die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen und Rahmenbedingungen.

Die Leitgedanken und Ziele sowie die Handlungsfelder und Qualitätsstandards des BGM bei der Stadt München sind in einer Dienstvereinbarung (DV) klar definiert. Wesentlich für den Erfolg von Projekten zum BGM, die oft in Kooperation mit der Unfallkasse München umgesetzt werden, ist u. a. das Vorgehen nach folgendem von der DV verpflichtend vorgeschriebenem Schema (s. Abb. 1, S. 124):

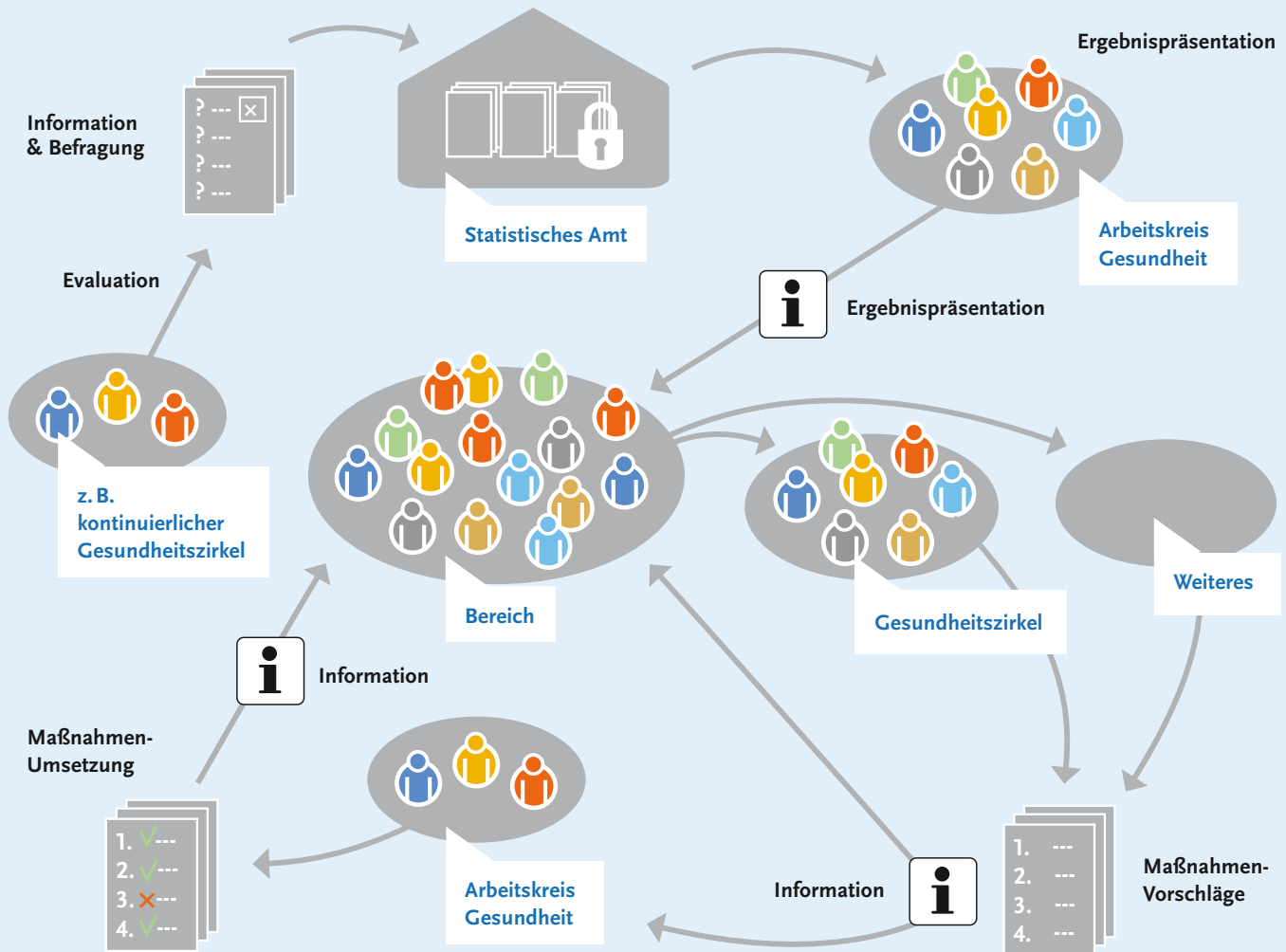


Abb. 1: Ablauf des Projekts zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Von elementarer Bedeutung ist es, das BGM nachhaltig und beteiligungsorientiert zu gestalten. Im Vordergrund stehen deshalb neben verhaltenspräventiven vor allem verhältnispräventive Maßnahmen, welche auf die dauerhafte Veränderung betrieblicher Arbeitsbedingungen und Strukturen abzielen.

Da die Beschäftigten oft am besten wissen, wo Arbeitsbedingungen zu verbessern sind, um Wohlbefinden und auch Leistungsfähigkeit zu steigern, verfolgt die Stadt das Ziel, sie an allen Projekten des BGM im Rahmen von Befragungen und Gesundheitszirkeln zu beteiligen.

Zur Evaluation der Projektarbeit werden in der Regel nach einer Projektlaufzeit von zwei bis drei Jahren Follow-Up-Befragungen durchgeführt. Anschließend erfolgt im Sinne der Nachhaltigkeit eine Integration des BGM in die vorhandenen Strukturen und Prozesse des jeweiligen Bereichs.

Der WAI im Einsatz

Vor der Installation von Gesundheitszirkeln steht zunächst die Mitarbeiterbefragung. Dieses beteiligungsorientierte Instrument dient dazu, arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erfassen. Dabei wird seit 2008 ein standardisierter Fragebogen eingesetzt, der eine Kombination aus dem WAI und dem KFZA (Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse) darstellt.¹

Neben den von WAI und KFZA erfassten Inhalten werden standardmäßig soziodemografische Daten – wie z. B. das Alter – erhoben sowie Fragen

zu gesundheitlichen Beschwerden gestellt. Optional können Fragen zur Verausgabungsneigung und Belohnung aus dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Effort-Reward-Imbalance (ERI)) sowie zur Beziehungsgerechtigkeit aus dem COPSOQ-Fragebogen (Copenhagen Psychosocial Questionnaire, www.copsoq.de) hinzugefügt werden. Bei Bedarf besteht außerdem die Möglichkeit, den Fragebogen um bereichs- bzw. projektspezifische Fragen zu ergänzen.

Die Befragung selbst erfolgt in der Regel in Form einer Klassenzimmer-Befragung; hierbei füllen die Beschäftigten den Fragebogen in einem Befragungsraum (»Klassenzimmer«) aus und werfen ihn anschließend in die dafür vorgesehene »Befragungsurne«. Der Vorteil dieser Befragungsart liegt in einer vergleichsweise hohen Rücklaufquote. Ein weiterer Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass regelmäßig mindestens jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des Fachbereichs »Betriebliches Gesundheitsmanagement« sowie des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt persönlich anwesend sind. Nach einer kurzen Einführung in den Sinn und Zweck des Fragebogens werden die Beschäftigten mit allen Informationen zum Datenschutz und zum weiteren Projektverlauf versorgt. Durch diese vertrauensbildende Maßnahme steigt erfahrungsgemäß die Akzeptanz der Beschäftigten gegenüber dem Instrument »Mitarbeiterbefragung« und den teilweise sehr sensiblen Fragen ganz enorm.

1 Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse, Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 39, 125–132 online unter http://www.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/instrumente/KFZA-Kurzfragebogen_zur_Arbeitsanalyse.pdf

BGM-Projekt	N	WAI-Mittelwert
Verwaltung A	326	38,2
Verwaltung B	99	38,0
Verwaltung C	48	36,7
Verwaltung D	55	36,6
Schule	68	36,3
gewerblicher Bereich	342	34,3
Gesamt	938	36,5

Bisherige Ergebnisse

Der WAI kam seit 2008 im Rahmen der Instrumenten-Kombination in sechs Projektbereichen mit insgesamt 938 befragten Personen zum Einsatz. Dabei wurden sowohl Verwaltungen als auch eine Schule sowie ein gewerblicher Bereich befragt. Die nebenstehende Tabelle gibt einen Überblick über die bisherigen Projekte.

Die Ergebnisse zeigen erkennbare Unterschiede zwischen den verschiedenen Tätigkeitsgruppen. Während der WAI-Mittelwert der Befragten aus der Verwaltung noch im Bereich der guten Arbeitsfähigkeit liegt, befindet er sich bei denen des schulischen bzw. des gewerblichen Sektors mit 36,3 bzw. 34,3 Punkten im Bereich der mäßigen Arbeitsfähigkeit. Besonders offensichtlich wird dieser Unterschied zwischen der Verwaltung A (WAI 38,2) und dem etwa gleichgroßen gewerblichen Bereich (WAI 34,3). Hier besteht zwischen den Mittelwerten eine Differenz von 3,9 Punkten.

Ein weiterer Unterschied ist die Streuung der individuellen WAI-Werte. Während in der Verwaltung und im gewerblichen Bereich maximale WAI-Werte mit bis zu 49 Punkten erreicht wurden, liegt im schulischen Sektor der maximale Wert bei 47 Punkten. Gleichzeitig ist der schlechteste Wert mit 16 Punkten im schulischen Bereich immer noch bis zu 3 Punkte besser als der schlechteste Wert aus den anderen beiden Bereichen (Verwaltung: WAI 13 bzw. gewerblicher Bereich: WAI 14).

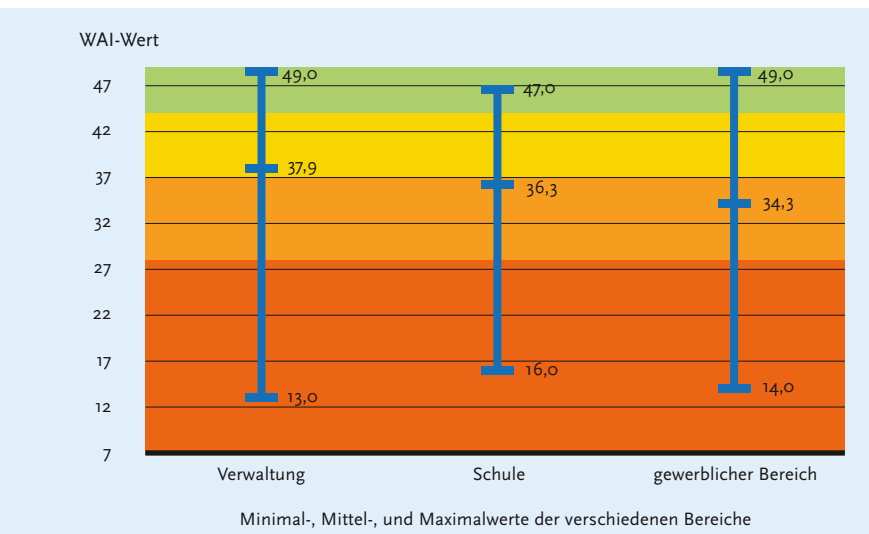


Abb. 2: Vergleich der WAI-Werte der verschiedenen Bereiche

Bei der Gegenüberstellung der WAI-Mittelwerte der befragten Personen mit Führungsverantwortung (n=71) und der ohne Führungsverantwortung (n=605) wird deutlich, dass der Mittelwert der Führungskräfte mit 2,5 Punkten deutlich über dem durchschnittlichen WAI-Wert der Beschäftigten ohne Führungsverantwortung und damit im Bereich der guten Arbeitsfähigkeit liegt.

Wissenschaftlich unstrittig ist, dass gute Führung ein bedeutsamer Faktor für den Erhalt der Mitarbeitergesundheit darstellt. Mittlerweile kann die Stadt München diese eindeutig belegte Erkenntnis mit eigenen Zahlen untermauern. So haben die durchgeführten Befragungen ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten im unmittelbaren Zusammenhang mit dem erlebten Führungsverhalten steht.

Abbildung 4 (s. S. 128) zeigt, dass von allen Befragten 22% angaben, von ihren Vorgesetzten »gar nicht« oder »wenig« Unterstützung zu erleben. In diesen Gruppen lag der WAI im Durchschnitt bei 31 bzw. 34 Punkten (siehe Abbildung 4), die Arbeitsfähigkeit lag also nur im »mäßigen« Bereich. Im Gegensatz dazu lag bei den 55% der Befragten, die Unterstützung durch Vorgesetzte erlebten (»überwiegend« oder »völlig«), der WAI im Durchschnitt bei 38 bzw. 39 Punkten (gute Arbeitsfähigkeit). Statistisch ist dieser Unterschied hoch signifikant.

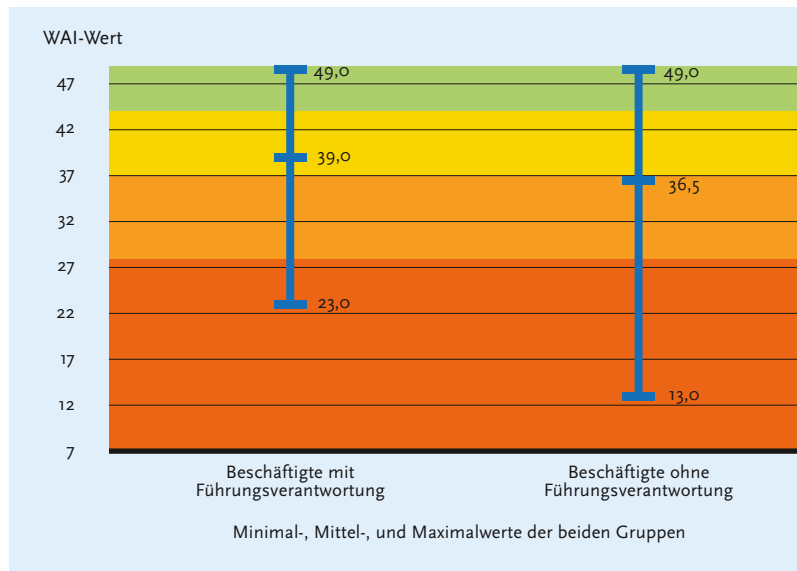


Abb. 3: Vergleich der WAI-Werte von Beschäftigten mit und ohne Führungsverantwortung

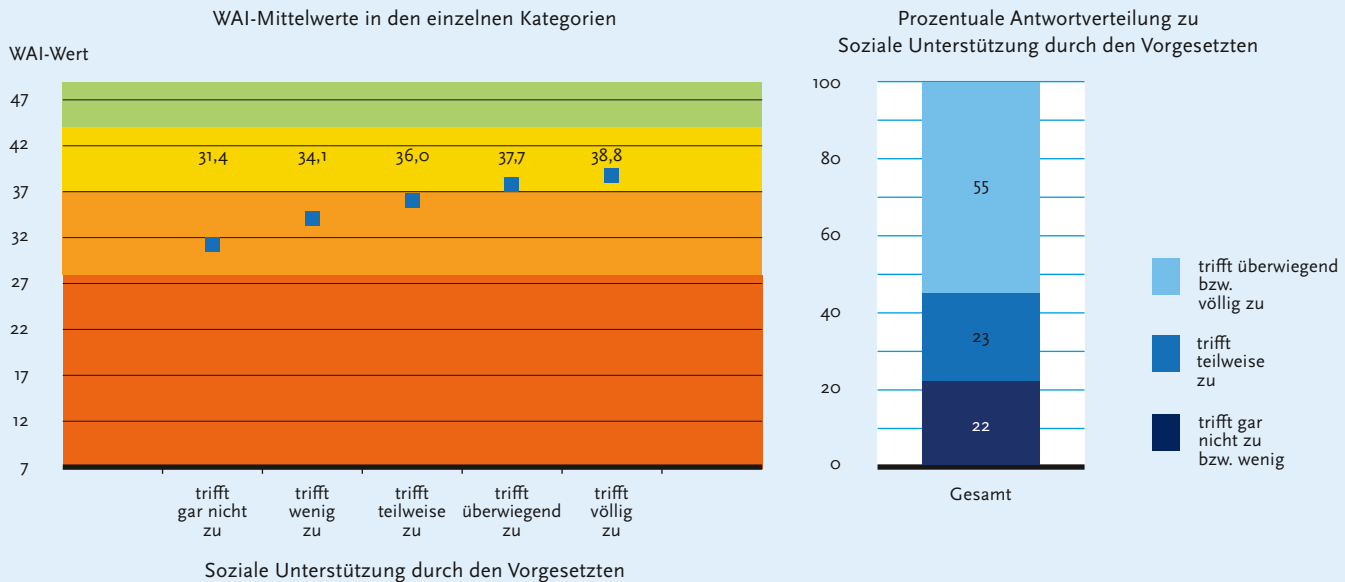


Abb. 4: Zusammenhang von Arbeitsfähigkeit und Unterstützung durch Vorgesetzte

Individuelle Rückmeldung

In einem Pilotprojekt wurde erstmals das Angebot einer individuellen Rückmeldung getestet. Hierzu mussten die Befragten bei der Befragung ankreuzen, ob sie eine Rückmeldung zu ihrer persönlichen Arbeitsfähigkeit wünschen.

Um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten, erfolgte die Ergebnisrückmeldung mittels einer Codenummer. Diese Codenummer wurde von jeder befragten Person selbst anhand von standardisierten Fragen aus dem unmittelbaren privaten Umfeld generiert. So war es den Befragten möglich, den eigenen Code zu einem späteren Zeitpunkt zu rekapitulieren, ohne sich die Codenummer notieren oder merken zu müssen.

Von den insgesamt 399 an der Befragung teilnehmenden Personen wünschten sich 53% eine individuelle Rückmeldung zu ihrem Befragungsergebnis.

Die Rückmeldung wurde als Brief verfasst und war an den Code adressiert. Inhalt der Rückmeldung war eine kurze Erklärung zum WAI, der persönliche WAI-Wert, dessen Einstufung in die vier Kategorien (sehr gut, gut, mäßig, schlecht) sowie die konkreten Antworten zu den WAI-Fragen. Darüber hinaus enthielt die Rückmeldung auf der Basis der individuellen Einstufung in die vier WAI-Kategorien eine persönliche Handlungsempfehlung.

Grundlage für die Empfehlungen waren die über das WAI-Netzwerk erhältlichen Textbausteine der Online-Auswertung für den persönlichen WAI. Diese Bausteine wurden zielgruppenspezifisch aufbereitet. Ergänzend fanden die Beschäftigten auch Kontaktadressen von städtischen und lokalen Beratungsstellen (Betriebsärztlicher Dienst, Psychosoziale Beratungsstelle etc.).

Nach der Präsentation der Ergebnisse in der Mitarbeiterversammlung konnten die Briefe zur individuellen Rückmeldung bei der Projektleitung unter Angabe des generierten Codes abgeholt werden. Insgesamt wurden 123 Briefe ausgehändigt.

Gründe für den Einsatz des WAI bei der Landeshauptstadt München

Nicht zuletzt weil der WAI ein wissenschaftlich fundiertes und international anerkanntes Messinstrument für die Messung des Konstrukts ›Arbeitsfähigkeit‹ ist, wird er bei der Stadt München eingesetzt. Auch die berufsgruppenübergreifenden Einsatzmöglichkeiten machen den WAI zu einem wichtigen Instrument im Bereich des BGM.

Mit Blick auf den demografischen Wandel dient der WAI als Frühwarnsystem. Auf Grundlage der Befragungsergebnisse können – gekoppelt mit einer projektbezogenen Altersstrukturanalyse – frühzeitig Handlungsbedarf ermittelt und rechtzeitig unterstützende Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsfähigkeit ergriffen werden.

Ansprechpartner

Herr Gregor Seitz
Landeshauptstadt München
Personal- und Organisationsreferat
Leiter des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
E-Mail bgm.por@muenchen.de
Internet www.muenchen.de/bgm

Fazit und Ausblick

Primäres Ziel der Landeshauptstadt München ist es, das Thema ›Betriebliches Gesundheitsmanagement‹ mittels konkreter Projekte dauerhaft und flächendeckend in den Strukturen der Stadt München zu verankern. BGM soll zu einem integralen Bestandteil der städtischen Unternehmenskultur werden. Der WAI leistet hierzu in Kombination mit den oben genannten Instrumenten einen wichtigen Beitrag und ist aus dem BGM der Landeshauptstadt München nicht mehr wegzudenken.

Aufgrund der gut nachvollziehbaren Abbildung der aktuellen und künftigen Arbeitsfähigkeit der Belegschaft in Form einer Kennzahl wird der WAI auch von Führungskräften gut akzeptiert. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich der Einsatz des WAI auch im Hinblick auf die Evaluation durchgeführter BGM-Projekte bewährt. Im Rahmen der demnächst anstehenden Follow-Up-Befragungen werden wir erfahren, ob sich die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten aufgrund der ergriffenen Maßnahmen auch tatsächlich verbessert hat.



16 WAI & Co in der Praxis

Die verschiedenen Einsatzformen des Work Ability Index und verwandter Instrumente

Einführung

Wer sich heute über den WAI, den ABI oder auch das Konzept der Arbeitsfähigkeit informiert, stößt schnell auf verschiedene Instrumente, die damit zusammenhängen. Die Ähnlichkeit der Namen einerseits (z. B. Arbeitsfähigkeitscoaching vs. Arbeitsbewältigungs-Coaching®) und die Verwendung verschiedener Namen für dasselbe Instrument (z. B. WAI und ABI) andererseits erschwert dabei die schnelle Orientierung. Dieser Beitrag beschreibt, worin sich diese Instrumente sowie ihre Einsatzmöglichkeiten unterscheiden. Dabei sind diese nicht immer scharf zu trennen, jedoch hat jedes seine charakteristischen Merkmale und Anwendungen. Eine Übersicht über zahlreiche Merkmale gibt die Tabelle am Ende des Beitrags.

Der Hintergrund: die wissenschaftliche Befragung

Der Work Ability Index (kurz WAI, Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit) wurde im Rahmen umfassender Forschungsprojekte am Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) entwickelt und validiert. In diesen Studien wurde u. a. die Entwicklung der individuellen Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit persönlichen und betrieb-

lichen Faktoren im Längsschnitt untersucht. Dabei handelt es sich bei den Fragen des heutigen WAI um eine Auswahl aus einer längeren Fragenliste, die in einer Befragung 1981 vom FIOH eingesetzt wurde. Die zehn Fragen (zzgl. Krankheitenliste) wurden so ausgewählt, dass sie die beste Vorhersagekraft für die weitere Entwicklung der Arbeitsfähigkeit haben. Maßstab dafür ist, dass die Beschäftigten keine Erwerbsminderung erleben und gesund bleiben (geringe Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen, keine oder wenige Beschwerden). Der Auswertungsschlüssel des WAI sieht für die einzelnen Fragen unterschiedliche Maximalwerte vor und gewichtet damit die einzelnen Aspekte des Fragebogens, um eine optimale Prognose zu ermöglichen.

Individuelle Betrachtung der Arbeitsfähigkeit: der ABI-Dialog/ das WAI-Gespräch

Nach Auswahl und Festlegung der WAI-Fragen etablierte sich das Instrument in der betriebsärztlichen Arbeit – wiederum zuerst in Finnland, dann auch im deutschsprachigen Raum. Ausschlaggebend dafür war die Prognosekraft des WAI: Schon mit wenigen Fragen lässt sich frühzeitig erkennen, bei welchen Beschäftigten die Arbeitsfähigkeit

gefährdet ist und wie dringend Präventionsmaßnahmen sind. Es zeigte sich, dass die Durchführung als Interview durch die Betriebsärztin bzw. den Betriebsarzt in mehrfacher Sicht sinnvoll ist: Ein doppeltes Abfragen von Krankheiten (im WAI und in der betriebsärztlichen Anamnese) lässt sich so vermeiden, zugleich ermöglichen die Fragen einen guten Gesprächseinstieg in den Themenkomplex ›Arbeit, Alter und Gesundheit‹. So wird aus dem Diagnoseinstrument ein Interventionsinstrument: der ABI-Dialog, der auch als WAI-Gespräch bezeichnet wird. Die Durchführung dieses Dialogs erfordert betriebsärztliche oder arbeitspsychologische Kompetenz. Wird der ABI-Dialog nicht von Medizinerinnen durchgeführt, kommt in der Regel die WAI-Kurzversion (mit kurzer Krankheitsliste) zum Einsatz. Zehn Jahre Erfahrung mit dem ABI-Dialog schildern die Betriebsärzte Dr. Jürgen Tempel und Dr. Jutta Schramm (2011) in einem aktuellen Artikel. In Kapitel 5 (›Alles einsteigen bis zur Endstation Rente!‹) geben sie einen Einblick in ihre Arbeit mit dem WAI in einem Verkehrsunternehmen.

Das Interview ist in der Regel individualisierter als die schriftliche Befragung, was zugleich seine Stärke und Schwäche ist: Stärke, weil ein Eingehen auf den Befragten möglich ist und er dadurch besser für seine eigene Arbeitsfähigkeit und deren Erhalt sensibilisiert werden kann; Schwäche, weil mit diesem Eingehen eine Verringerung der Durchführungsobjektivität verbunden ist, die zu ungenaueren Ergebnissen führen kann. Für den Befragten dürften die Vorteile durch die Individualisierung des Gesprächs überwiegen. Es sind auch Gruppenauswertungen möglich, wenn die Ergebnisse aus Einzelgesprächen über längere Zeit, z. B. beim be-

triebsärztlichen Dienst, gesammelt werden. Sollen Ergebnisse aus diesen Auswertungen verglichen werden (z. B. zwischen Abteilungen oder mit den Referenzdaten des WAI-Netzwerks), muss die Frage der Durchführungsobjektivität allerdings diskutiert werden. Hilfreich zur Erhöhung der Vergleichbarkeit ist ein Interviewertraining im Vorfeld. Auch kann nachträglich mit statistischen Methoden überprüft werden, ob die Durchführung der ABI-Dialoge von Interviewer zu Interviewer systematisch abweicht.

Guter Überblick über die Arbeitsfähigkeit in der Organisation: die WAI-Beschäftigtenbefragung

Von der wissenschaftlichen WAI-Befragung hin zur Beschäftigtenbefragung im Betrieb ist es kein großer Schritt. Die Beschäftigtenbefragung (oder Mitarbeiterbefragung) wurde schon in den 1950er Jahren als Instrument der Organisationsdiagnose und -entwicklung eingesetzt. Typischerweise fragt sie nach der Zufriedenheit mit Aspekten der Arbeit und der Organisation, wie nach der Zufriedenheit mit der Führung. Zahlreiche Fragen zur Durchführung und Auswertung von Beschäftigtenbefragungen beantwortet die umfangreich vorhandene Literatur, aus der sich vieles auf WAI-Befragungen übertragen lässt. Wie bei allen Beschäftigtenbefragungen ist auch bei einer WAI-Befragung die große Frage: Was passiert danach? Werden die Ergebnisse in die Organisation zurückgemeldet, werden daraus Maßnahmen abgeleitet, wird deren Auswirkung überprüft? Nur wenn diese Fragen bereits zu Beginn geklärt werden und ein entsprechendes Vorgehen zwischen den betrieblichen Parteien vereinbart

wird, ist eine WAI-Befragung erfolversprechend für Beschäftigte und Unternehmen.

Eine Besonderheit von Beschäftigtenbefragungen mit dem WAI sind die sensiblen Inhalte, da Befragte zur Berechnung des WAI-Gesamtwertes über ihre individuelle Gesundheit Auskunft geben müssen. Hier muss mit größter Sorgfalt vorgegangen werden. Aus diesem Grund sollte eine WAI-Befragung vom Betriebsarzt, von der Abteilung Betriebliches Gesundheitsmanagement oder von einer externen vertrauenswürdigen Einrichtung durchgeführt werden. Dies erhöht in der Regel das Vertrauen der Befragten, dass der Schutz individueller Daten gewährleistet bleibt. Wichtig ist hier, dass immer nur Gruppenergebnisse an die Organisation zurückgemeldet werden. Die Durchführung des WAI geschieht selbstverständlich anonym, wobei die Betriebsparteien im Einzelfall aushandeln müssen, welche soziodemografischen Merkmale wie abgefragt sollen (z. B. Alter in Jahren vs. Alter in Kategorien). Abbildung 1 zeigt ein Beispiel für eine Darstellung von WAI-Ergebnissen auf der Ebene von Unternehmensbereichen.

Datenschutz versus individuelle Daten

Allerdings sprechen zwei Gründe für das Beibehalten von individualisierten Daten: Erstens ist eine individuelle Rückmeldung des WAI-Ergebnisses an die Beschäftigten empfehlenswert, um diese für ihren Arbeitsfähigkeits-Status zu sensibilisieren und – wenn nötig – auch dazu zu motivieren, sich Unterstützung zu suchen. Abhängig davon, was die jeweilige Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, kann die richtige Adresse hier der Betriebsrat, der Betriebsarzt, aber auch eine andere betriebliche und außerbetriebliche

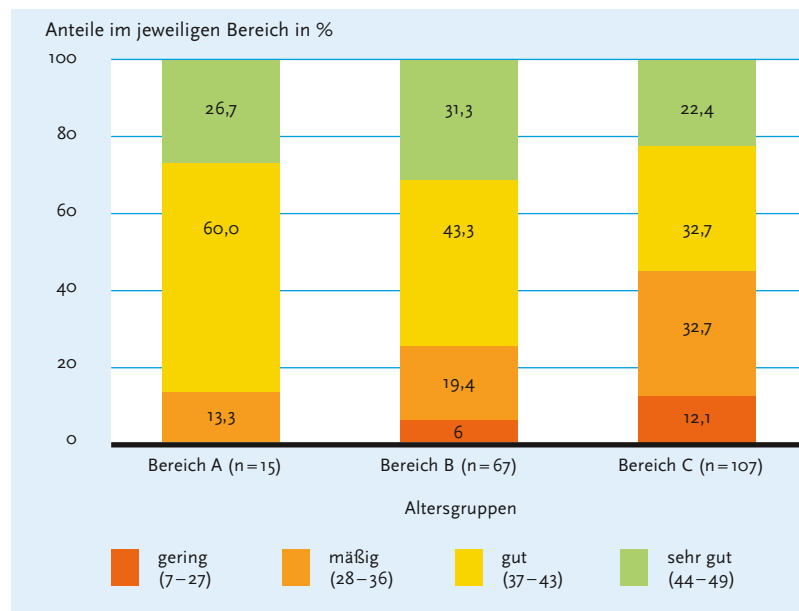


Abb. 1: Beispiel für Darstellung einer betrieblichen WAI-Auswertung. Die Stapeldiagramme veranschaulichen die Unterschiede zwischen den Unternehmensbereichen.

Einrichtung sein. Entsprechende Hinweise sollten bereits im Rückmeldeschreiben enthalten sein. Eine solche Rückmeldung nach einer schriftlichen Befragung ist allerdings nur möglich, wenn ein Individual-Merkmal vorhanden ist. Zweitens ist ein Individual-Merkmal wertvoll, wenn eine Folgebefragung geplant ist. Ohne dieses ist bei einer zweiten Befragung nicht erkennbar, ob Veränderungen in Gruppenergebnissen (z. B. WAI-Mittelwert einer Abteilung) auf individuelle Veränderungen bei den Befragten oder auf Veränderungen in der Zusammensetzung der Befragten zurückgehen.

Für diese Situation gibt es eine Lösung: Die

Befragten werden gebeten, nach bestimmten Regeln einen Code zu bilden, den nur sie selber kennen, analog zu einem Passwort. Mit diesem Code können sie bei Interesse ihre persönlichen Ergebnisse anonym an zentraler Stelle abholen. Bei einer zweiten Befragung können sie den Code mit Hilfe der Regeln rekonstruieren und so einen individuellen Verlauf der Arbeitsfähigkeit abbilden, ohne dass andere Stellen ihnen diese Daten zuordnen könnten. Bei einer Befragung in einer Kommunalverwaltung im Jahr 2011, die das WAI-Netzwerk-Team durchgeführt hat, haben 85% von 219 Befragten freiwillig einen solchen Code vergeben, was auf ein breites Interesse an der persönlichen Rückmeldung hinweist. Die Kommune München ging in einem BGM-Projekt vergleichbar vor (s. Kap. 17, Wer nicht fragt, bleibt dumm!).

Kombination mit anderen Instrumenten

In der Vergangenheit wurde intensiv darüber diskutiert, ob der WAI alleine in der Lage ist, die betrieblichen Bedingungen der Arbeitsfähigkeit abzubilden oder nicht. Ob eine geringe Arbeitsfähigkeit in der Abteilung z. B. auf Zeitdruck, schlechte Führung oder unpassende Qualifikation der Beschäftigten zurückgeht, kann durch ein WAI-Ergebnis nicht festgestellt werden. Daher gibt eine Beschäftigtenbefragung mit dem WAI alleine auch keine Hinweise darauf, welche Maßnahmen erfolgversprechend sind. Um mehr Informationen zu gewinnen, kann eine WAI-Befragung um weitere Fragen/Skalen ergänzt werden. Bewährt hat sich hier bereits die Kombination mit quantitativen Fragen aus dem COPSOQ (Copenhagen Psycho-

social Questionnaire, www.copsoq.de) und mit dem KFZA (Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse) im Projekt HAWAI-4U (www.hawai4u.de). Auch mit offenen Fragen, die nicht quantitativ, sondern qualitativ ausgewertet werden, kann der WAI kombiniert werden. Allerdings wird die Auswertung dadurch deutlich aufwendiger, was bei der Entwicklung des Befragungsinstruments unbedingt zu bedenken ist. Organisationen können sich vom WAI-Netzwerk in der Vorbereitung und Durchführung von Beschäftigtenbefragungen umfassend beraten lassen.

Hauptziel Organisationsentwicklung: das Arbeitsbewältigungs-Coaching® (ab-c®)

Im Projekt »Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung« (PIZA) wurde das Arbeitsbewältigungs-Coaching entwickelt. Das ab-c nutzt den WAI zum Einstieg in die Arbeitsbewältigungsförderung und löst sich aus dem Kontext der betriebsärztlichen Untersuchung. Bereits 2005 hatte eine Studie gezeigt, dass das WAI-Gespräch auch von Nicht-Medizinern in vergleichbarer Qualität durchgeführt werden kann.

Das ab-c ist eine Prozessberatung im Betrieb und besteht aus zwei Kernbausteinen:

1. Das »persönlich-vertrauliche ab-c« ist ein ca. einstündiges Gespräch, das jedem Beschäftigten der Organisation oder eines definierten Organisationsbereiches durch einen zur Verschwiegenheit verpflichteten (meist externen) Berater angeboten wird. Die Teilnahme ist freiwillig. »Im ersten Teil wird die aktuelle Arbeitsbewältigungssituation mit Hilfe des »Work Ability Index« erhoben, für den Gesprächs-

partner sichtbar gemacht und erläutert. Darauf aufbauend wird der Gesprächspartner mit Fragen angeleitet, geeignete persönliche sowie betriebliche Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Arbeitsbewältigung zu suchen und die Umsetzungsschritte zu überlegen [sogenannte ›Förderthemen‹]. Die Personen schließen mit sich selbst einen Gestaltungs-Vertrag. (Gruber & Frevel, 2011).

2. In einem ›betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Workshop‹ werden anschließend betriebliche Entscheidungsträger vom Berater darin unterstützt, Maßnahmen zur betrieblichen Förderung der Arbeitsfähigkeit zu entwickeln. Grundlage ist dabei der ›Arbeitsbewältigungsbericht‹, der die Ergebnisse (WAI-Gruppenergebnis und Liste der Förderthemen) aller durchgeführten Einzelgespräche anonym zusammengefasst. Ergebnis des Arbeitsbewältigungs-Workshops ist ein umsetzungsreifer betrieblicher Maßnahmenplan. Dieser wird den Beschäftigten zum Umsetzungsstart rückgemeldet.

Als dritter Schritt sind überbetriebliche ab-c-Aktivitäten denkbar, z. B. kommunale Gesundheitsförderungsprogramme oder Arbeitskreise für altersgerechte Arbeitsgestaltung in einzelnen Branchen.

Dem klassischen Verständnis von Coaching entspricht beim ab-c, dass die Förderung der Selbstregulation des Beschäftigten (Baustein 1) und die Unterstützung der Personalverantwortlichen beim Entwickeln von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit (Baustein 2) im Vordergrund stehen und nicht die Beratung durch einen fachlichen (z. B. medizinischen) Experten. Dabei kann in beiden Bausteinen durchaus auf betriebliche und außerbetriebliche Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Im Unterschied zum typischen

Coaching finden beim ab-c aber nicht mehrere Gesprächstermine mit einer einzelnen Person oder mit der Gruppe der betrieblichen Entscheidungsträger statt, sondern jeweils nur ein Termin. Ob Maßnahmen umgesetzt wurden und Wirkung hatten, kann erst bei einer Wiederholung des ab-c (in einem zweijährigen Rhythmus) überprüft werden. Mehr zur Entwicklung und zum Einsatz des ab-c schildert Kapitel 14 ›Die Dinge in die eigene Hand nehmen‹.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durch das Arbeitsfähigkeitscoaching

Die jüngste Entwicklung in der Reihe von Instrumenten, die sich auf das Arbeitsfähigkeitskonzept beziehen, ist das Arbeitsfähigkeitscoaching (AF-Coaching), das in dem seit 2010 laufenden Projekt ›Neue Wege im BEM‹ (www.neue-wege-im-bem.de) vom DGB-Bildungswerk entwickelt wird. Ziele des Projekts sind die Einrichtung bzw. Optimierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Unternehmen sowie die Erhöhung der Wirksamkeit des Eingliederungsprozesses.

Neben der Arbeitssicherheit und der betrieblichen Gesundheitsförderung ist das betriebliche Eingliederungsmanagement die ›dritte Säule‹ eines umfassenden und ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Laut § 84 Abs. 2 SGB IX muss vom Arbeitgeber jedem Beschäftigten ein BEM angeboten werden, der innerhalb von 12 Monaten länger als 6 Wochen arbeitsunfähig ist. Bisher wurden bereits wiederholte WAI-Gespräche erfolgreich in der Wiedereingliederung von Beschäftigten eingesetzt. Ein Fallbeispiel schildern Ilmarinen und

Tempel, auch präsentierte der betriebsärztliche Dienst der ERGO Versicherungsgruppe auf der WAI-Konferenz 2010 seine Erfahrungen zum Thema.

Das Arbeitsfähigkeitscoaching (AFCoaching) geht hier neue Wege, der WAI selber spielt eine geringere Rolle. Das AFCoaching berücksichtigt drei Ebenen:

1. Betriebliche Ebene:

Es werden Strukturen angestrebt, um BEM im Betrieblichen Gesundheitsmanagement fest zu verankern. Sehr wichtig ist hierbei ein umfassender Datenschutz.

2. Individuelle Ebene:

Das AFCoaching unterstützt den BEM-Berechtigten in seiner aktiven Rolle bei der Wiederherstellung seiner Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. In mehreren Sitzungen mit einem qualifizierten Berater (AFCoach) wird zuerst die aktuelle Situation des BEM-Berechtigten erfasst. Neben zwei Fragen aus dem WAI wird die individuelle Situation des Berechtigten anhand der Stockwerke des ›Hauses der Arbeitsfähigkeit‹ erfasst. Nach dieser Erhebung der IST-Situation wird der SOLL-Zustand anhand der Leitfragen ›Was kann der BEM-Berechtigte tun?‹ und ›Was kann das Unternehmen tun?‹ diskutiert.

Kernstück ist die darauf folgende, gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen von BEM-Berechtigtem und betrieblichen Akteuren. Die Schritte in diesem Prozess sind:

1. Erstgespräch
2. Analyse mit dem BEM-Berechtigten und evtl. weiteren Experten
3. Diskussion der Analyseergebnisse mit dem BEM-Berechtigten
4. Gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen

5. Maßnahmenworkshop mit inner- und überbetrieblichen Beteiligten

6. Maßnahmenumsetzung

7. Monitoring der Umsetzung

8. Coaching-Abschlussgespräch

3. Überbetriebliche Ebene:

Die Etablierung eines BEM-Unterstützungsnetzwerks dient der Prozessoptimierung an der Schnittstelle zu externen Akteuren (z. B. Integrationsämter, Krankenkassen, Rentenversicherer).

Im Rahmen des Projektes werden innerbetriebliche AF-Coaches qualifiziert, die nicht notwendig medizinisches oder psychologisches Fachpersonal sein müssen. Unter welchen Rahmenbedingungen und bei welcher Grundqualifikation eine solche Qualifizierung erfolgreiche AFCoaching-Prozesse ermöglicht, wird sich im Rahmen des Projektes zeigen.

Vergleich

Tabelle 1 stellt die vier geschilderten Einsatzformen vergleichend dar. Die Übersicht basiert auf dem Ergebnis einer Kooperationsitzung zwischen dem WAI-Netzwerk an der Universität Wuppertal und der Projektgruppe ›Neue Wege im BEM‹ (DGB-Bildungswerk BUND).

Die Vergleichskategorien der Übersicht sollen hier kurz erläutert werden.

Zweck: Die Arbeitsgruppe hat als mögliche Zwecke die Analyse (Diagnose), die Sensibilisierung und Intervention festgelegt, die jeweils beim Einzelnen (persönlich) und bei der Organisation (betrieblich) beabsichtigt sein können.

Fassung des WAI-Fragebogens: Es gibt den WAI in einer Langversion (51 Krankheiten) und einer

Kurzversion (14 Krankheitsgruppen) mit jeweiligem Auswertungsschlüssel. Der WAI-Leitfaden – siehe Links und Literatur – berichtet auch von einer ›Ultrakurz-Version‹ (nur Frage nach der Anzahl der ärztlichen Diagnosen, ohne Vorgaben), es sind jedoch bisher keine Untersuchungen dazu bekannt, ob die Ergebnisse äquivalent zu denen der offiziellen Versionen sind.

Methodisches Vorgehen: Werden nur WAI-Ergebnisse (quantitativ) erhoben oder auch freie Beschreibungen/Nennungen (qualitativ)?

Anforderungen: Welche Kenntnisse/Kompetenzen sollte die Person haben, die für die Durchführung verantwortlich ist? ›Arbeitswissenschaft‹ umfasst hier einschlägige Kenntnisse aus den Bereichen Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Arbeitssicherheit.

Ergebnisse: Welche ›Produkte‹ liegen am Ende der Maßnahme vor?

Effektivster Anwendungsbereich

Primärprävention: Maßnahmen und Verhaltensweisen, die geeignet sind, eine Krankheit/Beeinträchtigung zu verhindern bzw. ihre Entstehung zu verlangsamen

Sekundärprävention Maßnahmen und Verhaltensweisen, die Verschlimmerung oder Wiederauftreten einer Krankheit/Beeinträchtigung verhindern und der Chronifizierung entgegenzutreten

Tertiärprävention Maßnahme und Verhalten, die das Ausmaß einer Behinderung/Beeinträchtigung und den Umgang mit ihr günstig beeinflussen

Zeitaufwand: selbsterklärend

Materialien: selbsterklärend

Eignung für KMU: selbsterklärend

Alleinstellungsmerkmal: Was hebt diese Einsatzform von den anderen ab?

Ansprechpartnerin

Dipl.-Psych. Melanie Ebener

Bergische Universität Wuppertal

Institut für Sicherheitstechnik

WAI-Netzwerk

E-Mail wai@uni-wuppertal.de

Internet www.arbeitsfaehigkeit.net

Die folgende Tabelle (s. S. 138) gibt den Stand wieder, wie er zum Zeitpunkt des Drucks bekannt ist. Nicht alle Varianten von Einsatzformen des WAI und des Arbeitsfähigkeitskonzepts konnten aufgeführt werden. Außerdem zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass in der Praxis immer wieder neue Formen entwickelt und angewendet werden. Diese Übersicht sollte daher nicht nur regelmäßig fortgeschrieben werden, sondern ihrerseits den Austausch über die bestehenden Einsatzformen fördern und vielleicht zur Entwicklung weiterer Formen beitragen.

	WAI-Beschäftigtenbefragung	ABI-Dialog/ WAI-Gespräch
Zweck (pers. = personenbezogen, betr. = betrieblich)	Analyse (betr., ggf. pers.) Sensibilisierung (betr. und pers.)	Analyse (pers.), Sensibilisierung (pers.) Intervention (pers., ggf. betr.)
Fassung des WAI-Fragebogens	WAI kurz (kombinierbar mit weiteren Befragungsinstrumenten)	WAI kurz oder lang
Methodisches Vorgehen	quantitativ	quantitativ & qualitativ
Anforderungen an die durchführende Person (Kenntnisse und Kompetenzen)	Arbeitswissenschaft/Gesundheitswissenschaften, Organisationsentwicklung, quantitative Datenauswertung, Moderation	Arbeitswissenschaft/Gesundheitswissenschaften, Gesprächsführung, ggf. quantitative Datenauswertung (für Unternehmensbericht)
Ergebnisse	Datensatz mit anonymisierten WAI-Ergebnissen (auf Gruppenebene analysierbar)	Individueller WAI-Wert (auch mehrfach erhoben: Zeitverlauf), bei Aufbau einer betrieblichen Datenbank zusätzlich wie WAI-Beschäftigtenbefragung
Effektivster Anwendungsbereich (wo liegt der größte Nutzen?)	Primär- und Sekundärprävention	Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, Rehabilitation (Prozessbegleitung notwendig)
Zeitaufwand (MA = Mitarbeiter/Mitarbeiterin)	<ul style="list-style-type: none"> – Infoveranstaltung für MA – Befragung: max. 15 min pro MA – ggf. Dateneingabe (wenn Befragung nicht elektronisch) – Datenauswertung – ggf. Erstellung und Verteilung individueller Rückmeldebriefe – Erstellung Unternehmensbericht – Workshop(s) zur Ergebnispräsentation – empfohlen: Workshop(s) zur Ableitung von Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> – ca. 30–45 min Gespräch (MA und Betriebsarzt) – 15 min Dokumentation pro MA – ggf. Zeit für das Erstellen eines Unternehmensberichts
Materialien	WAI-Fragebogen, EDV-gestützte Auswertungsmöglichkeit (z. B. Online-Befragungstool)	WAI-Fragebogen, Auswertungsschema, optional WAI-Software
Eignung für KMU	Wenig geeignet für Kleinbetriebe, gut geeignet für mittlere und große Unternehmen	Gut geeignet für KMU
Alleinstellungsmerkmal gegenüber den anderen Formen	Schnelles Screeningverfahren mit geringem Aufwand (Zeit, Personal, Kosten)	individuumszentriert, leicht integrierbar in betriebsärztliche Arbeit, anlassbezogen
Erläuterung zu den Kategorien im Artikel: BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement, BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement		

Abb. 2: Vergleichende Übersicht über typische Einsatzformen des Work Ability Index und des Arbeitsfähigkeitskonzeptes

Arbeitsbewältigungs-Coaching® (ab-c)	Arbeitsfähigkeits-coaching (AFCoaching)
Analyse, Sensibilisierung, Intervention (alle pers. und betr.)	Analyse, Sensibilisierung, Intervention (alle pers. und betr.)
WAI lang	Dimension 1 und 2 des WAI
quantitativ & qualitativ Arbeitswissenschaft/ Gesundheitswissenschaften, Organisationsentwicklung, qualitative & quantitative Datenauswertung, Gesprächsführung, Moderation erforderlich: Teilnahme an Anwenderschulung Arbeitsbewältigungs-Coaching® (2 Tage)	Fokus qualitativ Arbeitswissenschaft/Gesundheitswissenschaften, Organisationsentwicklung, Grundlagen BGM, insbesondere BEM, Gesprächsführung, Moderation erforderlich: Teilnahme an Anwenderschulung AFCoaching
Datensatz mit anonymisierten WAI-Ergebnissen (auf Gruppenebene analysierbar), qualitative Aussagen der MA (Förderbedarf zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit), Maßnahmenkatalog (nach Workshop)	Individuelle Werte der WAI-Dimensionen 1 und 2, Analyse der Rahmenbedingungen, Maßnahmenkatalog, Maßnahmenumsetzung
Primär- und Sekundärprävention	Sekundär- und Tertiärprävention (insbesondere beim fallbezogenen AFCoaching), Rehabilitation, Primärprävention (durch gesamtbetrieblichen Ansatz)
<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung der Entscheider/-innen im Unternehmen, – Infoveranstaltung(en) für MA, – Einzelgespräche: 60 min/MA – Gesprächsdokumentation durch Berater/Beraterin: 10–15 min – Erstellung Arbeitsbewältigungsbericht – betrieblicher Workshop (4 Std.) – Rückmeldung an MA zum Start der Maßnahmenumsetzung (Details dazu in Gruber/Frevel 2011) 	Einführung eines umfassenden BEM: <ul style="list-style-type: none"> – Ist-Analyse des BGM (inkl. Datenschutz), – Einbeziehung betr. Akteure für Entwicklung betrieblicher Strategien, – Infoveranstaltung für MA, – Qualifizierung der Führungskräfte und weiterer Akteure (z. B. eintägiger Workshop) – Entwicklung einer Betriebsvereinbarung/Dienstvereinbarung zum BEM mit Datenschutz Fallbezogenes AFCoaching: 2 bis 10 Coachingsitzungen á 60 min
WAI-Fragebogen, Dokumente zur Erfassung und Kodierung der persönlich-vertraulichen Gespräche, Auswertungsdatenbank (Details dazu in Gruber/Frevel 2011)	Rahmenkonzept (Verlaufdiagramm), Coachingvertrag, Datenschutzerklärung, Einwilligungen für die Weitergabe von personenbezogenen Daten, Inhalte für das persönliche Arbeitsfähigkeitsdokument (->Arbeitsfähigkeitsbuch-), Dokumentation
Gut geeignet für KMU	Gut geeignet für mittlere und große Unternehmen, bei kleinen Unternehmen nur fallbezogenes AFCoaching
Ableitung von Maßnahmen auf Organisationsebene	Professionalisierung des BEM, fallbezogenes Vorgehen, Einbeziehung auch von außerbetrieblichen Akteuren, Berücksichtigung Umfeld (persönliches Umfeld, regionale Umgebung)

Links und Literatur

Das findet sich im Netz

Die hier vorgestellten Links bilden nur eine kleine Auswahl aus zahlreichen Internetangeboten zum Thema ›Ältere Beschäftigte und Arbeitsfähigkeit‹. Reihenfolge und Auswahl sind keinesfalls wertend zu verstehen.

Links

www.arbeitsfaehigkeit.net

Seite des WAI-Netzwerks, die umfangreich über das Netzwerk, den WAI und seine Anwendung informiert. Das WAI-Netzwerk versteht sich als Plattform für alle am WAI Interessierten sowie für aktuelle und potenzielle Nutzer. Entstanden ist das WAI-Netzwerk im Rahmen eines Forschungsprojekts der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Kooperation mit der Bergischen Universität Wuppertal

www.baua.de

Auf der Homepage der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin werden zahlreiche Forschungsprojekte und Fachbeiträge zum Thema vorgestellt.

www.gutearbeit-online.de

Auf dieser Seite findet sich die Position der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in der Debatte um den ›Work Ability Index‹. Der Text steht als Download bereit unter: http://www.gutearbeit-online.de/archiv/beitraege/2005/2005_07_36_39.pdf

www.inqa.de

Die vom damaligen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit angestoßene Initiative ›INQA-Neue Qualität der Arbeit‹ bietet neben anderen Zukunftsthemen aus der Arbeitswelt auch umfangreiche Informationen zum Thema ›demographischer Wandel‹ und WAI.

www.alternsgerechte-arbeit.de

Das Sozialnetz Hessen gibt Hintergrundinformationen und Anregungen zum Thema ›Älter werden im Betrieb‹ für Mitarbeiter, Mitarbeitervertreter und Führungskräfte, aber auch für Fachleute im Arbeits- und Gesundheitsschutz und der betrieblichen Qualifizierung.

www.wegweiser-kommune.de

Für alle Kommunen Deutschlands mit mehr als 5.000 Einwohnern Daten, Bevölkerungsprognosen und konkrete Handlungskonzepte für die kommunale Praxis, auch für Unternehmen interessant. Ein Service der Bertelsmann Stiftung.

www.dgb.de/-/pTt

Dossier Demografie – Informationen zum Demografischen Wandel beim Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB)

www.wai-netzwerk.at

Webseite des österreichischen WAI-Netzwerks, dort auch Informationen zur Entwicklung des Arbeitsbewältigungsindex Plus™ (Erweiterung des Work Ability Index)

www.noah-projekt.de

Webseite des Projektes ›NOAH – Nutzenoptimierter und kostenreduzierter Arbeits- und Gesundheitsschutz in Handwerksbetrieben‹, dort auch Download einer Umsetzungshilfe ›Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Handwerk‹

www.hawai4u.de

Die Webseite des Projekts ›HAWAI4U (Handlungshilfe Work Ability Index für Unternehmen)‹ bietet Hintergrundinformationen, konkrete Unterstützung und Literaturtipps zum Thema ›Arbeitsfähigkeit und demografischer Wandel‹, insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen.

Literatur

Arbeitsfähigkeit in KMU erhalten und fördern – Ein Handbuch für die Praxis.

Beratungshandbuch zum Modellprojekt intakt! Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens, www.komnet.nrw.de/demografischerWandel/includes/download/intakt_Handbuch_web.pdf

Beck, D.; Gawlik-Chmiel, B.: Förderung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von arbeitslosen Menschen – Erfahrungen aus einem Modellversuch zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung. *Prävention*, 31,3, 88–91, 2008.

Bungard, W.; Müller, K.; Niethammer, C. (2007): Mitarbeiterbefragung – was dann...? MAB und Folgeprozesse erfolgreich gestalten. Springer Verlag, Berlin

Deutschmann, A.; Kuhnert, P.: Kohärenzgefühl – Instrument für Risikogruppen in der Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Vergleichsstudie. In: M. Kastner, T. Hagemann, G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 149–166). Lengerich: Pabst Science Publishers, 2005.

Ebener, M.: Entwicklung des WAI (Work Ability Index) – Netzwerks in Deutschland – Ein Überblick. In: *Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit!* (2011) Hrsg. von M. Giesert. VSA: Verlag Hamburg

Elkeles T.; Kirschner W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement- Befunde und Strategien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2004.

Elsner, G.: Der Arbeitsbewältigungsindex: Eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht. *Gute Arbeit* 2005;17(2)18–21

Europäische Erfahrungen mit dem Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index). Erfahrungsaustausch vom 13. Mai 2000 in Berlin, erschienen in der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Tagungsbericht, Tb 126, 1. Auflage. Bremerhaven, 2002

Gawlik-Chmiel, B.; Beck, D.: Gesundheit für Arbeitslose als Integrationsziel: Das Kommunale Netzwerk für Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung in Frankfurt am Main. In: Alfons Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 449–461). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, Der Verlag für Angewandte Wissenschaften. Band 22, 2009.

Gawlik-Chmiel B.; Szlachta E.: Work Ability Score as Indicator of Employability in the Course of Unemployment. An International Study. In: C.-H. Nygard, M. Savinainen, T. Kirsi & K. Lumme-Sandt (eds.), *Age Management during the Life Course. Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability* (p. 409–421). Tampere: Tampere University Press 2011, 2011.

Geißler, H.; Tempel, J.; Geißler-Gruber, B. (2005): Can the work Ability index also be used by non-medical professionals? A comparative study. In: G. Costa, W. J. A. Goedhard; J. Ilmarinen (Hrsg.): *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. International Congress Series 1280, p. 281–285.

Hasselhorn, H. M.; Freude, G.: *Der Work Ability Index – ein Leitfaden* (2007) 56 Seiten, 12 Abb., 3 Tab. ISBN: 3-86509-702-2

Hasselhorn H. M.; Seibt, R.; Tielsch, R.; Müller, B. H.: *Der Work Ability Index – Fluch oder Segen?* *Gute Arbeit* 2005; 17(4):33–37

Hasselhorn H. M.; Müller, B. H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M.: *Berufsausstieg bei Pflegepersonal - Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü 15. NW Verlag Bremerhaven, 2005

Ilmarinen, J.: *Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 1999

Ilmarinen, J.: Towards a Longer Worklife – Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finish Institute of Occupational Health, 2006.

Ilmarinen, J.; Tempel, J.: Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit wir gesund bleiben? Hamburg, VSA Verlag 2002

Liebrich, A.; Giesert, M.; Reuter, T. (2011): Das Arbeitsfähigkeitscoaching im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: M. Giesert (Hrsg.) Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! VSA Verlag, Hamburg

Nygård, C; Savinainen, M.; Tapio, K; Lumme-Sandt, K. (eds.): Age Management during the Life Course - Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability. Tampere University Press, 2011, <http://tampub.uta.fi/english/haekokoversio.php?id=407>

Seibt, T.; Thinschmidt, M.; Lützkendorf, L.; Knöpfel, D.: Arbeitsfähigkeit und Vitalität bei Gymnasiallehrern unterschiedlicher Altersklassen, erschienen in der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1035; 1. Auflage. Bremerhaven, 2004.

Seibt, R.; Khan, A.; Thinschmidt, M.; Dutschke, D.; Weidhaas, J.: Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Einfluss gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in Kindertagesstätten und Beiträge zur Netzworlbildung, erschienen in der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht, Fb 1049, 1. Auflage. Bremerhaven, 2005.

Steinbach, D.; Linnenschmidt, K.; Schüll, E. (Autoren); Popp, R. (Hrsg.) (2011): Zukunftsstrategien für eine altersgerechte Arbeitswelt – Trends, Szenarien und Empfehlungen. LIT Verlag. Münster.

Tempel, J.; Schramm, J. (2011): ABI-Dialog – Rückblick über zehn Jahre. In: M. Giesert (Hrsg.) Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! VSA Verlag, Hamburg

Tempel, J. et al: Arbeitsfähigkeit 2010: Von 16 bis 65 in einem Unternehmen!
Abschlussbericht zum ABI-NRW-Projekt. 2005, Düsseldorf: IQ-Consult gGmbH

Tuomi, K., et al.: Arbeitsbewältigungsindex – Work Ability Index. Erschienen in
der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Ü14,
Bremerhaven Wirtschaftsverlag NW, 2001

Impressum

Why WAI? – Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention Erfahrungsberichte aus der Praxis

Fachliche Beratung:

Melanie Ebener, WAI-Netzwerk an der Bergischen Universität Wuppertal
Dr. Gabriele Freude, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Prof. Dr. Hans-Martin Hasselhorn, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin

Herausgeber:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1–25, D-44149 Dortmund
Telefon 0231 9071-2071
Fax 0231 9071-2070
info-zentrum@buaa.bund.de
www.buaa.de

Textbearbeitung: KONTEXT Oster & Fiedler GmbH, Hattingen

Gestaltung: eckedesign, Berlin

Foto: Fotoagentur FOX – Uwe Völkner, Lindlar/Köln

Herstellung: Bonifatius GmbH, Paderborn

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Haftungsansprüche materieller oder ideeller Art gegen die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der angebotenen Informationen beziehungsweise durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht werden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn, sie sind nachweislich auf vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden unseres Hauses zurückzuführen.

Redaktionsstand: Oktober 2011, 5. Auflage, Dezember 2013

ISBN 978-3-88261-696-5



www.buaa.de/dok/697346

ISBN 978-3-88261-696-5



baua:
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin