

Der Work Ability Index – Fluch oder Segen?

Von Hans-Martin Hasselhorn, Reingard Seibt, Rainer Tielsch, Bernd Hans Müller

Der Work Ability Index (WAI, auch Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex genannt) ist ein praktikables Fragebogeninstrument, mit dem die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten erfasst werden soll. Ziel der Anwendung ist die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Der WAI wurde in den 1980er Jahren in Finnland entwickelt und findet gerade in letzter Zeit zunehmende weltweite Verbreitung. Das Instrument besteht aus sieben so genannten WAI Dimensionen mit zusammen 11 Fragen (Tafel 1, siehe auch im Detail unter www.arbeitsfaehigkeit.net). Hierzulande wird der WAI vorwiegend betriebsärztlich eingesetzt, aber auch im Rahmen der Betriebsepidemiologie und in der sozialepidemiologischen Forschung.

<p>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?</p> <p>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?</p> <p>WAI 3. Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten (Langversion = 50, Kurzversion = 13 Krankheiten/ Krankheitsgruppen)</p> <p>WAI 4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?</p> <p>WAI 5. Krankenstand im vergangenen Jahr (Anzahl Tage)</p> <p>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?</p> <p>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?</p>
--

Tafel 1. Übersicht: Die 7 Dimensionen des WAI und die dazugehörigen Fragen (genaue Version unter www.arbeitsfaehigkeit.net)

Die Debatte

In jüngster Zeit ist in Deutschland eine interessante Diskussion zum Work Ability Index entbrannt. Einige Gewerkschaftsvertreter und z.T. auch „WissenschaftlerInnen“ kritisieren dieses Fragebogeninstrument intensiv. Dem gegenüber steht ein teilweise sogar emotional gefärbtes Engagement von Befürwortern und Anwendern.

Aus dieser Diskussion ergeben sich zwei Fragen:

1. Warum wird dieses Instrument von den Befürwortern so gelobt?
2. Welches sind Kritikpunkte und welche Bedeutung kann man ihnen zumessen?

Die Autoren dieses Beitrags versuchen hierauf eine differenzierte Antwort. Sie wenden den WAI seit einigen Jahren wissenschaftlich an (RS, HMM, BHM) und sind federführend am Aufbau des deutschen WAI-Netzwerks (www.arbeitsfaehigkeit.net) beteiligt (HMM, BHM, RT). Trotz (oder wegen?) dieser Verflechtungen hoffen sie, sich eine kritische Urteilsfähigkeit in Bezug auf dieses Instrument bewahrt zu haben.

1. Warum wird dieses Instrument von den Befürwortern so gelobt?

Attraktives Konzept im Arbeitsschutz

Das Konzept der „Arbeitsfähigkeit“ ist für den Arbeitsschutz sehr attraktiv (Tempel & Giesert 2005), geht es doch um das, was dem Beschäftigten (und dem Unternehmen) sehr wichtig sein sollte: den möglichst langen Erhalt seiner Fähigkeiten und Verfügbarkeit am Arbeitsplatz. In aller Regel wird Arbeitsfähigkeit verstanden im Sinne des Zusammenspiels zwischen den Bedingungen am Arbeitsplatz einerseits und den Ressourcen der Beschäftigten andererseits (so genannter „interaktionistischer Ansatz“). Eine niedrige Arbeitsfähigkeit könnte also begründet sein durch schlechte Arbeitsbedingungen oder durch ungünstige individuelle (z.B. gesundheitliche) Voraussetzungen (oder durch beides). Der „Vater“ des WAI, der Arbeitsphysiologe Juhani Ilmarinen, formuliert dies so:

„Ein modernes Konzept von Arbeitsfähigkeit setzt sich zusammen aus individuellen Ressourcen und Charakteristika der Arbeit. Individuelle Ressourcen umfassen funktionale Fähigkeiten (körperlich, mental, sozial) und Gesundheit, Kompetenzen sowie Einstellungen und Werte. Die Vielfalt der Dimensionen der Arbeit kann beschrieben werden durch Aspekte der Arbeitsumgebung, des sozialen Arbeitsumfeldes, durch körperliche und psychische Arbeitsanforderungen und durch Aspekte des Managements sowie der Führung.“ (Ilmarinen 2004).

Theoretisch basiert der WAI auf diesem Konzept. Ob er es in der Realität auch widerspiegelt bzw. ob gemeinhin unter „Arbeitsfähigkeit“ auch dieses Konzept verstanden wird, sind zwei der kontroversen Fragen, die unten diskutiert werden.

Einfache Anwendung

Besonders attraktiv für Nutzer des WAI ist die bequeme Anwendung: Der WAI besteht nur aus 9 Fragen und einer Krankheitsliste (eine Langversion mit 50 und eine Kurzversion mit 13 Krankheiten).

In Deutschland wird der WAI vorwiegend in drei verschiedenen Settings verwendet:

- in der betriebsärztlichen Praxis (häufigste Anwendung)

Hier dient er vorwiegend als Checkliste im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchungen. Der Gesamtwert des Index sollte hier eigentlich nicht (oder nur am Rande) interessieren. Ziel ist vielmehr, zusammen mit dem Mitarbeiter im Gespräch über die Fragen und Antworten herauszufinden, inwiefern Einschränkungen bei seiner Arbeitstätigkeit vorliegen, worauf diese ggf. zurückzuführen sind und welche Maßnahmen ggf. eingeleitet werden müssen, um die Situation des Betroffenen zu verbessern. Die Erfahrung der Praktiker zeigt, dass fast alle Beschäftigten sehr positiv auf dieses Gesprächsangebot reagieren. Die meisten Maßnahmen, die aus der Anwendung des WAI resultieren, zielen auf Verbesserung der Arbeitsumgebung ab („Verhältnisprävention“) und weniger auf Verbesserung des körperlichen oder geistigen Ressourcen des Beschäftigten („Verhaltensprävention“). Der Betriebsarzt kann die WAI-Werte notieren, allerdings unterliegen sie der Schweigepflicht und dürfen in keiner Weise weitergegeben werden. In der betriebsärztlichen Anwendung kann der WAI keine gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben ersetzen (z.B. die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen), wohl aber sinnvoll ergänzen.

- als Quer- und Längsschnitterhebung im Betrieb

Bei betrieblichen WAI Erhebungen können Vergleiche zwischen einzelnen Bereichen stattfinden. Auf diese Weise sollen Risikobereiche und -tätigkeiten identifiziert und Interventionsbedarf formuliert werden können. Interessant werden diese Erhebungen vor allem dann, wenn Vergleichswerte von ähnlichen Unternehmen vorliegen. Diese Anwendungsform ist in Deutschland bisher selten. Grundsätzlich ist für die

Anwendung des Verfahrens die Zustimmung der Personalvertretungen einzuholen. Die Anwender betonen, dass sie bei betrieblichen Erhebungen den WAI benutzen, um einen Dialog zum Thema „Arbeitsschutz“ bzw. „Ältere Beschäftigte“ in Gang zu bringen.

- wissenschaftliche Anwendung in Studien

Zunehmend wird der WAI auch in (arbeits-)wissenschaftlichen Studien verwendet, denn das Konzept ist eingängig, es passt in die Fragestellungen von Arbeitsbelastung und –beanspruchung und es wird international als valide bezeichnet.

Ein geeignetes Beispiel für den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und WAI ist die Europäische NEXT-Studie, in der der Berufsausstieg von Pflegepersonal untersucht wird (Hasselhorn et al. 2005, www.next-study.net). In NEXT wurden Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei über 40.000 Pflegenden in 10 Ländern in Europa umfassend erhoben. Im internationalen Vergleich sind die WAI Werte bei Pflegenden in Deutschland in allen Altersgruppen sehr niedrig, nur in Polen und Frankreich liegen sie noch ungünstiger (Müller & Hasselhorn 2004). Abbildung 1 zeigt, dass sich die Arbeitsfähigkeit bei jungem Pflegepersonal zwischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten nicht unterscheidet. Mit zunehmendem Alter sinkt sie jedoch in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege deutlicher ab und liegt schließlich signifikant unter den Werten der von Pflegepersonal in Krankenhäusern. Bei Betrachtung der Arbeitsfaktoren, die mit dem WAI assoziiert sind, finden sich zwei Aspekte, die in allen Altersgruppen durchgängig dominieren (multiple lineare Regression): „quantitative Arbeitsanforderungen“ und „Bedeutung der Arbeit“. Ersteres verdeutlicht den starken Einfluss des Arbeitsinhalts auf die WAI-Werte, Letzteres den Anteil der Arbeitsmotivation. Es folgen Indikatoren des sozialen Arbeitsmilieus, insbesondere die „Unterstützung durch die Vorgesetzten“ (v.a. bei Jüngeren und Älteren).

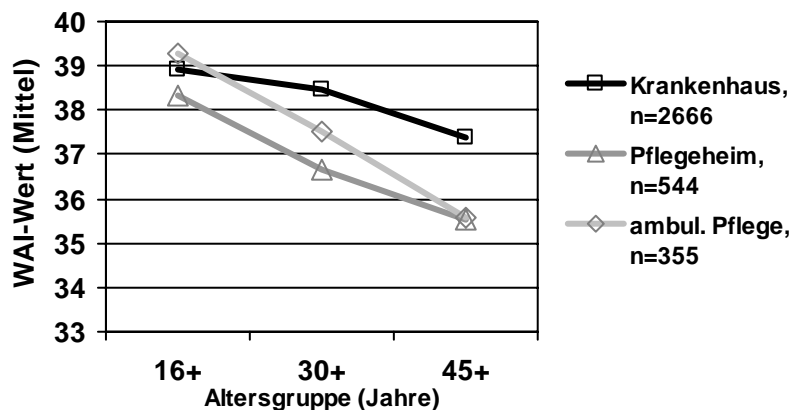


Abbildung 1. WAI-Mittelwerte für Arbeitsfähigkeit bei Pflegepersonal in 75 Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Quelle: NEXT-Studie, eigene Auswertungen, 2005)

Ein weiteres Beispiel für eine wissenschaftliche Nutzung des WAI ist der Vergleich verschiedener Berufsgruppen. Dies wird künftig möglich sein durch das WAI-Netzwerk, in dessen Rahmen eine deutsche Referenzdatenbank aufgebaut wird. Abbildung 2 zeigt die WAI-Mittelwerte der im Datensatz bisher in ausreichender Anzahl vertretenen Akademikerberufe. Auffällig ist der frühe und starke WAI-Abfall bei den Lehrern (n=350). Bekanntlich steigen Lehrer häufiger vorzeitig aus der Erwerbstätigkeit aus, jeder zweite infolge Dienstunfähigkeit (und von diesen jeder zweite aus psychischen Gründen) (Weber et al 2003, Hasselhorn & Nübling 2004).

Offensichtlich setzt der negative Trend schon lange vor dem 50. Lebensjahr ein, was nahe legt, dass präventive Maßnahmen bereits für junge Lehrern erfolgen sollten. Die detaillierte Datenanalyse macht deutlich, dass es v.a. die in der Schule hohen emotionalen Anforderungen, Rollenkonflikte, soziale Konflikte und fehlende Entwicklungsmöglichkeiten sind, die mit dem Anfall der WAI-Werte assoziiert sind. Dies wären mögliche Ansatzpunkte für Präventionsarbeit in der Schule, wenn man die Arbeitsfähigkeit im Lehrerbereich nachhaltig fördern will. Zu bedenken ist bei Abbildung 2 allerdings, dass bisher erst wenige akademische Berufsgruppen zum Vergleich zur Verfügung stehen, so dass erst weitere Erhebungen zeigen, ob sich diese auffälligen Unterschiede bestätigen.

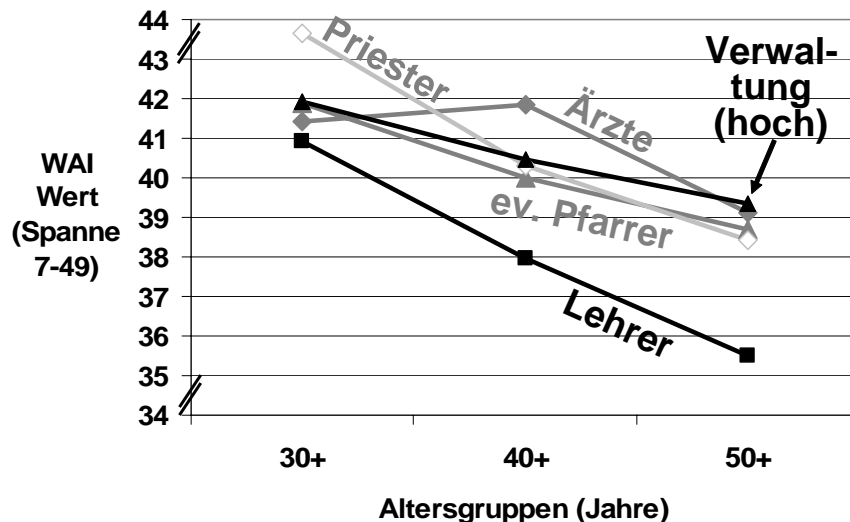


Abbildung 2. WAI bei akademischen Berufsgruppen nach Alter (n=649). Quelle: eigene Daten, deutscher WAI-Datensatz.

Monitoring Instrument

Der WAI eignet sich gut zur Verlaufskontrolle. So kann er bei der betriebsärztlichen Einzelbetreuung wie auch bei Betriebserhebungen ein Maß für die Effizienz von Präventionsmaßnahmen sein.

Referenzwerte

Für den WAI liegen wie bei keinem anderen vergleichbaren Verfahren national und international zunehmend Vergleichswerte vor, die es erlauben, die eigenen Befunde einzuordnen und daher besser zu bewerten.

Prädiktion

Der WAI hat sich als prädiktiv in Bezug auf vorzeitige Erwerbsunfähigkeit, Mortalität und Morbidität erwiesen (und auch Lebensqualität im Ruhestand). (siehe auch unten: Validität)

Mangel an Alternativen

Ein letztes Argument ist der Mangel an Alternativen zum WAI. Es gibt kein vergleichbares einfach anwendbares Instrument, mit dem man in Kürze einen Überblick zur „Arbeitsfähigkeit“ erhalten kann, das sich derart als Checkliste für ein mitarbeiterzentriertes Gespräch zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ eignet, und für das Referenzwerte zur Verfügung stehen.

2. Welches sind Kritikpunkte und was ist dran an ihnen?

Den Argumenten der Anwender stehen z.T. gewichtige Argumente der Kritiker (z.B. Elsner 2005, Georg & Peter 2005) gegenüber. Die Kritiker befürchten, dass der Gebrauch des WAI zu einer Minderung der Qualität des betrieblichen Arbeits- und

Gesundheitsschutzes führen könnte. Mit ihrer Kritik nehmen sie damit eine wichtige „Wächterrolle“ ein.

Validität

- Paradigmenwechsel

Ursprünglich ist der WAI in den 1980er Jahren in Finnland als Bewertungsverfahren zur Frühberentung entwickelt worden. Seit den 1990er Jahren wird er dagegen als Instrument zur Bestimmung des Niveaus der individuellen Arbeitsfähigkeit verwendet (Mäkitalo & Launis 1998, Ilmarinen 2004). Es stellt sich die Frage, ob dieser Paradigmenwechsel zulässig ist, ohne das Instrument entsprechend anzupassen.

Die Autoren dieses Beitrags stimmen diesem Kritikpunkt zu. Einerseits hat die Praxis zwar gezeigt, dass sich das WAI-Instrument sehr wohl zur Lieferung von Grundlagen für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen eignet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er diesbezüglich optimal konstruiert worden ist. Wir halten es für erforderlich, zu untersuchen, ob der WAI als Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit (verstanden als Produkt der Interaktion der Arbeit mit dem Beschäftigten) verbessert werden sollte bzw. kann.

- Individuenzentriertes Instrument

Eine der Hauptfragen der Diskussion ist, ob der WAI – trotz des zugrunde liegenden interaktionistischen Anspruchs (s.o.) – ein individuenorientiertes Erhebungsinstrument ist, das lediglich die individuellen Ressourcen erfasst, d.h. insbesondere Krankheiten und somit Defizite des Einzelnen. Kritiker behaupten, die Bedingungen der Arbeitswelt tauchten nur am Rande auf; niedrige WAI-Werte würden das Unvermögen des Einzelnen spiegeln und nicht etwaige Unzulänglichkeiten am Arbeitsplatz.

Um diese Kritikpunkte zu beurteilen, kommt man nicht umhin, sich die Fragen des Instruments selbst anzusehen (siehe Tafel 1). Es ist offensichtlich, dass einige Fragen den Einfluss der Arbeit auf den Beschäftigten implizit mit einbeziehen (v.a. WAI-Dimension 2,4,6). Andere dagegen sind eher krankheitsorientiert (WAI 3 und WAI 5). Allerdings spiegeln nach Elsner (2005) selbst die krankheitsbedingten Fehltage die Arbeitsbedingungen wider.

Schließlich ist zu bedenken, dass auch die Art der WAI-Erhebung Einfluss darauf hat, inwiefern sich die Arbeit in den Ergebnissen widerspiegelt. So führt das betriebsärztliche Gespräch bei festgestellten Defiziten meist automatisch zur Thematisierung der Arbeitsbedingungen einerseits als (Teil-)Ursache für niedrige WAI-Werte und andererseits als Ziel von erforderlichen Maßnahmen. Bei Fragebogenerhebungen dagegen könnten die Arbeitsbedingungen möglicherweise eine etwas geringere Rolle bei der Beantwortung der Fragen spielen.

- Was misst der WAI eigentlich („Validitätsproblem“)?

Die vorherigen Aspekte beziehen sich im Wesentlichen auf die Frage: „was misst der WAI eigentlich?“. In Längsschnittuntersuchungen hat sich gezeigt, dass Personen mit niedrigen WAI-Werten ein höheres Risiko für künftige Erwerbsunfähigkeit und Mortalität hatten (Ilmarinen & Tuomi 2004). Angesichts der Erfassung von Krankheitsaspekten (WAI Dimension 3 und 5) ist dies wenig überraschend.

Wir meinen, dass es zu einfach wäre, die Prädiktionskraft des WAI auf die erfassten Krankheitsaspekte zu reduzieren. Immerhin ist in epidemiologischen Untersuchungen die Assoziation des WAI mit Aspekten der Arbeitsbelastung in der Regel ausgeprägt (siehe z.B. NEXT-Studie oben). Zudem hat man in Interventionsstudien zeigen können, dass Interventionen, die nicht nur am Individuum, sondern ausdrücklich auch bei den Arbeitsbedingungen ansetzen, zu einer nachhaltigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit bei älteren Beschäftigten führen können. Folglich spiegelt der WAI offensichtlich auch arbeitsplatzbezogene Faktoren wider.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass der WAI zweifellos individuelle wie auch Arbeitsfaktoren spiegelt. Dennoch ist die Validität des WAI sicherlich noch in großen Teilen ungeklärt. Das Problem ist, dass diese Frage nur in aufwändigen Längsschnittuntersuchungen untersucht werden kann.

Datenschutz

Die Informationen, die der Betroffene im WAI berichtet, sind sensibel. Es muss sichergestellt sein, dass sie nicht an Dritte weiter gegeben werden und dass sie nicht zur Selektion von Mitarbeitern genutzt werden können. Bei der betriebsärztlichen Untersuchung besteht die ärztliche Schweigepflicht, so dass eine Informationsweitergabe nur unter Verletzung gesetzlicher Vorgaben möglich wäre. Da betriebs-epidemiologische Erhebungen die Zustimmung der Personalvertretung erfordern, ist der Schutz vor Datenmissbrauch auch hier klar geregelt.

Ersatz für gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen des Arbeitsschutzes

Von einigen Seiten besteht die Befürchtung, dass der Einsatz des WAI ein Ersatz für rechtlich vorgeschriebene Maßnahmen im Arbeitsschutz darstellt, dies entweder im Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit oder der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung. Ersteres ist aufgrund der festgelegten Inhalte der arbeitsmedizinischen Betreuung nicht möglich (und auch nicht denkbar). In Bezug auf die Gefährdungsbeurteilung könnte der WAI lediglich eine (aufwändige) Ergänzung darstellen, aber keinesfalls die gesamte Gefährdungsbeurteilung ersetzen.

Der Begriff „Arbeitsfähigkeit“

Schon in den 90er Jahren ist in Finnland der „Arbeitsfähigkeits-Ansatz“ als Kern betrieblicher Gesundheitsförderung und auch betriebsärztlicher Tätigkeit kritisiert worden. Die Kritiker beobachteten dort eine vorwiegend individuenzentrierte Präventionsarbeit, etwa in dem Sinn, dass die Beschäftigten mit den niedrigsten WAI-Werten für Rehabilitationsmaßnahmen ausgewählt wurden. Ein solches Vorgehen lässt völlig außer Acht, dass der WAI ja auch von den Arbeitsbedingungen bestimmt wird. Die finnischen Kritiker stellten also in diesem Kontext weniger die ausgewählten Fragen des Instruments in Frage, sondern den Umgang mit dem WAI, und hier insbesondere das Verständnis des Begriffes „Arbeitsfähigkeit“ bei allen Beteiligten, d.h. den Verantwortlichen für Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie bei den Beschäftigten selbst. Obwohl die „Arbeitsfähigkeit“ das Zusammenspiel von Arbeit und Individuum umschreibt, werde der Begriff (und damit auch der WAI-Wert) als individuelles Attribut aufgefasst. Probleme der Arbeit würden so als individuelle Probleme wahrgenommen (etwa im Sinne: „mein WAI-Wert ist niedrig, also bin ich unfähig“).

Inzwischen ist man in Finnland vom betrieblichen „Arbeitsfähigkeits-Ansatz“ zum Begriff „work related well being“ übergegangen, einem Präventionsansatz, der (wenigstens theoretisch) die Verhältnisprävention mit einschließt und der die Anwendung des WAI einschließen kann, was auch von den finnischen Gewerkschaften unterstützt wird.

Nicht zuletzt durch die Kontakte im WAI-Netzwerk (ca. 60 Anwender und Interessenten) sehen wir deutlich, dass der WAI in Deutschland – im Gegensatz zum Finnland der 90er Jahre – eindeutig mit dem Ziel der Verhältnisprävention eingesetzt wird. Dennoch schließen wir uns den begrifflichen Bedenken der finnischen Kritiker an. Sämtliche hierzulande debattierten Begriffe des Instruments: „Work Ability Index“, „Arbeitsfähigkeitsindex“, „Arbeitsbewältigungsindex“ machen nicht die Interaktion von Arbeit und Individuum deutlich und können von allen Beteiligten missverstanden werden (s.o.). Einen neuen Begriff, der den interaktionistischen Ansatz deutlich werden lässt, halten wir für zielführender.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend beurteilen wir die Anwendung des WAI in der nachfolgend aufgeführten Differenzierung. Der WAI ist sowohl ein Gewinn wie auch ein Problem für die betriebliche Präventionsarbeit.

Handlungsbedarf besteht aus unserer Sicht in folgenden Punkten:

- Leitlinien für den standardisierten Einsatz des Instruments müssen erstellt werden:
 - z.B. Interviewleitfaden oder Standardinstruktion
 - z.B. für Interpretation der Ergebnisse
 - z.B. für Maßnahmenableitung
 - z.B. für Erstellung von Referenzwerten
- Wir plädieren für eine begriffliche Modifikation, die den interaktionistischen Hintergrund des Konzepts verdeutlicht.
- Langfristig muss das Verfahren untersucht werden in Bezug auf seine Validität
- Hiermit verbunden muss untersucht werden, inwieweit und wo es modifizierbar ist. Das Instrument erfasst u.E. nicht alle notwendigen Aspekte (z.B. Arbeitsbedingungen, Belastungshistorie, Tätigkeitsspezifität etc.).

Trotz des oben skizzierten akuten und mittelfristigen Handlungsbedarfs halten wir überzeugt an der gegenwärtigen Verwendung des WAI fest. Der Verzicht auf dieses Instrument würde eine Lücke hinterlassen, die mittelfristig nicht gefüllt werden könnte. Das Instrument wird hierzulande heute im besten Sinn „Guter Arbeit“ bei der betrieblichen Präventionsarbeit im Interesse der Beschäftigten wie auch der Betriebe eingesetzt. Die positiven Charakteristika des Instruments sind unübertroffen, denn

- das Konzept ist eingängig, das Instrument ist kurz, es ist leicht und vielseitig anwendbar,
- es initiiert und fördert die Debatte zur betrieblichen Präventionsarbeit wie auch
- die Debatte zum Thema „Arbeit und Alter“,
- es kann als Maß der Wirksamkeit von Präventionsanstrengungen verwendet werden,
- und vorhandene nationale WAI Referenzwerte fördern die Aussagekraft.

Unter diesen Prämissen sind derzeit keine Alternativen vorhanden und auch nicht absehbar.

Rolle der Gewerkschaften

In Deutschland (wie auch in Finnland) haben die Gewerkschaften eine bedeutende Rolle bei der Etablierung und Förderung des WAI-Instruments eingenommen (vgl. Tempel & Ilmarinen 2002). Gleichzeitig stellen sie hierzulande die konsequentesten Kritiker. Ein differenzierter konstruktiver Dialog aller Beteiligten wäre wünschenswert. Ansatzpunkte für einen im Sinne der Kritiker verbesserten Einsatz des Instruments bestehen (siehe den oben skizzierten Handlungsbedarf). Resultat eines solchen Dialoges könnte beispielsweise eine Muster-Betriebsvereinbarung sein, die den Einsatz des WAI (inklusive Präventionsansätze), Fragen des Datenschutzes und die betriebsinterne Auswertung regelt.

Das WAI-Netzwerk

Wie durch diesen Artikel deutlich wird, nimmt die Projektleitung des deutschen WAI-Netzwerks bei der gegenwärtigen Diskussion eine kritisch aktive Rolle ein. Wir werden uns auch weiterhin an der Diskussion beteiligen, Informationen bündeln und zugänglich machen. Dies schließt auch die praktische und wissenschaftliche

Beschäftigung mit den Aspekten ein, die wir oben als „Handlungsbedarf“ skizziert haben.

Literatur

1. Elsner G. Der Arbeitsbewältigungsindex: Eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht. *Gute Arbeit* 2005;17(2)18-21
2. Georg A, Peter G. Zur gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Einordnung des Arbeitsbewältigungsindex. *Gute Arbeit* 2005;17(2)22-24
3. Hasselhorn HM, Müller BH, 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, 166 Seiten
4. Hasselhorn HM, Nübling M. Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 2004;39:568-576
5. Ilmarinen J, Tempel J. *Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit wir gesund bleiben?* Hamburg, VSA Verlag 2002
6. Ilmarinen J, Tuomi K. Past present and future of work ability. In: Ilmarinen J & Lehtinen S. *Past present and Future of Work Ability – People and Work Research Report 65*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2004, S. 1-25
7. Ilmarinen J. Preface. In: Ilmarinen J & Lehtinen S. *Past, Present and Future of Work Ability. People and Work – Research Reports 65*, National Institute of Occupational Health, Helsinki, 2004, p iii-iv
8. Müller BH, Hasselhorn HM. Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. *Z Arb Wiss* 2004;58:167-177
9. Mäkitalo J, Launis K. The Finnish Work Ability Approach – a historical and conceptual analysis. *Työterveyslääkäri* 1998;16(1)42-46
10. Tempel J, Giesert M. Das Arbeitsfähigkeitskonzept unterstützt den Wunsch nach guter Arbeit. *Gute Arbeit* 2005;17(2)15-17
11. Weber A, Weltle D, Lederer P. „Früh Pension statt Prävention“? – Zur Problematik der Frühinvalidität im Schuldienst. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 2003;38:367-384