

Health Care Management

Heinz Naegler
Marlies Garbsch

Personal- management im Krankenhaus

4., erweiterte
und aktualisierte Auflage



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

17 Arbeitsfähigkeit und längeres Arbeitsleben

IRENE KLOIMÜLLER

17.1 Der demografische Wandel im 21. Jahrhundert

17.1.1 Demografische Entwicklung der Bevölkerung

Der Anteil der jungen Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt ab. Der Wettbewerb um die weniger werdenden jungen Menschen wird sich noch die nächsten 15–20 Jahre fortsetzen. Nur jene Arbeitgeber werden auf dem geänderten Arbeitsmarkt bestehen können, denen es gelingt, die Arbeitsbedingungen bestmöglich auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter und Mitarbeiter unterschiedlicher Altersgruppen auszurichten.

Europa ist der ergraue Kontinent: die einzige Bevölkerungsgruppe im erwerbsfähigen

Alter die weiter anwächst, ist die der 55- bis 64-Jährigen (s. Tab. 1).

Diese Entwicklung spiegelt sich etwas zeitverzögert in der Erwerbstätigenquote wider (s. Tab. 2).

Man sieht, dass in Deutschland der Anteil an Beschäftigten in der Altersgruppe 55 Jahre plus deutlich über dem Österreichschnitt liegt, und dass es in Deutschland sichtlich besser gelingt Betrieben zu motivieren Ältere zu halten beziehungsweise Betroffene selber zu aktivieren im Job zu bleiben. In Österreich lässt sich vor allem ein großer Nachholbedarf bei der Beschäftigung von älteren Frauen orten, welche aber in hohem Ausmaß in Branchen wie Gesundheit und Soziales tätig sind. Zeitgleich steigt die Lebenserwartung (trotz Wirtschaftskrise) in Deutschland und Österreich

Tab. 1 Veränderung der erwerbsfähigen Bevölkerung in der Europäischen Union in der Zeit von 2005 bis 2030

Altersgruppen	Veränderung der Zahl der Erwerbstätigen			
	in den Jahren 2005 bis 2010		in den Jahren 2010 bis 2030	
	absolut	in %	absolut	in %
von 15–24 Jahren	-2.400.000	-4,1	-6.700.000	-12,0
von 25–39 Jahren	-3.900.000	-3,9	-14.900.000	-15,6
von 40–54 Jahren	+4.100.000	+4,2	-10.000.000	-9,8
von 55–64 Jahren	+5.000.000	+9,5	+8.700.000	+15,3

Quelle: zusammengestellt nach Eurostat Daten aus 2012

Tab. 2 Beschäftigungsquoten der 55-bis 64-jährigen im Vergleich

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	2012 (in %)	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)	2012 (in %)	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)	2012 (in %)	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)
	Europäische Union 27	48,9	+1,5	56,4	+1,2	41,9
Deutschland	61,5	+1,6	68,5	+1,5	54,8	+1,8
Österreich	43,1	+1,6	52,5	+1,9	34,1	+1,2

Quelle: EUROSTAT 11.04.2013

weiter an. Dieses Beschäftigungsparadoxon der zunehmenden Diskrepanz (Walker 2002, S. 131ff.) zwischen steigender Lebenserwartung und zu geringer Beschäftigungsquote Älterer am Arbeitsmarkt zeigt bereits heute seine Auswirkungen in einer zunehmend schwierigeren Finanzierung von Gesundheits- und Sozial- und Rentensystemen und hat natürlich Einfluss auf die Situation von Betrieben und Gesundheitseinrichtungen.

Auch wenn es Medizinbetrieben gelingt, Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Arbeitgebern wirksam werden zu lassen, wird es auch für sie immer weniger junge Menschen geben, die eine Ausbildung als Voraussetzung für eine Arbeitsaufnahme in einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft absolvieren werden. Die Anzahl der Beschäftigten in den Medizinbetrieben wird also stagnieren oder tendenziell abnehmen; das Personal in diesen Betrieben wird im Durchschnitt älter werden.

Ein großes Potenzial an Erwerbspersonen liegt daher bei den Ältesten, insbesondere bei den Frauen dieser Altersgruppen. Ziel für Betriebe und Organisationen ist es, attraktiv für Jüngere wie Ältere zu sein, Jüngere gut an sich zu binden und Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Ältesten ein bisschen länger bleiben können und wollen.

Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern müssen altersgerecht gestaltet werden, sodass auch noch ältere Mitarbeiter die im Rahmen der Patientenversorgung erforderlichen Leistungen erbringen bzw. ihre Stärken Einbringen können.

17.1.2 Auswirkungen des Demografieumbaus auf die Altersstrukturen und Personalsituation in Gesundheitsorganisationen

Die beschriebenen demografischen Trends legen die Vermutung nahe, dass in den Ein-



richtungen des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren zunehmend Ältere und ganz alte Menschen von zunehmend älteren Beschäftigten betreut werden. Es werden etwa 35–40% der Beschäftigten im Gesundheitswesen in 5 Jahren über 50 Jahre alt sein.

17.1.3 Ältere Belegschaften in den Gesundheitseinrichtungen werden Realität – vor welche Herausforderungen stellen sie die Gesundheitsorganisationen?

Um den demografischen Veränderungen und den Altersstrukturwandel gut zu gestalten, liegt die größte Herausforderung im raschen Handeln, denn die Retention der Älteren ist jetzt gefragt und die Beschäftigungsfähigkeit der Älteren der Zukunft wird jetzt entschieden. Schnelle Maßnahmen zur Verlängerung des Erwerbslebens sind notwendig und zwar nicht nur im Sinne einer Hinaufsetzung des Renteneintrittsalters, sondern im Sinne des Erleichterns des Verbleibs in der Arbeitswelt. Das verlangt ein Umdenken betreffend die Leistungsfähigkeit Älterer (weg vom Abbau- und hin zum Kompetenzmodell), flexiblerer und altersgerechter Arbeitsplätze und Arbeitszeiten, umsetzbarer Konzepte des lebenslangen Lernens, lateraler oder horizontaler Karrieremodelle aufbauend auf Kompetenz zusätzlich zu vertikalen und anderen Ansätzen, wie sie in Abschnitt 4.4 beschrieben werden. Der Altersstrukturwandel ist gut gestaltbar und birgt viele Chancen in Hinsicht auf die Nutzung von umfassender Erfahrung.

17.1.4 Einstellungen gegenüber dem Alter und dem Altern in der Gesellschaft und ihr Einfluss auf das Personal in den Gesundheitsorganisationen

Durch die Rentenpolitik der letzten Jahrzehnte ist das Alter von 55–60 Jahren zum „normalen“ Renten- bzw. Pensionsalter geworden, für

Betriebe wie Betroffene gleichermaßen. Diese Politik wirkt trotz stufenweiser Erhöhung des Eintrittsalters weiter, denn sie lebt in der „magischen Grenze des faktischen Renten- bzw. Pensionsalters“, welche sich deutlich von dem gesetzlich festgelegten unterscheidet.

In einem System, in dem große Anteile von Berufstätigen aus dem aktiven Erwerbsleben ausgestiegen sind und aussteigen, bevor sie das 60. Lebensjahr erreicht haben, sind auch die heute 50-Jährigen noch auf diese Altersgrenze eingestellt. Viele Arbeitgeber und Vorgesetzte zählen Mitarbeiter ab einem Alter von 45 Jahren zu den Älteren, die ohnehin in ein paar Jahren gehen werden und für die also Maßnahmen der Personalentwicklung nicht mehr notwendig sind.

Es kommt zum Schulterchluss von Arbeitnehmern wie Arbeitgebern im Sinne der geistigen vorzeitigen Pensionierung, oft gefolgt von der faktischen vorzeitigen Rente. Die Perspektiven für große Anteile von Mitarbeitenden werden durch diese Sicht und Verhaltensweisen eingeschränkt: Das Arbeitsleben will man möglichst schnell hinter sich „kriegen“, um dann die Pension möglichst lange genießen zu können. Für eine berufliche Tätigkeit sind die Menschen „zu alt“, in der Pension verhalten sie sich jung und dynamisch und sind als konsum- und kaufkräftige Zielgruppe längst erkannt. In der Freizeit wird dann alles im Sinne eines Anti-Agings unternommen.

Alter ist in unserer heutigen europäischen Gesellschaft tabuisiert, man darf zwar erfahren, aber nicht alt werden. Ältere Menschen werden am Arbeitsplatz diskriminiert, oft nicht in gezielter Absicht, sondern alleine durch die mangelnde Einbeziehung in die Fort- und Weiterbildung oder Veränderungsmöglichkeiten. Die Richtung kann nur lauten, eine gute gezielte „Pro Aging Strategie“ im Sinne eines produktiven Älterwerdens in der Arbeitswelt, in der Freizeit und in der Rente. Ziel ist es, den Profit der verlängerten Lebenserwartung, der verbesserten Lebensqualität und der längeren gesunden Lebens-

III Schwerpunkte attraktiver Arbeitsplatzgestaltung

jahre der Älteren auch dem Erwerbsleben zugutekommen zu lassen.

Dafür müssen Arbeit und Freizeit besser ausbalanciert werden, Arbeitsbedingungen eine altersgerechte Entwicklung und lebensphasengerechte Optionen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zulassen. Alter darf nicht zu einer Barriere für Beschäftigung werden. Und Beispiele aus der Praxis zeigen, dass bei entsprechenden Rahmen Menschen sehr gut in der Lage sind, sehr leistungsstark bis ins höhere Lebensalter zu arbeiten.

17.1.5 Warum haben Organisationen bis dato nicht gelernt, älteren Mitarbeitern geeignete Rahmenbedingungen zur Erleichterung des Verbleibs im Arbeitsprozess anzubieten

In einer Arbeitswelt, in der es in den letzten Jahren wenige Ältere gab, scheint vordergründig der Bedarf für die Beschäftigung mit Älteren und dem Älterwerden nicht gegeben. Unter jenen, die mit mehr als 55 Jahren noch im Arbeitsprozess stehen, sind überdurchschnittlich viele Führungskräfte (größerer Handlungsspielraum, mehr Verantwortung, mehr Wertschätzung, höheres Prestige, besseres Einkommen ...) und so genannte „Surviver of the fittest“, jene Menschen, die mit den Arbeitsbedingungen gut zurechtkommen. Die Mehrheit, die vor dem Erreichen des Alters von 55 Jahren gegangen ist, auf Grund von Problemen allgemeiner Art, Krankheit, mangelnder Perspektiven, unzureichender Qualifikation oder Demotivation, sie spricht hier nicht mehr mit. Die Notwendigkeit, auch Ältere zu fördern oder zu integrieren, war nicht gegeben. Das Management hat es deshalb auch nicht gelernt, sich mit den Bedürfnissen älter werdender Erwerbstätiger auseinander zu setzen. Man hat das Modell des sozial abgefederten in die Rente Schiebens bevorzugt.

Erst in der jüngsten Vergangenheit, in der in Branchen mit einem hohen Anteil an hoch

qualifiziertem Personal – so wie die Gesundheitswirtschaft – der demografische Umbruch erstmals in Personalknappheit spürbar wird, beginnen sich Organisationen mit dem Thema altersgerechte Arbeitswelt intensiver zu beschäftigen. Die Arbeitswelt der Zukunft ist auf die Leistungsfähigkeit, Erfahrung und Stärke auch Älterer angewiesen, und es gibt gute Erfahrungen und Modelle, die zeigen, dass es sich für alle Beteiligten lohnt, hier zu investieren.

17.2 Erhalt von Arbeitsfähigkeit

17.2.1 Das Konzept von Arbeitsfähigkeit

Anwesenheit alleine ist zu wenig! Um eine produktive Verlängerung des Arbeitslebens zu schaffen, brauchen wir Mitarbeiter, die ihre Arbeit auf Grund ihrer Gesundheit bewältigen können, die kompetent, motiviert und bereit für die Arbeit sind. Kurzum, wir brauchen arbeitsfähige Mitarbeiter.

Diese kurze Einleitung umreißt eigentlich die wesentlichsten Aspekte von „Arbeitsfähigkeit“.

Gemeint ist inwieweit einen Arbeitnehmer in der Lage ist, seine Arbeit angesichts vom Gesundheitszustand, mentalen Ressourcen, Qualifikationen, persönlichen Werten und Einstellungen und den gegebenen Arbeitsanforderungen zu erfüllen.

Arbeitsfähigkeit ist die Übereinstimmung zwischen dem, was ein Betrieb bzw. eine Organisation dauerhaft verlangt und bietet und dem, was eine Person leisten kann und will. Ganzheitliche Arbeitsbewältigungsfähigkeit integriert also mehrere Dimensionen:

- Arbeitsfähigkeit im Sinne von gesundheitlichen Ressourcen, Fähigkeiten und Kompetenzen (Können),
- Arbeitsbereitschaft im Sinne von Interesse und Motivation (Wollen) und
- Arbeitsfähigkeitsmöglichkeit im Sinne von guten altersgerechten Bedingungen



Gelingt es Arbeitsfähigkeit ganzheitlich zu fördern, wird sich auch ein längerer Verbleib einstellen. Das Ziel einer produktiven Arbeitswelt ist daher nicht Anwesenheit zu erzeugen, sondern Arbeitsfähigkeit.

Arbeitsfähigkeit ist kein statischer Zustand, sondern einem Wandel unterlegen. Sie verändert sich einerseits mit dem Älterwerden, andererseits mit den Anforderungen. Die Ausprägung kann nach oben und unten schwanken, üblicherweise verlieren zwei Drittel der Arbeitnehmer ohne Unterstützungsmaßnahmen an Arbeitsfähigkeit im Laufe des Berufslebens. Arbeitsfähigkeit ist also ein dynamisches Modell, kann jedoch bis ins höhere Berufsalter gefördert werden.

Das Niveau der Arbeitsfähigkeit wirkt für Arbeitnehmer und Betriebe in der Gegenwart und zugleich in die Zukunft hinein:

- Niedrige Arbeitsfähigkeit im Berufsleben um die 50 Jahre geht mit schlechter Gesundheit, eingeschränkter Selbständigkeit im höheren Alter und reduzierter Lebenserwartung Hand in Hand. Nur 20% der Menschen mit kritischer Arbeitsbewältigungsfähigkeit fühlen sich 5 Jahre nach der Pensionierung noch subjektiv gesund, aber 36,6% der Personen mit mäßiger, 62,8% mit guter und 73,3% der Personen mit sehr guter Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Ähnliche Tendenzen zeigen sich mit der Selbständigkeit im Alltag im höheren Alter.
- Höhere Arbeitsfähigkeit hingegen bedeutet mehr Gesundheit, mehr Freude und Sinn in der Arbeit und damit höhere Leistung und bessere Qualität und ein längeres aktives und selbständiges Leben im späteren Ruhestand (Zusammenfassung aus Ilmarinen [2006]).
- Niedrige Werte in der Arbeitsbewältigung bedeuten auch klassische Produktivitätsverluste¹ (gemessen nach der QQ-Metho-

de²). Die linearen Regressionsanalysen der Produktivitäts-Studie des Erasmus Medical Center Rotterdam 2005–2006 ergaben, dass Arbeitnehmer-Gruppen mit kritischen Arbeitsbewältigungswerten einen Produktivitätsverlust von rund 26,6%, mit mäßiger Arbeitsbewältigung einen Verlust von 12% und mit guter Arbeitsbewältigung einen Verlust von 4,9% im Vergleich zu jenen mit sehr guter Arbeitsbewältigung (Referenzgruppe) hatten.

Arbeitsfähigkeit zu fördern ist ein soziales und wirtschaftliches Ziel und stellt eine Win-win-Situation dar (eigentlich eine Win-win-win-Situation, weil auch die Volkswirtschaft ihren Nutzen durch eine Arbeitsfähigkeitssteigerung hat, weil weniger Entgeltfortzahlungen, weniger Invalidität, späterer Pensionsantritt).

Für den Erhalt von Arbeitsfähigkeit tragen Mitarbeiter und Arbeitgeber gemeinsam die Verantwortung. Diese Verantwortung kann nicht in die eine oder andere Richtung einseitig abgegeben werden.

17.2.2 Veränderung von Arbeitsfähigkeit mit dem Älterwerden

Das Leistungsspektrum von uns Menschen unterliegt mit dem Älterwerden einem Umbauprozess: im körperlichen Bereich kommt es zu einem Abbau, verschiedene Fertigkeiten, Erfahrungen und soziale Fähigkeiten nehmen hingegen zu. Der Umbau der Leistungsfähigkeit vollzieht sich in verschiedenen Bereichen sehr unterschiedlich (s. Tab. 3).

Besonders bei älteren Arbeitnehmer beeinflusst neben Gesundheit und Kompetenz ihre **Einstellung** zur Arbeit das Niveau ihrer Arbeitsfähigkeit (zweites Stockwerk im Haus der Arbeitsfähigkeit, s. Kap. 17.2.3). Fragen

¹ Prozentualer Produktivitätsverlust nach Arbeitsfähigkeits-Index in Unternehmen (Erasmus MC Rotterdam, T. Vandenberg, 2009)

² Quantity and Quality Method nach Brouwer et al., 1999 (How much work did you perform during regular hours on your last regular workday as compared with normal? Skala von 0–10)

III Schwerpunkte attraktiver Arbeitsplatzgestaltung

Tab. 3 Umbau der Arbeitsfähigkeit und generelle Folgen für Arbeitsgestaltung

Abbauprozesse	Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung (Beispiele)
Muskelfkraft nimmt ab	Tätigkeiten mit großen Kraftaufwand, oder langes Stehen, Heben, Tragen, Ziehen vermeiden
Sauerstoffaufnahme über Lunge herabgesetzt	Tätigkeiten mit hohem Sauerstoffverbrauch, also mit hohem Energieeinsatz reduzieren
Beweglichkeit Muskulatur und Gelenke nimmt ab	Vor allem Tätigkeiten mit Über-Kopf-Bewegungen oder Dreh-Bewegungen vermeiden
Häufung von Lendenwirbelbeschwerden, damit auch erhöhtes Risiko für Fallen und Ausrutschen (langsamere Rehabilitation bei Verletzungen)	Arbeitsanweisungen für richtige Haltung, Präventionsprogramme „Rücken-Wirbelsäule“
Wahrnehmungsfähigkeit wird reduziert (Sehen, Hören)	Ausreichende Beleuchtung der Arbeit, Kontraststärke, adäquate Farbgestaltung (z.B. Vermeidung von grün-blau Signalen) ausreichende Schriftgröße auf Monitoren Umgebungsgeräusche möglichst dämpfen, spezieller Gehörschutz (z.B. dynamisch regelnde Filtersysteme) Erhöhen der Signal-Geräusch-Relationen
Hitze- Kälte-Verträglichkeit herabgesetzt, Temperaturwechsel anstrengender	Rasche Temperaturwechsel in Arbeit vermeiden bzw. spezielle Schutzkleidung Hitzetätigkeit, Kältetätigkeit einschränken Ausreichend Elektrolytgetränke bei Hitzearbeit zu Verfügung stellen
Verminderte Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit	vor allem bei Kontrolltätigkeit akustische und optische Signale kombiniert Tätigkeiten mit typischen „rapid start“ Reaktionen vermeiden Tätigkeiten mit höherer Kontrolle und Vorhersehbarkeit von Situationen
Geringere Toleranz für Tempo, Druck ...	Tätigkeiten mit höherer Selbstbestimmung und Eigenregulation
Nachtschichtverträglichkeit geringer	Mehrere Nachtschichten hintereinander vermeiden Wahlmöglichkeiten der Arbeitszeitform schaffen
Geringere Erholungsdefizit-Toleranz	ausreichend Pausen ermöglichen
Stabile Prozesse	Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung (Beispiele)
Intelligenzleistung ist relativ stabil (rasches Aufnehmen und Merken neuer Inhalte langsamer, aber durch Erfahrung nimmt „kristalline“ Intelligenz zu, Anknüpfen von Neuem an Bestehendes stabilisiert die Merkfähigkeit)	Aufgaben mit Lernanreizen schaffen Weiterbildung/Trainings: Sinnebezug der Lerninhalte herstellen Selbstbestimmtes Lernen ermöglichen Auffrischen gewisser Lerntechniken Adäquates Trainer/-innenverhalten
Zunehmende Prozesse, Zuwachs	Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung (Beispiele)
Lebens- und Arbeitserfahrung	Komplexe Aufgabe übertragen, die Erfahrung, Weitblick & Überblick verlangen
Implizites Wissen, Weisheit ganzheitlich intuitives Arbeiten	Tätigkeiten zuweisen, welche die Weitergabe von implizitem Wissen und Erfahrung ermöglichen
Gelassenheit	
Rationalisierungsfähigkeit	



Zunehmende Prozesse, Zuwachs	Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung (Beispiele)
Empathie, Besonnenheit, Rücksichtnahme	Beziehungsaufgaben oder Aufgaben, die hohe soziale Kompetenz verlangen, übertragen
Selbstbewusstsein und Überzeugungskraft	Handlungs-Spielraum und Ausmaß der Selbstbestimmtheit erhöhen
Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, Entschiedenheit, Mut, Resilienzfähigkeit	Komplexe Aufgaben verantworten
Loyalität gegenüber Arbeitgeber	Vertrauen und Zutrauen von Aufgaben von Seiten des Vorgesetzten in ältere Arbeitnehmer

Quelle: Überarbeitung nach Ilmarinen (2006), S. 171-211

nach dem Sinn, persönlichen Erwartungen an die Arbeit, dem Handlungsspielraums und der Wertschätzung werden gewichtig in die Waagschale geworfen, wenn es darum geht, sich zu entscheiden, wie stark man sich für die Arbeit engagiert und wie lange man noch bleiben möchte. Führungskräfte sind daher aufgefordert, Wertschätzung zu vermitteln und Handlungsspielräume (so weit sie können) zu eröffnen. Allerdings vor allem Führungskräfte der mittleren Führungsebene, die in einer sogenannten Puffer-Zone zwischen oben (Management, erste Führungsebene) und Basis (Mitarbeiter) tätig sind, verlieren durch den Druck, den sie von beiden Seiten erfahren und ihren zunehmend eingeschränkten Kompetenzen selber mit den Jahren deutlich an Arbeitsfähigkeit. Die mittlere Führungsebene (Primärärzte, Oberärzte, Stationsleitungen, Teamleitungen ...) ist daher immer auch Zielgruppe bei arbeitsfähigkeitsfördernden Maßnahmen.

Erwartungen an Mitarbeiter fördern Arbeitsfähigkeit: Wen keine neuen Anforderungen erwarten, der zieht sich zurück und verliert an Lern- und Arbeitsfähigkeit. Und genau das geschieht immer noch in vielen Betrieben. Passieren Kränkungen, weil Geleistetes nicht anerkannt wird, weil negative Stereotype gegenüber Älteren zum Ausschluss vom Neuen führen, wird das Vertrauen der Arbeitnehmer in Führung und Arbeitgeber erschüttert. Der psychologische Arbeitsvertrag wird

brüchig und die Bereitschaft sich für diesen Arbeitgeber zu engagieren baut sich ab.

17.2.3 Erhalt und Förderung von Arbeitsfähigkeit bis in die Rente

Einführung

Ziel einer altersngerechten Arbeitsgestaltung ist der Erhalt von möglichst hoher Arbeitsbewältigungsfähigkeit über alle Lebensphasen, und zwar vom Berufseintritt bis zum regulären Rentenantritt. Das verlangt Kenntnisse über die Potenziale und Bedürfnisse der einzelnen Altersgruppen bzw. in den einzelnen Lebensphasen (so wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben).

In wenigen Worten zusammengefasst: Altersungerecht sind all jene Tätigkeiten mit sehr starken körperlichen Anforderungen (Heben, Tragen bei ungünstigen Körperhaltungen), monotone Tätigkeiten, die geistig und sozial unterfordern, wenig Lernanreize bieten, dazu aber in einem hohen Arbeitstempo oder überwiegend in der Nacht ausgeübt werden müssen. So kann niemand gut alt werden und leistungsfähig bleiben, denn wer falsch oder einseitig beansprucht wird, verliert rasch an Arbeitsfähigkeit!

Altersngerechte Gestaltung bedeutet vor allem auch, ein gewisses Maß an Flexibilität und Veränderung zuzulassen, denn was für

eine/n 20-Jährige/n gut ist, muss noch lange nicht für die/den 50-Jährige/n passend sein. Altersgerechtigkeit bedeutet gezielt Unterschiede zu machen, um Mitarbeiter gleichwertig, aber eben nicht gleich zu behandeln.

Der Erhalt von Leistungsfähigkeit bis ins hohe Berufsalter kann gut unterstützt werden, wenn die Bereitschaft von Management bzw. Führung zur Unterstützung gegeben ist und in verschiedenen Handlungsfeldern im Betrieb interveniert wird. Das Haus der Arbeitsfähigkeit, das im nächsten Kapitel ausführlich beschrieben wird, ist ein Modell, mit dem in Österreich bereits viele Krankenhausorganisationen arbeiten, um die Handlungsfelder zu systematisieren.

Das Haus der Arbeitsfähigkeit

Ein umfassendes Verständnis vom Erhalt von Arbeitsfähigkeit hat der finnische Physiologe Juhani Ilmarinen entwickelt und die Zusammenhänge einzelner Dimensionen im sogenannten „Haus der Arbeitsfähigkeit“ (s. Abb. 1) dargestellt. Das Haus besteht aus vier Stockwerken, die aufeinander aufbauen, aus

- der Gesundheit des Individuums, d.h. seines/ihrer gesundheitlichen Leistungsvermögens,
- der Kompetenz, d.h. dessen/deren Fertigkeiten und Wissen,
- den Werten, d.h. Einstellungen und Motivationen und
- der Arbeit selber, d.h. der Gestaltung von Arbeits-Inhalten, Arbeits-Anforderungen und der Arbeits-Umgebung.

Die Stockwerke des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ sind durch Stiegen miteinander verbunden, das heißt sie beeinflussen sich wechselseitig.

Gesundheit bildet die Basis des Hauses der Arbeitsfähigkeit. Gesundheit als körperliche und psychisch-geistige Leistungsfähigkeit er-

leichtert die erfolgreiche Erfüllung unserer Arbeitsaufgaben. Jede Einschränkung oder jede Diagnose bedeutet mehr Anstrengung für die gleiche Tätigkeit und greift damit unsere Leistungsfähigkeit an. Chronische Erkrankungen beispielsweise führen auf Dauer zu spürbaren Einschränkungen.

Kommt es dadurch zu Einbußen in der gesundheitlichen Arbeitsfähigkeit, bedeutet dieselbe Arbeit höhere Beanspruchung für den Betroffenen und führt auf Dauer zu einer Überbeanspruchung und in Folge zu Produktivitätsverlusten für das Unternehmen. Bin ich häufig mit Beschwerden bzw. Krankheit in der Arbeit, entsteht Präsentismus (das bedeutet Anwesenheit auf der Arbeit aber mit gesundheitlichen Beschwerden), der sich langfristig nachteilig für die Mitarbeiter, sowie für das Unternehmen auswirkt.

Zwei Ziele leiten sich aus dem ab: Gesundheit möglichst gut wiederherzustellen bzw. zu erhalten und gegebenenfalls bei Einschränkungen die Anforderungen aus der Arbeit adaptieren.

Kompetenz – abgebildet im ersten Stockwerk – stabilisiert das Haus der Arbeitsfähigkeit, wie die anderen Stockwerke auch. Gute Qualifikation und Kompetenzen sind für den Erhalt von Arbeitsfähigkeit unentbehrlich. Ebenso das Einbringen-Können der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Damit Arbeitsanforderungen und Qualifikation gut zusammenpassen, müssen Mitarbeiter:

- gut ausgebildet sein (Ausbildung, Fachkompetenz),
- an „richtiger Stelle“ eingesetzt werden (Aufgabe der Vorgesetzten),
- Angebote bekommen, um sich ständig weiter zu qualifizieren (Weiterbildung – Aufgabe des Vorgesetzten) und
- diese Angebote auch eigenverantwortlich wahrnehmen (Weiterbildung).

Es sind aber nicht nur Basisanforderungen, die täglich bewältigt werden müssen, son-

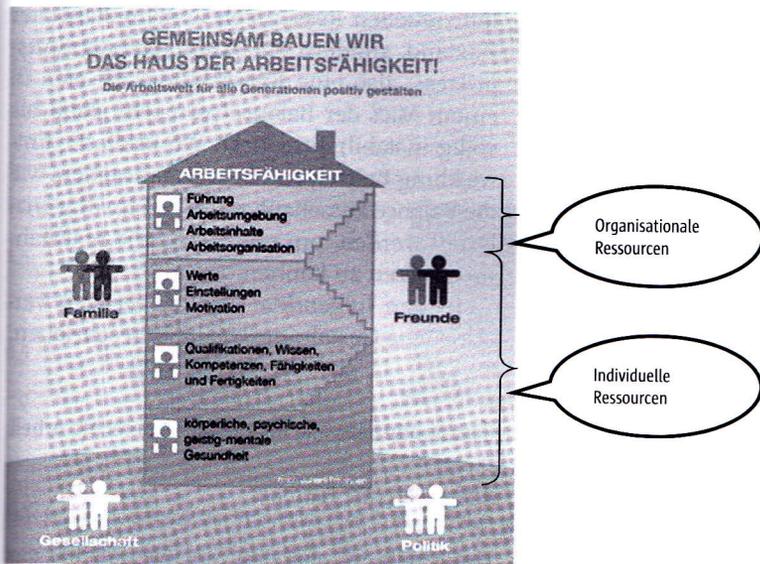


Abb. 1 Das Haus der Arbeitsfähigkeit nach Juhani Ilmarinen (Kloimüller; Czeskleba, S. 18)

den auch neue Aufgaben bzw. Herausforderungen, die an die Betroffenen gestellt werden. Entscheidend für produktive Arbeitsfähigkeit ist, ob jemand mit seinen Anforderungen gut zurechtkommt und die eigenen Ressourcen als ausreichend einschätzt.

Das mit dem Alter zunehmende Erfahrungswissen unterstützt den Umgang mit schwierigen oder sozial komplexen Situationen, ersetzt aber nicht, dass Mitarbeiter sich auch im fachlichen Bereich ständig weiterentwickeln müssen (lebensbegleitendes Lernen).

Sozialkompetenz erlernen Menschen nicht in ihrer Ausbildung, sondern vor allem im Berufsalltag. Dabei spielen Führungskräfte (Vorbildwirkung) und das soziale Gefüge im Team eine große Rolle.

Viele Mitarbeiter, die länger nicht im Lernprozess waren, oder auch Ältere brauchen eine andere Didaktik (alternsgerechte Didaktik) als in Unternehmen und Bildungsinstitutionen üblicherweise verwendet wird. Lernen ist bei guter Didaktik jedoch bis ins hohe Alter möglich.

Werte und Einstellungen beeinflussen Arbeitsfähigkeit wesentlich, sie sind im zweiten Stock des Hauses der Arbeitsfähigkeit beheimatet. Positive Grundwerte und eine prinzipiell gute Einstellung zur Arbeit haben einen sehr hohen Einfluss auf Arbeitsfähigkeit und das Arbeitsklima in Unternehmen. Viele Mitarbeiter haben eine sehr positive Beziehung zu ihren Tätigkeiten. Diese Einstellung ist ein enormer Schatz für das Unternehmen. Ein Teil der Mitarbeiter verliert jedoch aus unterschiedlichen Gründen – wie vorher beschrieben – über die Jahre diese positive Einstellung.

Im zweiten Stockwerk wird auch das Verhalten von Mitarbeiter abgebildet, mit Beschwerden oder trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen (Präsentismus). Krank zur Arbeit zu gehen, kann aufgrund eines komplexen Geflechts unterschiedlicher Überlegungen zu Stande kommen – dabei verstärken einander die Loyalität gegenüber Arbeitgeber und Kollegen, die man nicht im Stich lassen möchte, die Sorge um finanzielle Einbußen, Stapelarbeit (Arbeit bleibt liegen, belastet

dann umso mehr), Angst vor dem Arbeitsplatzverlust, fehlende Abgrenzmöglichkeit usw. Präsentismus betrifft in Krankenhäusern vor allem jene Berufsgruppen mit knapper Personalausstattung, in Deutschland und Österreich zunehmend Ärzte. Präsentismus führt zur Verminderung von Arbeitsfähigkeit und erzeugt in vielen Betrieben heute schon höhere Produktivitätseinbußen als Fehlzeiten (Steinke; Badura, S. 5).

Diese Ausführungen deuten bereits an, wie eng das zweite Stockwerk mit dem obersten Stock – dem Stockwerk der *Arbeitsbedingungen, der Führung, der Anforderungen und Handlungsspielräume, der Zusammenarbeit im Team* – verbunden ist. Hier entscheidet sich oft, ob z.B. negatives Führungsverhalten oder ein schlechtes Betriebsklima unmittelbar Auswirkungen auf die Einstellungen von Mitarbeiter haben. Hier sind aber auch die Hebel zu finden, mit deren Hilfe passende Herausforderungen und Weiterbildung sowie Arbeitsmittel für möglichst viele Mitarbeiter verbessert werden können und in der Folge höhere Arbeitsfähigkeitswerte und Produktivität erreicht werden.

Wessen Verantwortung ist der Erhalt von Arbeitsfähigkeit?

Arbeitsfähigkeit wird zu etwa 40% durch individuelle Faktoren und etwa 60% durch Arbeit/Arbeitsanforderungen beeinflusst. Der Erhalt von Arbeitsfähigkeit liegt also – wie bereits einleitend erwähnt – sowohl in der Eigenverantwortung von Arbeitnehmern wie in der Verantwortung von Arbeitgeber (und natürlich auch im Interesse beider).

Es ist die Verantwortung vom Arbeitgeber, Arbeitsanforderungen (Belastungen) so zu gestalten, dass sie als betriebliche Ressourcen dazu beitragen, dass Beschäftigte ohne größere Gefährdung ihre Aufgaben gut erfüllen können und wollen. Das Übereinstimmen von betrieblichen Anforderungen und

individuellen Ressourcen ist kein statischer Zustand, sondern ein ständiger Adaptionsprozess, also eine Entwicklung, die sich in einem Maß der Balance (von sehr stabil bis völlig instabil) ausdrückt. Wo in dieser Entwicklung Betrieb und Belegschaft stehen, wie die Balance ausschaut, muss regelmäßig analysiert werden, um entsprechende Maßnahmen setzen zu können.

In den folgenden Kapiteln werden verschiedene Gestaltungsbeispiele beschrieben.

Gestaltungsbeispiele für eine altersgerechte Arbeit

Altersgerechte Führung

Innerhalb des obersten Stockwerkes hat das Führungsverhalten den größten Einfluss auf den Erhalt von Arbeitsfähigkeit mit dem Älterwerden:



Ein positives, wertschätzendes Führungsverhalten beeinflusst die Arbeitsfähigkeit zwei Mal so stark wie vermehrter Sport (s. Abb. 2).

Zu dieser Erkenntnis gelangten Prof. J. Ilmarinen und sein Team bereits Ende der 1990er-Jahre. Sie haben den Einfluss einer wertschätzenden und positiven Einstellung von Führung für die Leistungsfähigkeit Älterer im „FinnAge – Respect for the Ageing“-Programm durch das Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) (1990–1996) eindrucksvoll beschrieben. Sie konnten zeigen, dass Einstellung und das resultierende Verhalten der Vorgesetzten den größten Einfluss auf die Förderung von Arbeitsfähigkeit Älterer hatte. Stärker als ergonomische oder individuelle Fördermaßnahmen! Eine gegenüber Älteren positiv eingestellte Führungskraft fördert den (lebensbegleitenden) Weiterbildungsprozess von Älteren und integriert deren Erfahrung in betriebsinterne

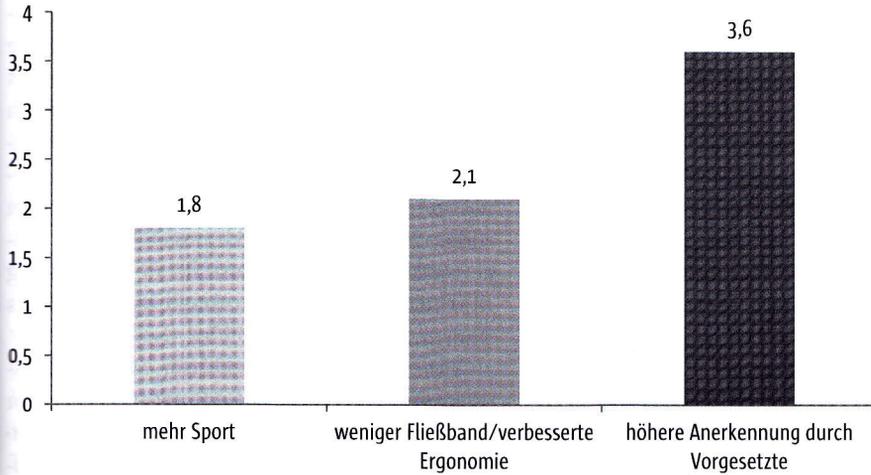


Abb. 2 Verbesserung von Arbeitsfähigkeit in der Zeit von 1981 bis 1992 als Ergebnis der 11 Jahre follow up Studie (Ilmarinen; Tempel [2002], S. 249)

Projekte. Sie achtet darauf, dass Erfahrung und Wissen weitergegeben werden können und dass Kooperationen altersübergreifend entstehen. Das wird von den Betroffenen als Zutrauen und Wertschätzung empfunden und fließt als Engagement zurück.

Folgende Faktoren sollte eine altersgerechte Führung beherzigen:

- Wertschätzung, Respekt, keine Vorurteile gegenüber einzelnen Altersgruppen,
- Menschen etwas zutrauen, vertrauen auf sie und ihnen Handlungsspielräume einräumen,
- Fordern und fördern bis zum Rentenantritt,
- Klarheit über Arbeits-Aufgaben und die jeweiligen Rollen schaffen,
- Kooperation der Generationen fördern und
- Unterstützung, wenn notwendig und sinnvoll.

Die Sensibilisierung bzw. Schulung von Führung und Management in sog. „Alters-Management“-Trainings ist daher fixer Bestandteil aller Projekte im Bereich Altersgerechtes Arbeiten.

Weiterentwicklung fördern

Gerade erfahrene Mitarbeiter brauchen zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit Entwicklungsperspektiven. Klassische Karrierepfade sind im Krankenhaus bei einer großen Gruppe an Beschäftigten zwischen 40 und 50 Jahren (vor allem im ärztlichen Bereich, zunehmend auch im diplomierten Pflegebereich) für einen Teil entweder ausgeschöpft oder bleiben ihnen verschlossen. Damit verharren Mitarbeiter oft jahrelang in derselben Position mit ähnlichen oder sogar denselben Tätigkeiten und Arbeitsinhalten (in der Pflege oder auch auf Ebene von Oberärzten ein immer häufiger diskutiertes Thema).

Erfahrene Mitarbeiter erhalten an ihren angestammten Arbeitsplätzen wenig neue Anreize und fühlen sich nicht positiv motiviert und damit nicht ausreichend wertschätzt. Das führt dazu, dass sie sich zurückziehen und sich Herausforderungen in anderen Lebensbereichen (Privatleben) bzw. gegebenenfalls auch in neuen Jobs bei anderen Arbeitgebern suchen. Wertvolles Potenzial geht mit ihnen verloren.

Es gibt jedoch bereits zahlreiche Modelle und Arbeitsformen, welche Fachkompetenz, Flexibilität und mitunter auch Sozialkompetenz von Menschen fördern können, die nicht an ein vertikales Karrieremodell gebunden sind. In diesen sogenannten *alternsgerechten Arbeitskarrieren* werden Berufsverläufe horizontal so organisiert, dass ein systematischer Anreiz und Belastungswechsel zur Erhaltung der Arbeitsbewältigung und der Gesundheit über das gesamte Berufsleben hinweg ermöglicht wird (Gruber et al., S. 311 ff.).

Sie bedeuten eine geplante Gestaltung von berufsspezifischen Entwicklungspfaden in der Längsschnittbetrachtung. Eine bestimmte (An-)Ordnung von Anforderungen und Anreizen sollen einseitige Fixierungen oder einseitige Beanspruchungskonstellationen vermeiden und den Erwerb von neuem Wissen ermöglichen. Dafür ist eine kontinuierliche Qualifizierung „on, near and off the job“³ notwendig. Beispiele dafür wären ausgewiesene und geschätzte Spezialtätigkeiten, die Erfahrung und spezielle Zusatzausbildungen bedingen und die die Routine unterbrechen. Wichtig ist, dass die neuen Tätigkeiten als interessant eingestuft und nicht als minderwertig angesehen werden (wie etwa Sekretärin für eine höchst qualifizierte Diplomfachkraft).

Job Rotationen: Bei diesem Modell ist ein systematisierter Arbeitsplatzwechsel in einem gewissen Zyklus gemeint. Es bedingt eine umfassende Qualifizierung der „rotierenden“ Mitarbeiter und kann dadurch wiederum Einseitigkeit verringern und die Entfaltungsmöglichkeiten und Flexibilität erweitern. Rotationsmodelle im Krankenhaus werden zum Teil von der Pflege bereits gelebt, zum Teil innerhalb einzelner Fachbereiche (z.B. Interne) auch im ärztlichen Bereich getestet.

Durch eine erweiterte Perspektive auf einen größeren Bereich können eventuelle

Schnittstellen, Abläufe noch weiter verbessert werden und Entwicklungspotenziale aufgezeigt werden. Im Falle eines Ausfalls von einem Mitarbeiter kann dieser zeitlich begrenzt durch andere Mitarbeiter im Rotationssystem gemildert werden. Durch die Rotation und damit verbundenen persönlichen neuen Kontakte kommt es auch zu einer besseren Vernetzung innerhalb der Abteilung und auch zwischen den Abteilungen, und das übergreifende Denken wird verstärkt.

Eine weitere Abwechslung von Arbeitsanforderungen kann auch erreicht werden in sogenannten **Job-Enrichment oder Job-Enlargement Modellen**: Es werden hier neue Aufgaben meist zusätzlich übertragen – wie Projekte, Sonderaufgaben (Stomaschwester, Praxisanleitung, Lehre, Aufbau von Angehörigengruppen etc.). Darüber hinaus können Aufgaben entsprechend der Erfahrung neu gewichtet werden, z.B. Verstärkung von strategischen Aufgaben oder Übernahme einer Mentorenfunktion.

Auch der Austausch einzelner Aufgaben und der Ersatz durch andere, bzw. der Wechsel des gesamten Aufgabenfeldes können eine Abwechslung in den Berufsalltag bringen. Letztere finden häufig bei gesundheitlichen Einschränkungen statt, die eine Ausübung der ursprünglichen Tätigkeit nicht mehr zulassen. Voraussetzung dafür ist zu meist eine Umschulung der Betroffenen.

Berufsbegleitendes Lernen

Der Erhalt der Lernfähigkeit ist schlechthin die Voraussetzung für eine Weiterentwicklung und Qualifizierung. Nur qualifiziertes Personal wird die Erfordernisse von morgen gut bewältigen. Es geht dabei um die Weiterentwicklung von fachlichen Qualifikationen, von Schlüsselkompetenzen aber auch um Persönlichkeitsförderung. Für viele Berufsgruppen im Krankenhaus ist das lebensbegleitende Lernen nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern ein besonderer „Benefit“.

3 „on, near and off the job“ ist eine gängige Beschreibung in der Personalentwicklung und meint Schulungen am Arbeitsplatz, arbeitsplatznahe oder klassisch außerhalb des Jobs (z.B. in Trainingszentren).



den sie an der Organisation Krankenhaus schätzen. Dieser erhöht damit auch die Bereitschaft, sich für den Betrieb zu engagieren. Bei der Weiterbildung sollte daher aus mehreren Gründen keinesfalls gespart werden.

Durch entsprechende Fördermaßnahmen können Lernfähigkeit und damit die Option zur Qualifizierung bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Der Spruch „Was Hänschen nicht lernt, das lernt Hans nimmer mehr“ ist arbeitswissenschaftlich nicht haltbar. Lernen im fortgeschrittenen Berufsalter braucht nur andere Lernbedingungen, altersgerechte didaktische Konzepte und selbstbestimmtes Lerntempo. Es ist also sehr gut möglich, auch 50- oder 55-Jährige noch umzuschulen sind, dies umso leichter, je geringer die Lernentwöhnung ist.

Lernförderung findet nicht immer außerhalb des Arbeitsplatzes (formales Lernen) statt, sondern auch in der Arbeit selber als wesentlicher Lernort. In und durch die Arbeit selber können Lernanreize gesetzt werden und damit Fertigkeiten aktiviert und weiterentwickelt (Training on the job, bedside teaching) werden. An neuen Herausforderungen und an komplexen Situationen können Arbeitnehmer wachsen und lernen, wenn sie im Bedarfsfall eine adäquate Unterstützung bekommen.

Wird der Lern-Prozess zudem gezielt reflektiert, ist das Lernergebnis besonders gut. Das kann z.B. dadurch geschehen, indem man regelmäßig die erfahrenen Mitarbeiter einlädt, ihr Wissen und ihre Erfahrungen an Jüngere weiterzugeben. Durch die Weitergabe an andere müssen erfahrene Mitarbeiter zuvor ihr oft implizites, d.h. verborgenes und nicht bewusstes Wissen durch die konkrete Anforderung ins Bewusstsein heben, strukturieren, portionieren und übertragbar machen. Das ist nicht immer einfach und braucht auch schon mal eine gezielte Anleitung, die zeigt, wie z.B. ein Handbuch zu erstellen, ein Arbeitsprozess zu beschreiben sind.

Jüngere können im Gegenzug ihr Wissen z.B. über neue Technologien (wie neue Pro-

gramme zur Dokumentation) an Ältere weitergeben. Derartige sich gegenseitig unterstützende „Lernpatenschaften“ haben sich in der Praxis sehr bewährt und sind relativ einfach umzusetzen.

Lernen aller Generationen – gerade auch der Ältesten im Betrieb – sollte jedenfalls fester Teil einer vorausschauenden Personalentwicklung werden.

Generationsübergreifende Kooperationen

Die einzelnen Generationen bzw. Altersgruppen können voneinander profitieren und lernen. Wird der Generationendialog durch Konkurrenzsituationen, Vorurteile gegenüber Älteren wie Jüngeren, Benachteiligung einzelner Altersgruppen in Arbeitsprozessen gestört oder sogar zerstört, gehen dem Betrieb wesentliche Potenziale und Stärken verloren. Gerade in altersgemischten Teams, die konstruktiv zusammenarbeiten, können die Stärken der jeweiligen Lebensphasen gut zum Tragen kommen. Die Ungestümheit und Unbefangenheit Jüngerer, ihr Tempo, ihr frisches Fachwissen gepaart mit der Expertise, Erfahrung, Weit- und Umsicht Älterer ergeben ein ganzheitlich umfassend kompetentes Team.

In generationenübergreifenden Teams und Gruppen wird durch die gemeinsamen Aufgaben das informelle (implizite) Wissen der Erfahrenen an Jüngere oft automatisch weitergegeben und dient damit dem Wissenserhalt.

Altersgerechte Ergonomie

Beim Thema Ergonomie sind eigentlich die Präventivfachkräfte zu Hause. Sie beraten Arbeitgeber und Arbeitnehmer, sodass Arbeitsplätze mit individuellen Anforderungen der einzelnen Mitarbeiter zusammenpassen. Dieses Optimieren des Zusammenspiels ist die Essenz von Ergonomie.

Altersgerechte Ergonomie nimmt nun den Faktor Alter zum Faktor Mensch dazu

III Schwerpunkte attraktiver Arbeitsplatzgestaltung

(banales Beispiel: ein Suppenlöffel ist kein ergonomisch adäquates Instrument, ein Baby zu füttern, aber sehr wohl das geeignete Werkzeug für einen Erwachsenen).

Auch für die Gestaltung des Arbeitsplatzes gilt: es gibt nicht den für alle gültigen optimalen Arbeitsplatz, sondern Kernprinzipien der Optimierung, die eingehalten werden sollten. Sie seien an dieser Stelle nochmals zusammengefasst: So sollten vor allem einseitige körperliche, lernreizarme und monotone Tätigkeiten auf Dauer vermieden werden. Wichtig ist auch, dass für Ältere nicht nur auf die körperliche Entlastung geachtet wird, sondern dass die psychischen und geistig sozialen Fähigkeiten gefördert werden und Weiterlernen in der Arbeit möglich ist (weg vom klassischen Schonarbeitsplatz).

Eine Reihe von Risikofaktoren an Arbeitsplätzen bedingt eine Abnahme von Arbeitsfähigkeit:

- Statische Muskelarbeit mit hohem Kraftaufwand,
- gleichzeitig gebeugte und gedrehte Körperhaltungen.
- Repetitive, monotone Tätigkeiten,
- Heben und Tragen,
- Wechsel von Hitze und Kälte, rasche Temperaturänderungen,
- hoher Lärmpegel in der Arbeitsumgebung,
- Nacharbeit (wenn freiwillig gewählt, mildert es den Belastungseffekt) und
- lange Arbeitszeiten mit zu geringen Regenerationsmöglichkeiten.

Viele dieser Faktoren können zwar nicht ausgeschaltet aber verbessert werden. Ergonomische Mittel (z.B. Hebehilfen, Bettenlifter ...) und Training helfen im besseren Umgang mit den Belastungen.

Alternsgerechte Pausen und Arbeitszeiten

Kleine, *wiederkehrende Pausen* sogenannte Mikropausen steigern die Arbeitsfähigkeit, dennoch werden sie im Alltag eines Krankenhau-

ses viel zu wenig beachtet und häufig nicht oder zu spät gehalten. Das trifft ganz stark auf Ärzten zu, weil durch ständige Präsenz von Patienten, mangelnde Rückzugsmöglichkeiten und oft fehlender Vorbildwirkung von Führung zu wenig Pausen gemacht werden. Gerade mit dem Älterwerden wären sie besonders notwendig, da Reservepuffer eingeschränkt sind und die Regenerationszeit ab einem gewissen Grad der Überbeanspruchung und Erschöpfung deutlich zunimmt.

Die Förderung der Kultur kleiner Pausen ist daher wichtig. Sie kann unterstützt werden durch

- Überzeugung von Führung über Wichtigkeit von Pausen für Leistungsfähigkeit,
- Regeln zur Pausengestaltung,
- Informieren der Mitarbeiter über Qualitätsverlust und über die längere Erholungszeit nach starker Verausgabung,
- Rückzugsmöglichkeiten, Rückzugsnischen, Pausenräume (Power-Napping-Räume) o.ä.,
- Entwicklung einer Pausenfibel, Entwicklung von Plakaten mit Übungen für die aktive Pause und
- Durchführung von Gesundheitstagen „Rund um die Pause“, um für das Thema bei Führung und Mitarbeiter zu werben.

In einer Organisation wie der des Krankenhauses, in der rund um die Uhr tagein tagaus im Schichtdienst gearbeitet wird, ist die möglichst gute Gestaltung von Arbeitszeiten ein Kernthema für die Mitarbeiter. *Alternsgerechte Arbeitszeiten* bedeuten vor allem Wahlmöglichkeiten und Flexibilisierung von Arbeitszeiten im Sinne der Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Die Förderung von flexiblen Arbeitszeiten war bereits im FINPAW (finnisches Nationalprogramm [1998–2002]) eine der empfohlenen Maßnahmen zur Unterstützung der Erwerbsfähigkeit von Älteren. Unter Flexibilisierung wurde dort auch die Möglichkeit verstanden, sich einen Arbeitsplatz zu teilen, ein Modell, welches in Finnland recht beliebt ist.



Arbeitnehmer haben je nach Alter häufig sehr unterschiedliche Wünsche hinsichtlich der Länge ihrer Arbeitszeit. Jüngere wollen länger arbeiten und dazwischen größere Freizeitblöcke haben. Bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten werden mit zunehmendem Alter kürzere Dienste bevorzugt, weil ab einer gewissen Stundenanzahl im Arbeitsprozess Beanspruchung, Ermüdung eintreten und der Leistungsabfall exponentiell ist.

Arbeitszeitkontenmodelle wie Jahreskonten könnten die individuelle Flexibilisierung unterstützen, bei Bedarf kann dann die angesparte Zeit von den Arbeitnehmern in Anspruch genommen werden. Dabei sollte allerdings darauf geachtet werden, dass es nicht in Phasen von Mehrarbeit und Anspannung von Urlaub zu einer Überbeanspruchung der Betroffenen kommt. Überstunden sollten auf Wunsch der Betroffenen wahlweise auch in Freizeit ausgeglichen werden können. Gleitzeitregelungen gehören heute vielfach zum Standard und werden sehr begrüßt.

In der *Schichtplangestaltung* können eine Reihe von Faktoren beachtet werden, welche eine Schichtarbeit auch für Ältere besser verträglich machen:

- Vorwärtsrotation des Schichtplans (d.h. mit der Uhr),
- nicht mehr als zwei Nachtschichten hintereinander,
- Reduktion der Nachtarbeiten im Austausch z.B. gegen Wochenenddienste oder Feiertagsdienste bei individuellem Bedarf,
- Schichtlänge (vor allem für Nacht) nicht länger als 8 Stunden,
- vorgeplante Zusatz-/Einspringschichten (z.B. für einen freiwilligen Pool von Mitarbeiter), sodass nicht unvorhergesehen eingesprungen werden muss,
- nicht allzu früher Schichtbeginn (das wäre z.B. 6.00, weil da noch ein Leistungstief besteht. Ist vor allem für Pendler, die damit noch früher aufstehen müssen, schwierig und steigert die Unfallgefahr).

Eine Bemerkung aus der Praxis: Die vom arbeitsmedizinischen Standpunkt gesündeste Arbeitszeitform, kann von den Betroffenen als belastend erlebt werden, wenn individuelle Wünsche wie Abstimmung mit der Familie komplett unberücksichtigt bleiben. Die subjektive Präferenz einer Arbeitszeitform hat sich in der Praxis als das wesentliche Element für ihre positive Bewältigung herauskristallisiert und sollte bei der Modellierung von Arbeitszeiten z.B. im Team soweit möglich beachtet werden.

Arbeitnehmerschutz und Gesundheitsförderung zur Unterstützung von Arbeitsfähigkeit mit dem Älterwerden

Der in der EU verpflichtende Arbeitnehmerschutz beinhaltet bereits wesentliche Aspekte der Unterstützung einer altersgerechten Arbeitsgestaltung bzw. zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit. Hier seien nur ein paar Punkte angeführt:

- Die Pflichten der Arbeitgeber sind, geeignete Arbeitsorganisationen schaffen, die Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen/Belastungen (Evaluierung bzw. Gefährdungsbeurteilung) und die Festlegung von Maßnahmen. Auch die Eignung der Arbeitnehmer in Bezug auf Sicherheit und Gesundheit sind bei der Übertragung von Aufgaben zu berücksichtigen. Rücksicht auf Konstitution und Körperkräfte sowie Alter und Qualifikation ist zu nehmen. Es gelten:
 - Gefährdungsbekämpfung an der Quelle, kollektiver Schutz hat Vorrang,
 - Information und Unterweisung der Arbeitnehmer ist Pflicht und
 - Bestellung von Präventivfachkräften: u.a. zur Beratung für eine menschengerechte Arbeitsgestaltung, Unterstützung der Wiedereingliederung nach Krankheit.
- Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung umfasst darüber hinaus

alle Initiativen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dabei geht es im Wesentlichen um die Förderung von Rahmen-Verhältnissen wie Arbeitszeit, Ergonomie, Ausstattung mit Hilfsmittel etc. zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit über alle Lebensphasen.

- Natürlich spielt auch die Unterstützung des individuellen gesundheitsförderlichen, sicheren Verhaltens sowohl im Arbeitnehmerschutz wie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle. So kann z.B. durch Training unter anderem die körperliche Kapazität, die Nachtschichtverträglichkeit, der Umgang mit Stress und vieles mehr wesentlich verbessert werden. Hilfsmittel z.B. zum Heben und Tragen können nach einer Unterweisung ergonomischer eingesetzt werden.

17.2.4 „Return to Work“ – wenn Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden soll

Die European Agency on Safety and Health at Work (EU – OSHA) hat 2016 die Studie „Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes“⁴ veröffentlicht, in welcher die Politik von 28 EU und 4 EFTA Mitgliedsstaaten zur Unterstützung von Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit untersucht, sowie Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Reintegration identifiziert wurden. Unter „Return to Work“ werden generell alle Konzepte und Initiativen verstanden, welche den (Wieder-)Einstieg von Personen mit reduzierter gesundheitlicher Arbeitsfähigkeit in die Arbeit unterstützen (Internationa-

tional Social Security Association, S. 9). Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung und zur aktiven Teilnahme am normalen Leben in Familie und Gesellschaft. Sie umfasst medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen.

Folgende Erfolgsfaktoren konnten identifiziert werden:

- Gesetzlich geregelter Geltungsbereich für „Return to Work“ Strategien: Je enger – zum Beispiel eingeschränkt auf Arbeitsunfälle, bei Berufserkrankungen oder Behinderung –, desto weniger effektiv. Länder, welche Personen unabhängig von Ursache oder Diagnose nach längerem Krankenstand unterstützen sind erfolgreicher in der Reintegration.
- Effektive Koordinierungsmechanismen: Je besser die Abstimmung und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren im Integrationsprozess (z.B. zwischen Arbeitgeber, Arbeitsmediziner, Ärzten, Reha-Einrichtungen, ambulanten Unterstützungen usw.), desto wahrscheinlicher wird die Eingliederung gelingen.
- Case Management/Fallmanagement: Sogenannte Case-Manager unterstützen die Koordinierung (sie können in unterschiedlichen Organisationen angesiedelt sein).
- Frühzeitige Intervention und baldige Erstellung eines Wiedereingliederungsplans: Wer mehr als 90 Tage im Krankenstand ist, hat statistisch gesehen eine deutliche geringere Wahrscheinlichkeit, wieder im Arbeitsprozess integriert zu werden.
- Einbindung bis Verpflichtung der Arbeitgeber bei der Adaption von Arbeitsplätzen, maßgeschneidert nach Bedarf der Betroffenen, bzw. bei Umschulungen.
- Unterstützungssysteme für Arbeitgeber für den Aufbau von Eingliederungsmanagement (in Österreich z.B. fitzwork Be-

4 <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state/view>

Tab. 4 Handlungshinweise für das Krankenhaus

Ebenen im Haus der Arbeitsfähigkeit	Mögliche Hinweise
Arbeit	Qualitätsprobleme und Produktivitätsverluste
Arbeitsplatz	Rekrutierungsprobleme
Abläufe	Probleme im Führungsbereich
Umgebung	Konflikte und Mobbing steigen an
Führung	Patientenbeschwerden nehmen zu
Team	
Werte, Einstellung, Motivation	Unzufriedenheit in der Belegschaft Abnehmendes Engagement Sinkende Leistungsfähigkeit Präsentismus
Kompetenz	Geringe Weiterbildungszahlen oder kein Überblick darüber Geringer Zugang zur Weiterbildung bei Älteren Probleme bei der Qualität, Probleme, qualifiziertes Personal zu bekommen
Gesundheit	Zunahme an gesundheitlichen Beschwerden und Problemen bei Mitarbeiter bzw. Mitarbeitergruppen Überdurchschnittlich viele Krankenstandstage und Ausfälle Präsentismus Vermehrte Unfälle

etriebsberatung⁵⁾, Arbeitsplatzadaptionen, Umschulungen etc.

- Maßgeschneidertes, individuelles Vorgehen innerhalb einer Systematik (Eingliederungsmanagement), bezogen auf das Ausmaß an Arbeitsfähigkeit und Bedarf der Personen, die eingegliedert werden sollen.
- Anreizsysteme für Arbeitgeber wie Arbeitnehmer schaffen.

Zur Unterstützung von Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Arbeitnehmerschutzexperten wurden von EU-OSHA zudem ein mehrsprachiger e-Guide zum Management des Arbeitnehmerschutz für eine alternde Belegschaft entwickelt (<https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/e-guide-all-ages>).

17.2.5 Wie stabil ist das Haus der Arbeitsfähigkeit? – Analyse von Arbeitsfähigkeit

Einführung

Auch ohne komplexere Untersuchungen gibt es zahlreiche Hinweise, auf den verschiedenen Ebenen des Hauses der Arbeitsfähigkeit, die einer Krankenhausorganisation einen möglichen Handlungsbedarf anzeigen. Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ sollte nicht nur möglichst solide gebaut werden, sondern auch ständig „in Schuss gehalten“ werden. In Tabelle 4 sind Hinweise, die eine „Wartung“ des Hauses sinnvoll machen, zusammengestellt.

Jedenfalls ist Arbeitsfähigkeit mit dem Älterwerden zu erhalten oder zu fördern nicht das Ergebnis von einzelnen Interventionen oder Einmal-Aktionen, sondern die Verbin-

5 www.fit2work.at

III Schwerpunkte attraktiver Arbeitsplatzgestaltung

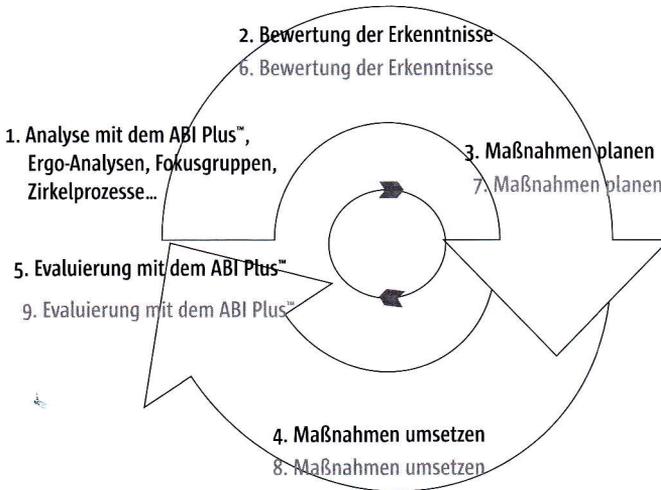


Abb. 3 KVP-Arbeitsfähigkeit erhalten (Kloimüller; Czeskleba, S. 50)

derung eines gut geplanten Prozesses mit regelmäßiger Kontrolle und ganz gezielten Maßnahmen. In einem gut gestalteten Prozess werden verschiedene Aktivitäten im Betrieb aufeinander abgestimmt und interne Potenziale gestärkt. Der Prozess wird üblicherweise durch eine betriebsinterne Steuergruppe geführt, die eine unerlässliche Stütze für das Gelingen des Prozesses bildet und auf ihrem Gestaltungsweg möglichst viele Mitarbeiter einbezieht.

„Kontinuierlicher Verbesserungsprozess Arbeitsfähigkeit erhalten“

Da ein erfolgreiches Erhalten und Fördern von Arbeitsfähigkeit ein ganzes Arbeitsleben lang anhält, nennen wir den Prozess „Kontinuierlichen Verbesserungsprozess Arbeitsfähigkeit erhalten“ (KVP-Arbeitsfähigkeit, s. Abb. 3).

Mit stetigen Verbesserungen soll das Niveau von Arbeitsfähigkeit erhöht oder zumindest stabilisiert werden. Vorschläge für Verbesserungen werden durch die eingesetzten Evaluierungs-Instrumente, durch die Expertise der Steuergruppe und die Einbindung

von Mitarbeitern erhoben. Der KVP-Arbeitsfähigkeit kann damit zu einem Bestandteil des Qualitätsmanagements im Betrieb werden.

Alle Maßnahmen im KVP können in einer s.g. Interventionsmatrix eingeordnet, und jeweils einem Stockwerk des Hauses der Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden (s. Abb. 4).

Der Prozess erfolgt in mehreren Phasen (s. Tab. 5).

Messinstrumente

Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ (ABI Plus™ der AUA und PVA) als Messinstrument zur Bestimmung des Niveaus von Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Festlegung von Maßnahmen

Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ (ABI Plus™) ist ein Fragebogeninstrument (online oder in Papierform), welches im Rahmen des österreichischen Programms „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“⁶ im Auf-

6 Fit für die Zukunft ist das österreichische Programm zur Unterstützung von Arbeitsfähigkeit in besonders belastenden Branchen. Es wurde Ende 2008 gestartet und endete 2012. Es wurde von PVA und AUA finanziert.

	Basis Gesundheit	1. Stockwerk Kompetenz	2. Stockwerk Werte	3. Stockwerk Arbeit
Verhältnisorientiert				
Verhaltensorientiert				

- Life Balance Seminare
- Gesundheitspass
- Training: Umgang mit schwierigen Klienten
- Projekt „Umgang mit Fehlern“
- Pausenregelung
- Führungskräfteentwicklung zum „Gesunden Führen“

Abb. 4 Interventionsmatrix – am Beispiel eines Krankenhauses

trag der Allgemeinen Unfallversicherung und Pensionsversicherungsanstalt entwickelt wurde. Er baut auf dem klassischen, finnischen Work Ability Index (Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Leistungsreserven zur Bewältigung von Arbeit) auf, erweitert um die Aspekte von Werten, Kompetenz und Arbeitsbedingungen – nach dem Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“.

Der ABI Plus™ ermöglicht die Erhebung eines Status über und eine Prognose zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit in die Zukunft. Auf Basis der Ergebnisse können in Folge sehr gezielt Maßnahmen zur Verbesserung im Sinne der altersgerechten Gestal-

tung entwickelt und auch evaluiert werden. Der ABI Plus™ umfasst 8 Skalen (Gesundheitliche Arbeitsbewältigung, gesundheitliche Beschwerden, Kompetenz, Werte & Einstellungen, Belastungen, Kooperation, Handlungsspielraum und Führung) mit 74 Items und Angaben für Sozialstatistik. Alle Skalen und Einzelitems werden für alle Sozialvariablen dargestellt, allerdings unter der Voraussetzung einer Gruppengröße ab 15 Personen, um vollständige Anonymisierung zu gewährleisten.

Je höher die Ausprägungen (Scores) im ABI Plus™, desto besser die Arbeitsbewältigung, das heißt die Übereinstimmung von

III. Schwerpunkte attraktiver Arbeitsplatzgestaltung

Tab. 5 Der Aufbau eines möglichen Prozesses „Arbeitsfähigkeit erhalten“ im Überblick

Phase	Ziele bzw. Inhalte
Vorphase	<p>Auftrag klären</p> <p>Strategische Ziele festlegen und operationalisieren</p> <p>Innerbetriebliche Struktur zur Steuerung festlegen, Mitglieder für Steuerung auswählen</p> <p>Planung der Etappen und Milestones im Beratungsprozess</p>
Sensibilisierung und Analyse	<p>Bewusstsein für das Thema bei allen Beteiligten schaffen</p> <p>Wichtigkeit und Nutzen des Themas beleuchten</p> <p>Bereitschaft von Führung und Mitarbeiter wecken, sich aktiv am Prozess zu beteiligen</p> <p>Methoden zur Sensibilisierung: Impulsvorträge, Durchführung von Fokusgruppen, Interviews ...</p> <p>Erhebung von Grunddaten wie Altersstruktur (Personalressourcen), Fehlzeiten, Fluktuation, regionaler Arbeitsmarktsituation</p> <p>Erhebung bereits im Betrieb vorhandener Unterstützungsprozesse und Initiativen für das Thema</p> <p>Analyse des Niveaus von Arbeitsfähigkeit – z.B. mittels Befragung der gesamten Belegschaft z.B. mit dem Arbeitsbewältigungs-Index Plus™</p> <p>Ev. Durchführung von Arbeitsbewältigungs-Coachings®</p>
Reporting	<p>Auswertung aller Daten und Dokumente und Erstellung eines Berichtes</p>
Maßnahmen, Entwicklung	<p>Aufbauend auf den Erkenntnissen der Analyse, Konzeption von strategischen Maßnahmen in der Steuergruppe</p> <p>Einbeziehen der Mitarbeiter z.B. in Zirkelprozessen zur vertieften Maßnahmenentwicklung</p> <p>Aufbau einer Interventionsmatrix mit Zuordnung nach Verhältnis- und Verhaltensorientierung und den Stockwerken des Hauses der Arbeitsfähigkeit</p> <p>Priorisierung der Maßnahmen nach Wichtigkeit und Dringlichkeit in ihrer Umsetzung</p>
Umsetzung	<p>Umsetzung der Maßnahmen</p> <p>Jede Maßnahme hat ihre/n Umsetzungspaten bzw. -patin</p> <p>Know-how-Aufbau im Betrieb, Begleitung innerbetrieblicher Experten (z.B. Präventivfachkräfte)</p>
Nachhaltigkeit & Evaluierung	<p>Evaluierungs-Erhebung z.B. mit Arbeitsbewältigungs-Index Plus™ → veränderte Arbeitsbewältigungswerte? (sinnvoller Zeitraum 1,5 bis 2,5 Jahre nach der Ersterhebung)</p> <p>Evaluierung bzgl. Umsetzung von Maßnahmen etc.</p>
Transfer & Maßnahmen, Entwicklung	<p>Entwicklung neuer Maßnahmen bzw. Transfer der Erkenntnisse im Unternehmen</p> <p>Durchführung von Erhebungen z.B. mit Arbeitsbewältigungs-Index Plus™ z.B. alle 2 Jahre</p>

individuellen (Gesundheit, Einstellung, Kompetenz) mit organisationalen Ressourcen. Je höher das Zusammenpassen (Fit) von individuellen Ressourcen und Arbeit, desto wahrscheinlicher wird ein produktiver und langer Verbleib im Arbeitsgeschehen.⁷

Work Ability-Betriebs-Kompass

Entlang eines Art Kompasses werden in interaktiven Workshops die konkreten Bedürfnisse aller Altersgruppen bezüglich der Gesundheit & körperlichen Funktionen, Kompetenzerwerb & Lernen, Werten & Einstellungen, Arbeit & Führung, der Balance verschiedener Lebensbereiche & der na-

7 Weitere Infos: www.abiplus.net

heren Lebensumwelt untersucht, bewertet und nach Wichtigkeit gereiht. Gemeinsam werden dann mit den internen Experten des Unternehmens, den Führungskräften und Beschäftigten Maßnahmen entwickelt; deren Wirksamkeit wird untersucht und in einem Bericht zusammengefasst.⁸

Praxisbeispiele

Die angeführten Beispiele stammen aus den Einrichtungen verschiedener österreichischer Gesundheitsträgern. Mehrere Träger arbeiten nach dem Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ und setzen auch den Arbeitsbewältigungsindex Plus™ regelmäßig ein.

Der größte Träger der derzeit nach dem Modell arbeitet ist der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) mit seinen 32.000 Mitarbeitern. Der Wiener KAV beschäftigt sich seit 2007 systematisch damit, um die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern aller Altersgruppen zu erhalten, zu fördern bzw. wiederherzustellen, und zwar bis 2012 in Form eines Pilotprojektes und seit 2013 als strategisches Programm „Stärken stärken – Generationen im Dialog“.

Motivations-Hintergrund ist die Sicherung qualitätvoller Personalressourcen für

die Zukunft, vor allem vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Österreich. Mehr als 51% aller Mitarbeiter im Wiener KAV sind mehr als 45 Jahre alt, in machen Berufsgruppen wie z.B. Abteilungshilfen sogar bis zu 70%. Die Gestaltung einer alternsgerechten Arbeitsorganisation und das Empowerment zur Selbstverantwortung sind daher zwei wichtige Ansatzhebel für den Wiener KAV.

Zielgruppen sind in Ausbildung stehende Personen inner- und außerhalb der Organisation, alle Mitarbeiter einschließlich der Führungskräfte aller Altersgruppen und Professionen und das Top-Management in der strategischen Verantwortung. Im Wiener KAV werden Arbeitnehmerschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (fitzwork) synergetisch genutzt, um Arbeitsfähigkeit zu fördern (s. Tab. 6).

Eine zentrale Steuergruppe in der Generaldirektion bietet den einzelnen Häusern gut aufbereitete Basisdaten, Indikatoren und verschiedene Instrumente als Service an und unterstützt bei der Entwicklung von dezentralen Projekten, lässt aber die Verantwortung bei den Kollegialen Führungen der einzelnen Einrichtungen. Von Herbst 2013 bis Jänner 2014 wurden Strategie Workshops mit prak-

Tab. 6 „Das Programm Stärken – stärken – Generationen im Dialog“

Stärken – stärken – Generationen im Dialog		
Betriebliches Gesundheitsmanagement		
Ziel: Sicherung qualitätvoller Personalressourcen heute und für die Zukunft		
Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit Erhalten	Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit Wiederherstellen	Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit Fördern
Arbeitnehmerschutz	(Re-)Integration Programm Fitzwork	Betriebliche Gesundheitsförderung
Primärprävention	Sekundär- und Tertiärprävention	Gesundheitsförderung & Primärprävention
Arbeitsfähigkeit erhalten	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen	Arbeitsfähigkeit fördern
Instrumente: Befragung mit dem ABI Plus™; Gefahrenevaluierung, Gesundheitszirkel; MOGs; Training/Weiterbildungskonzepte, Fehlzeitenmanagement etc.		
Themen u.a.: Vertrauenskultur; Führungsverhalten; Gesundes Führen; Motivation; Arbeitszeitgestaltung, Pausenkultur; Teambildung; Wissenssicherung etc.		

Tab. 7 Maßnahmenbeispiele im Haus der Arbeitsfähigkeit aus Gesundheitseinrichtungen

Maßnahmenbeispiele im Haus der Arbeitsfähigkeit aus Gesundheitseinrichtungen

Stockwerk 4: ARBEIT(S)Organisation

Sensibilisierung von Management und Führung zum Thema Arbeitsfähigkeit (Workshops mit hohen Selbsterfahrungsanteilen)

Festlegung von Strategien zur Förderung von Arbeitsfähigkeit und Operationalisierung in Zielen

Berufsübergreifende (Ärzte + Pflege) Zielvereinbarungen, um Personal gut im Arbeitsprozess zu halten

Führung fit in Fragen Alternsmanagement und Wiedereingliederung nach Krankheit machen > diverse Schulungen

Ausbau des Fehlzeitenmanagements, regelmäßige Analyse und Reporting von diversen Indikatoren

Implementation von Integrationsteams und Integrationsbeauftragte (Eingliederungsmanagementteams)

Skill-Grade-Mix Projekte berufsgruppenübergreifend um die Kooperation zu stärken und verschiedene Qualifikationen und Expertisen gut miteinander zu verknüpfen

Einführung des altersgerechten Mitarbeitergesprächs und von Entwicklungsgesprächen auch für Ältere

Individuelle Anpassung der Arbeitsplatz/Tätigkeitsbeschreibungen nach Bedarf (temporär oder permanent)

Systematisierung der Wissensweitergabe durch Mentoring, Tandems, Inhouse-Schulungen ...

Diverse Ergonomiemaßnahmen

Projekte zu Pausenkultur: Mikropausen, Pausengestaltung, aktive Pause, Pausenfiel

Altersgemischte Teams gezielt aufbauen

Arbeitszeitmodelle: kürzere Dienste; Nachtdienstreduktion im ärztl. Bereich etc.

Nachtschicht-Coachings- gesünderer Umgang mit Nachtschichten

Installierung und Ausbildung von Aktivitätskoordinatoren für Klienten

Stockwerk 3: WERTE & EINSTELLUNG

Zukunftsdialoge jung – alt

Wertschätzende Dialoge Führung mit Mitarbeiter

Projekte „Wie Umgang mit Fehlern“, „Mut tut gut“ ...

Stockwerk 2: KOMPETENZ

Systematisierung des Weiterbildungsbedarfs unter Einbeziehung der Belegschaft

Schulung Führungskräfte zu Alternsmanagement und Wiedereingliederung

Kinästhetik Schulungen

Schulung zum Umgang mit schwierigen KlientInnen und deren Angehörigen

Schulung zum Umgang mit Ärger und Stress

Aufbau eines internen und externen Coachingpools zum Thema Arbeitsfähigkeit

Stockwerk 1: GESUNDHEIT

Entwicklung eines Gesundheitskompasses

Raucherentwöhnung, Suchtprävention, Stresseminare

Rückenfit ...

Interkulturelle, geschlechtssensible Gesundheitsförderung für migrantisches Hilfspersonal

Therapeutic Touch, Yoga, Massagen

Gesundheitstage

tisch allen Topführungen der Häuser durchgeführt und auch erhoben, woran die einzelnen Einrichtungen zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit arbeiten.

In einzelnen Häusern (aus der Pilotphase) gibt es nun bereits sechs Jahre Erfahrung mit dem Thema und mehrfache Evaluierungen, die zeigen, es ist möglich, auch bei alternden Belegschaften Arbeitsfähigkeit zu fördern, Kooperationen zu steigern, das Vertrauen in die Führung zu stärken und das Betriebsklima zu verbessern. Das Sozialmedizinische Zentrum Süd (Kaiser Franz Josef Spital und das Geriatriezentrum Favoriten) wurden extern assessiert und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales als „Alternsgerechte Organisation“ mit dem Gütesiegel Nestor GOLD ausgezeichnet.

An dieser Stelle seien noch weitere Beispiele aufgezählt, die verschiedene Gesundheitseinrichtungen in den letzten paar Jahren umgesetzt haben (s. Tab. 7).

17.2.6 Ein kurzes Resümee – 10 Empfehlungen

Der Erhalt von Arbeitsfähigkeit mit dem Älterwerden und die Unterstützung des Verbleibs im Arbeitsprozess bis zum regulären Rentenalter kann gelingen, wenn Krankenhäuser bzw. ihr Management und Arbeitnehmer:

1. Arbeit als Gesundheitspotenzial und nicht nur als negative Belastung begreifen und auch über die Stärken, Chancen und den Wert von Arbeit im Krankenhaus reflektieren und kommunizieren.
2. Positive Bilder über Altern und Ältere (Altern als Umbau mit viel Zuwachs an Erfahrung, Kompetenz ...) entwickeln.
3. Auf die bewusste Einbindung und soziale Verankerung aller Altersgruppen achten.
4. Wertschätzung und Nicht-Diskriminierung auch gegenüber Älteren leben.
5. Weiterentwicklung bis zum Rentenantritt und lebenslanges, berufsbegleitendes Lernen fördern.
6. Arbeitsplätze, Arbeitsorganisation, Arbeitsanforderungen, Arbeitszeiten und Arbeitsumgebung an die Bedürfnisse der Mitarbeiter aller Altersstufen soweit wie möglich anpassen, aber auch die Eigenverantwortung von Arbeitnehmer thematisieren.
7. Führungskräfte und innerbetriebliche Multiplikatoren für das Thema sensibilisieren.
8. Mitarbeiter in die Gestaltung arbeitsfähigkeitsfördernder Prozesse miteinbeziehen, ihre Kreativität und Neugier nutzen.
9. Einen produktiven, enttabuisierten Umgang mit Krankheit und Einschränkungen finden, der nicht zu langem Krankenstand oder Präsentismus führt.
10. Bestehende Gesetze und Bestimmungen – wie den Arbeitnehmerschutz – ernst nehmen und effektiv umsetzen.