

Einfluss einer sechsmonatigen Intervention in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Burnoutprophylaxe auf die Arbeitsfähigkeit und die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung der Mitarbeiter eines Unternehmens im Gesundheitswesen.

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophischen Fakultät

der Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Christiane Heinrich

Kiel

Juli 2016

Erstgutachter/in: Prof. Dr. med. Burkhard Weisser

Zweitgutachter/in: Prof. Dr. med. Andreas Koch

Tag der mündlichen Prüfung: 17.11.2016

Durch den zweiten Prodekan, Prof. Dr. Elmar Eggert, zum Druck genehmigt: 22.11.2016

Danksagung

Viele Menschen haben mich auf dem Weg zur Vervollständigung dieser Arbeit begleitet und mich unterstützt. Dankbarkeit auszudrücken ist gar nicht so leicht, darum möchte ich ein einfaches „Danke“ aus vollem Herzen aussprechen.

Einige Personen verdienen es jedoch, extra erwähnt zu werden. Zunächst einmal möchte ich mich bei Prof. Dr. med. Burkhard Weisser bedanken, der es mir ermöglicht hat, eine externe Dissertation zu schreiben, mich toll unterstützt hat und immer die richtigen Worte fand.

Auch Prof. Dr. med. Andreas Koch gilt mein Dank für die Bereitschaft, sich als Zweitgutachter zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Dr. med. Matthias Grünhagen vom HELIOS Prevention Center Damp bedanken, mit dem ich bei der Datenaufnahme und Durchführung der Studie sehr gut zusammengearbeitet und anregende Gespräche geführt habe und der ebenso wie Herr Prof. Dr. med. Köhler aus der HELIOS Rehaklinik Damp als zusätzlicher Mitautor zweier meiner Publikationen fungierte. Auch letzterem danke ich hierfür.

Ich danke Friederike und Dr. Johanna Lass-Hennemann für die Unterstützung beim Verfassen der englischen Abstracts und die Beantwortung meiner vielen Fragen.

Ein sehr großes Dankeschön geht an meinen Mann Dr. Arne Heinrich für seine technischen Hilfen und jegliche andere Unterstützung. Meinem Bruder Dr. Peter-Hendrik Ingermann danke ich für seine Hilfen im statistischen und betriebswirtschaftlichen Bereich und für viele weitere Antworten.

Vielen Dank auch an meine Eltern, ohne deren Unterstützung unter anderem das Zeitmanagement kaum möglich gewesen wäre, und an meine Kinder, die mir beim Durchhalten halfen.

Inhalt

Danksagung.....	I
Inhalt.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung.....	1
2 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	5
2.1 Vier Ebenen in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	6
2.2 Rechtliche Grundlagen.....	8
3 Arbeitsfähigkeit.....	10
3.1 Das Haus der Arbeitsfähigkeit.....	10
3.2 Work Ability Index (WAI).....	11
3.3 Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit.....	13
4 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.....	15
4.1 Begriffsklärung.....	15
4.2 Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999).....	16
4.3 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Arbeitsfähigkeit.....	17
5 Burnout.....	19
5.1 Der Symptomkomplex.....	19
5.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren.....	20
5.3. Anforderungen an das Klinikpersonal.....	21
6 Herleitung der Forschungsfragen aus der Theorie.....	23
7 Das Projekt „gemeinsam gesund und erfolgreich!“.....	25
7.1 Das Unternehmen.....	25
7.2 Methodik und Untersuchungsplan.....	26
8 Publikationen.....	29

8.1 Publikation 1: Selbstwirksamkeitserwartung. Ist eine Prognose der Arbeitsfähigkeit möglich?	31
8.1.1 Einleitung	31
8.1.2 Methodik	33
8.1.3 Ergebnisse	36
8.1.4 Diskussion	37
8.1.5 Zusammenfassung	39
8.1.6 Literaturverzeichnis.....	40
8.2 Publikation 2: Work Ability Index (WAI) und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	42
8.2.1 Zusammenfassung	42
8.2.2 Abstract	43
8.2.3 Einleitende Sätze	45
8.2.4 Hintergrund	45
8.2.5 Methoden.....	47
8.2.6 Ergebnisse	49
8.2.7 Diskussion	52
8.2.8 Fazit für die Praxis	55
8.2.9 Interessenkonflikt und ethische Richtlinien	55
8.2.10 Literaturverzeichnis.....	56
8.3 Publikation 3: Berufsgruppenübergreifende betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Gesundheitswesen	59
8.3.1 Zusammenfassung	59
8.3.2 Abstract	60
8.3.3 Einleitung	62
8.3.4 Fragestellung	64
8.3.5 Methoden.....	64
8.3.6 Ergebnisse	66

Inhalt	V
8.3.7 Diskussion und Schlussfolgerung	71
8.3.8 Fazit	74
8.3.9 Literaturverzeichnis	75
8.3.10 Interessenskonflikt	76
9 Zusammenfassung und Ausblick	77
10 Literaturverzeichnis	81
Anhang	87
Lebenslauf	95

Abbildungsverzeichnis

Die Abbildungsbezeichnung in Klammern entspricht der Bezeichnung in der jeweiligen Publikation.

<i>Abbildung 1.</i> Vier Ebenen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), modifiziert nach Hahnzog (2014).....	6
<i>Abbildung 2.</i> Haus der Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen, 2005).....	10
<i>Abbildung 3.</i> (Abbildung 1) Teilnehmerstruktur des Projekts "gemeinsam gesund und erfolgreich!" der HELIOS Region Nord-West. N=161.....	34
<i>Abbildung 4.</i> (Abbildung 2) Verteilung der Messergebnisse der Gesamtgruppe (N=161).....	36
<i>Abbildung 5</i> (Abbildung 1). Grafische Darstellung des Unterschieds ($p < 0,01$) zwischen der Anwesenheit der stationär und nicht stationär tätigen Probanden. Difference ($p < 0,01$) between participation of the stationary and the non-stationary group.....	68
<i>Abbildung 6</i> (Abbildung 2). Drop-out-Quoten der im stationären Schichtdienst eingesetzten (st) und nicht im stationären Schichtdienst arbeitenden (nst) Berufsgruppen und der Gesamtgruppe. Drop-out rate of stationary shift workers (st) and administration and therapeutical (nst) participants and of the whole group.	70
<i>Abbildung 7</i> (Abbildung 3). Drop-out-Quote unterteilt nach Berufsgruppen und Interventions-/Kontrollgruppe (IG/KG), st=im stationären Schichtdienst eingesetzt, nst=nicht im stationären Schichtdienst tätig. Drop-out rate classified into working groups and into intervention (IG) and control group (KG), st=stationary Shift work, nst=no stationary shift work.	71

Tabellenverzeichnis

Die Tabellenbezeichnung in Klammern entspricht der Bezeichnung in der jeweiligen Publikation.

<i>Tabelle 1.</i> Übersicht über die sieben im WAI abgefragten Dimension	12
<i>Tabelle 2.</i> Einordnung der Arbeitsfähigkeit anhand der Gesamtpunktzahl des WAI (vgl. auch Tab. 4)	12
<i>Tabelle 3.</i> Wortlaut der zehn Items der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999)	17
<i>Tabelle 4.</i> (Tabelle 1) Einordnung der Arbeitsfähigkeit anhand des Gesamtscores des WAI (vgl. auch Tab. 2)	35
<i>Tabelle 5.</i> (Tabelle 2) Übersicht über die Mittelwerte der WAI- und SWE-Werte unterteilt in Subgruppen.....	36
<i>Tabelle 6.</i> (Tabelle 3) Signifikante Ergebnisse (Korrelationen nach Pearson WAI-SWE, N=161), Einteilung nach Alter anhand des Medians=46 Jahre.....	37
<i>Tabelle 7.</i> (Tabelle 1) Verteilung der Teilnehmer innerhalb der Subgruppen und nach IG-KG	50
<i>Tabelle 8.</i> (Tabelle 2) Signifikante und nicht signifikante Veränderungen der WAI und SWE-Werte von t_0 - t_1 innerhalb der IG bzw. KG zum 5%-Signifikanzniveau, M=Mittelwert, n.s.=nicht signifikant, *= signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe.....	51
<i>Tabelle 9</i> (Tabelle 1). Mittelwerte (SWE,WAI) zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0 (n=161). Mean (SE, WAI) at the first enquiry point t_0 (n=161).	67
<i>Tabelle 10</i> (Tabelle 2). Überblick über die Veränderungen der SWE- und WAI-Werte (Mittelwerte M). n.s.=nicht signifikant. *=signifikanter Unterschied ($p<0,05$) der Δ -Werte zwischen KG (Interventionsgruppe) und IG (Interventionsgruppe), st=im stationären Schichtdienst tätig, nst=nicht im stationären Schichtdienst tätig. Differences between SE and WAI (M Mean), n.s.=not significant, *=significant differences ($p<0.05$) of the Δ -data between control group (KG) and intervention group (IG), st=shift work (stationary), nst=no shift work (non-stationary).	67
<i>Tabelle 11</i> (Tabelle 3). Übersicht über die Drop-outs der gesamten Gruppe und unterteilt nach Berufsgruppen. Drop-outs of the whole group and classified into two occupational groups. .	69

1 Einleitung

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein.“

(Ottawa-Charta, WHO, 1986)

Der zitierte Auszug aus der Ottawa-Charta zeigt, dass die Gesundheit der Arbeitnehmer¹ in ihrem Lebensumfeld „Betrieb“ schon vor dreißig Jahren thematisiert wurde. Allerdings ist die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung noch lange nicht flächen- und branchendeckend erfolgt, obwohl der Gesundheit der Arbeitnehmer sowohl aus gesamtgesellschaftlicher und sozialwirtschaftlicher Sicht als auch aus der Perspektive der jeweiligen Arbeitgeber eine besondere Rolle zukommt.

Aufgrund des demografischen Wandels kommt es zu vielschichtigen Herausforderungen in der Gesellschaft und in der Arbeitswelt. Zum Beispiel verändert sich das Verhältnis der sozialversicherungspflichtigen Angestellten zu den Empfängern von Renten und weiteren Sozialleistungen zu Ungunsten der Einzahlungen in die Sozialkassen. Die Anzahl der Personen im erwerbstätigen Alter (20-64 Jahre²) wird in den nächsten Jahren nicht nur weiter zurückgehen (Statistisches Bundesamt, 2013), zusätzlich wird das mittlere Alter der Arbeitnehmer ansteigen. 2009 befanden sich 61% der deutschen Bevölkerung im erwerbstätigen Alter, 2060 werden es voraussichtlich nur noch 50% sein. Der Anteil der Rentner wird voraussichtlich von 21% auf ca. 33% ansteigen, während der Anteil der Personen unter 20 Jahren von 19% auf ca. 16% sinkt (ebd.).

Zudem führt die zunehmende Zahl älterer Menschen dazu, dass der Pflegebedarf steigen wird. Den höheren Fallzahlen in den Krankenhäusern kann, bei unveränderten Strukturen im Gesundheitssystem, wiederum nur mit einer kürzeren Liegedauer und einem geringeren Personalschlüssel begegnet werden. Hierdurch kann eine Unzufriedenheit des Personals in den pflegenden und ärztlichen Berufen entstehen, unter anderem die mögliche Grundlage eines Burnouts. Hinzu kommt, dass die Attraktivität der Pflegeberufe heute schon gering ist (nied-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

² In der Statistik sind nicht alle Erwerbstätigen berücksichtigt. Es fehlen die unter 20- und die über 65jährigen Berufstätigen.

rige Bezahlung, geringe Anerkennung, Schichtdienst, hohe körperliche und psychische Arbeitsbelastung), so dass viele Pflegekräfte über einen vorzeitigen Berufsausstieg nachdenken (Hasselhorn, Müller, Packenberg, Kümmerling & Simon, 2005) und es wenige an einer Ausbildung interessierte Jugendliche gibt.

Um dem bereits heute existenten Fachkräftemangel bei gleichzeitiger Erhöhung des mittleren Arbeitnehmeralters (DIHK, 2014) zu begegnen, stehen die Unternehmen im Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik vor der Aufgabe, die Arbeitnehmer arbeitsfähig zu erhalten, zufrieden zu stellen und die Stellen in der Sozialwirtschaft attraktiver zu gestalten, um einerseits Auszubildende anzusprechen und andererseits die vorhandenen Mitarbeiter an den Beruf und das Unternehmen zu binden (Hardege & Zimmermann, 2014; Hasselhorn et al., 2005). Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität ist die Einführung von Gesunderhaltungsmaßnahmen der Belegschaft (DIHK, 2014). Die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit und somit auch der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter sollte - nicht zuletzt durch angepasste Arbeitsbedingungen – wesentlicher Bestandteil jeder Unternehmenspolitik sein. Denn eine langfristige Arbeitsfähigkeit, die Fähigkeit Arbeitsanforderungen zu bewältigen, bedarf langanhaltender Gesundheit (Seibt, Spitzer, Blank & Scheuch, 2008).

Die Arbeitnehmergesundheit hat auch direkte Auswirkungen auf die Produktivität des Unternehmens, welche beispielsweise auch durch die Anwesenheit kranker Mitarbeiter (Präsentismus) stark beeinträchtigt werden kann (Iverson, Lewis, Caputi & Knospe, 2010; Steinke & Badura, 2011). In ihrem Review kommen Steinke und Badura (2011) sogar zu dem Ergebnis, dass die Kosten des Präsentismus die des Absentismus übersteigen. Badura und Walter (2014, S. 150) bezeichnen psychische Beeinträchtigungen wie Ängste, depressive Verstimmung und Schlafstörungen und nicht physische Beeinträchtigungen als „Hauptursache dieser Produktivitätseinbußen“.

Die Wirtschaftlichkeit und die Produktivität von Unternehmen hängen wesentlich von der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter ab, welche wiederum stark von gesundheitlichen Aspekten beeinflusst werden. Hieraus sollte die Investition der Betriebe in die betriebliche Gesundheitsförderung logisch zu schlussfolgern sein. Insbesondere im Gesundheitswesen scheint dies jedoch besonders schwierig zu sein (Müller, 2009). Aber speziell für die dort tätigen Berufsgruppen (vor allem Ärzte und Pflegepersonal) scheinen Maßnahmen zur Verbesserung oder zum Erhalt der Gesundheit maßgeblich zu sein, da stressbedingte Erkrankungen und Burnout besonders häufige Krankheitsbilder bei Ärzten und Pflegepersonal sind (z.B.

Sendera & Sendera, 2013; Weinberg & Creed, 2000). Auch der DAK-Gesundheitsreport 2013 (DAK-Gesundheit, 2013) bestätigt, dass im Sektor Gesundheitswesen außergewöhnlich viele psychische Erkrankungen auftreten. Problematisch wird dieser Fakt deswegen, weil bei Vorhandensein eines Burnouts die Behandlungsfehler zunehmen (z.B. Shanafelt et al., 2010; Suner-Soler et al., 2014), was gerade im Krankenhaus schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Patienten haben kann. Ehresmann, Kockert und Schott (2015) fordern daher die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, die speziell auf die Vorbeugung eines Burnouts ausgerichtet sind.

Da Merkmale wie eine hohe Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Schmitz, 2000), also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten Herausforderungen zu bewältigen, und Resilienz (Walter, Krugmann & Plaumann, 2012) als protektive Faktoren bzgl. der Entwicklung eines Burnouts betrachtet werden, kann die Förderung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung eine mögliche Strategie zur Burnoutprophylaxe darstellen. Die sich hieraus ergebende Frage ist, ob die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung durch gesundheitsfördernde Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Kommunikation beeinflusst werden kann.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu überprüfen, ob eine sechsmonatige Maßnahme in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung der Mitarbeiter eines Unternehmens im Gesundheitswesen hat. Zudem wird geprüft, ob hierbei alters-, geschlechts- oder berufsgruppenspezifische Unterschiede existieren. Da durch das Projekt alle im Unternehmen angestellten Berufsgruppen angesprochen wurden, konnte eine Unterteilung in stationär (ärztl. Dienst, Pflegedienst) und nicht stationär (alle anderen Berufsgruppen) tätige Mitarbeiter vorgenommen werden. Hieraus ermöglicht sich die weitere Fragestellung, inwiefern sich die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe auf die Teilnahme (Anwesenheit, Drop-out) und auf das Ergebnis auswirkten, um daraus Schlüsse für nachfolgende Projekte ziehen zu können. Inhalt der Maßnahme waren Angebote aus den bewährten Handlungsfeldern der Primärprävention Bewegung, Ernährung und Stressmanagement, ergänzt durch Angebote aus den Themenbereichen der Kommunikation, Motivation und Aufklärung über das Krankheitsbild Burnout. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden vor und nach den Maßnahmen die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und die Arbeitsfähigkeit mittels Fragebögen erhoben. Beide Konstrukte bezeichnen Fähigkeiten des Menschen, bestimmte Aufgaben wie Arbeitsanforde-

rungen bzw. allgemeine oder spezielle Herausforderungen zu erfüllen. Zudem beruhen sowohl die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung als auch der Work Ability Index auf aktuellen Selbsteinschätzungen der Befragten. Darum wurde zusätzlich der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen den beiden Parametern Arbeitsfähigkeit und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung besteht, der unter Umständen anhand der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung ermöglichen könnte, Prognosen bezüglich der Arbeitsfähigkeit abzugeben. Aus den aufgeführten Fragestellungen ergeben sich die drei dieser Arbeit zugrunde liegende Aufsätze:

1. Heinrich, C.; Grünhagen, M.; Köhler, M.; Weisser, B. (2016). Selbstwirksamkeitserwartung. Ist eine Prognose der Arbeitsfähigkeit möglich? *Praxismagazin. Die medizinische Fachzeitschrift für Naturheilkunde*. 4/2016: 33-39.
2. Heinrich, C.; Grünhagen, M.; Köhler, M.; Weisser, B. (2016). Work Ability Index (WAI) und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (zur Veröffentlichung angenommen).
3. Heinrich, C. (2016). Berufsgruppenübergreifende betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Gesundheitswesen. *ASU Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin* 2016; 51: 579-548 (im Druck).

Zunächst sollen die theoretischen Grundlagen mit den Definitionen der Begriffe betriebliche Gesundheitsförderung (Kap. 2), Arbeitsfähigkeit (Kap. 3) und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Kap. 4) gelegt sowie die verwendeten Fragebögen beschrieben werden. Da das durchgeführte Projekt zur Burnoutprophylaxe geplant war, wird anschließend der Symptomkomplex Burnout kurz dargestellt (Kap. 5). Kapitel 6 leitet die in dieser Arbeit nachgegangenen Fragestellungen aus den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ausführungen her. Danach erfolgt eine Vorstellung des Projekts „gemeinsam gesund und erfolgreich!“, dessen Methodik (Kap. 7) und die Präsentation der drei Publikationen (Kap. 8). Kapitel 9 fasst die Ergebnisse der Arbeit zusammen, diskutiert diese kritisch und gibt Hinweise auf nachfolgende Studien.

2 Betriebliche Gesundheitsförderung

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Beschäftigten und der Gesellschaft zur positiven Beeinflussung von Gesundheit und Wohlbefinden zusammengefasst (Luxemburger Deklaration, 2007). Dabei zielt dieser moderne Teil der Unternehmensstrategie auf die Entwicklung eines Prozesses innerhalb des Unternehmens ab, bei dem es einerseits um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und andererseits um die Unterstützung der Mitarbeiter bei der Annahme gesunder Lebensgewohnheiten geht. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Förderung einer Unternehmenskultur, in der die Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen mitbeteiligt und als wesentlicher Faktor für den Unternehmenserfolg angesehen werden. (DNBGF, 2011). Ziel ist es also, neben der Stärkung gesundheitsbezogener Ressourcen, arbeitsbedingten Krankheiten, Stress, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten vorzubeugen.

Als wichtige Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung werden folgende Punkte angesehen (Froböse, Wilke & Biallas, 2011):

1. Partizipation: Gesamte Belegschaft wird in die Prozesse einbezogen.
2. Integration: Gesundheitsförderung wird bei allen wichtigen Entscheidungen berücksichtigt und in allen Unternehmensbereichen durchgeführt.
3. Ganzheitlichkeit: Sowohl das individuelle Verhalten des Mitarbeiters als auch die Bedingungen am Arbeitsplatz beeinflussen die Gesundheit.

Bezüglich konkreter Interventionen ist zusätzlich auf Zielgruppenorientiertheit, gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen und die Sicherstellung des Nutzens für die Arbeitnehmer zu achten (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi & Stummer, 2009). Somit wird deutlich, dass effektive betriebliche Gesundheitsförderung einen Prozess darstellt, der in die Unternehmenskultur integriert werden muss. Es ist notwendig, sowohl bei der Verhaltens- als auch in der Verhältnisprävention anzusetzen, also kombinierte Programme anzubieten, mit denen die Arbeitsbedingungen ebenso wie das Verhalten des Mitarbeiters beeinflusst werden (Goldgruber & Ahrens, 2009).

Um zu verdeutlichen, wo betriebliche Gesundheitsförderung ansetzen kann, wird im Folgenden das Ebenenmodell der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Hahnzog (2014) vorgestellt.

2.1 Vier Ebenen in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Nach Hahnzog (2014) beinhaltet die betriebliche Gesundheitsförderung vier sich gegenseitig beeinflussende Ebenen, auf die eingewirkt werden kann: die globale Perspektive der Gesellschaft, die Unternehmen und Organisationen, die Führung und die Beschäftigten (Abbildung 1).



Abbildung 1. Vier Ebenen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), modifiziert nach Hahnzog (2014).

Auf der globalen ersten Ebene werden die politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen, die Krankheit bzw. Gesundheit mit sich bringen, betrachtet. Um auf dieser Ebene anzusetzen, müssen einerseits internationale Vorgaben, andererseits aber besonders nationale Gegebenheiten und Gesetze in den Fokus genommen werden. Hier entstehen die Rahmenbedingungen zur Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung, welche auf der zweiten Ebene innerhalb der Unternehmen stattfindet. Dabei geht es neben der Gesundheit der Mitarbeiter sowohl um die Erzielung von Unternehmensgewinnen, als auch darum, offene Stellen

mit qualifizierten Arbeitskräften besetzen zu können. Verhältnisbezogene Maßnahmen z.B. zur Verbesserung der Attraktivität der Arbeitgeber, zur Verbesserung der Arbeits- oder Raumorganisation setzen auf dieser Ebene an.

Innerhalb der Unternehmen wird die dritte Ebene der betrieblichen Gesundheitsförderung relevant: die Führungsebene, zu der einerseits die Unternehmensleitung gehört, andererseits aber auch alle Mitarbeiterstellen mit Leitungsbefugnissen gezählt werden, die in (direktem) Kontakt zu den Mitarbeitern stehen. Somit sind z.B. Schulungen zum Konfliktmanagement oder zur Mitarbeiterführung, auch für Kräfte der mittleren und unteren Führungsebene, hier einzuordnen. Wie wichtig gutes Führungsverhalten für die Gesundheit der Angestellten ist, wird häufig beschrieben und bestätigt (z.B. Prümper & Richenhagen, 2011; Ilmarinen, 2006; Ilmarinen, Tempel & Giesert, 2002; Tempel & Ilmarinen 2013). Die vierte Ebene der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht aus den Beschäftigten auf Ausführungsstellen, für deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit die betriebliche Gesundheitsförderung implementiert wird. Verhaltensbezogene Maßnahmen (z.B. Ernährungsberatung, Suchtberatung, Angebote zur körperlichen Aktivität oder Entspannung) stellen den Großteil der auf dieser Ebene einzuordnenden Maßnahmen dar. Aus Sicht der Arbeitnehmer gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand, Schmerzfreiheit und körperlicher Aktivität und der Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Ladebeck, March & Swart, 2014). Auch Kogel, Grund, Kohler und Immerfall (2013) zeigten, dass eine regelmäßige Teilnahme an bewegungsbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung positive Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter hat.

Die Definitionen und das Ebenenmodell nach Hahnzog (2014) verdeutlichen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, bei der weder der Arbeitgeber, noch der Arbeitnehmer alleine in die Verantwortung genommen werden kann. Auch wenn die Grundlage im Unternehmen und dessen Kultur selbst geschaffen werden muss, gilt es, ein System zu entwickeln, in dem gesundheitsförderliche Unternehmenskonzepte von der Politik nicht nur gewünscht und unterstützt werden, sondern auch von der jeweiligen Unternehmensführung als produktiv und investitionswürdig eingeschätzt werden.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Um die Rahmenbedingungen für die Betriebe für ein Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern, macht der Gesetzgeber Vorgaben, an die sich die betreffenden Institutionen, wie beispielsweise Firmen und Sozialversicherungsträger, zu orientieren haben (erste Ebene nach Hahnzog). Im Folgenden werden die wesentlichen die betriebliche Gesundheitsförderung betreffenden Vorgaben in Deutschland vorgestellt.

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verpflichtet die Arbeitgeber dazu „die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (ArbSchG § 3), gleichzeitig werden jedoch auch die Arbeitnehmer in die Pflicht genommen, „nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen“ (ArbSchG § 15). Hier zeigt sich ebenfalls die Verantwortung zur Gesunderhaltung sowohl auf Arbeitnehmer- als auch auf Arbeitgeberseite.

Auch § 20b SGB V (fünftes Sozialgesetzbuch) macht Vorgaben bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung und nimmt dafür die gesetzlichen Krankenversicherungen und Unfallversicherungen in die Verantwortung, die Betriebe zu unterstützen. Gleichzeitig wird der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen beauftragt, einen Leitfaden zur Prävention zu erstellen (§20 SGB V). Dieser bestimmt, welche Handlungsfelder der Primärprävention von den Gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden und welche Kriterien dabei erfüllt werden müssen. Die darin festgelegten primären Handlungsfelder (Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum) werden auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung, angepasst an das Setting Betrieb, als gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil verfolgt: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte, gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag und verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb (GKV-Spitzenverband, 2014). Die erste Fassung wurde im Jahr 2000 veröffentlicht und seitdem mehrmals überarbeitet. Seitdem das Präventionsgesetz (PrävG) 2015 in Kraft trat, gab es umfangreiche Ergänzungen der §§ 20 ff. SGB V. Es soll unter anderem die Gesundheitsförderung auch im Betrieb weiter stärken und bindet, neben der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung, auch die gesetzliche Rentenversicherung in die Aufgabe der Gesundheitsförderung ein.

In die betriebliche Gesundheitsförderung investierende Firmen werden vom Staat gefördert, indem sie bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter und Jahr steuerlich geltend machen können, solan-

ge die durchgeführten Maßnahmen den Anforderungen nach §§20 und 20b SGB V genügen (§3 Nr. 34, EStG, Einkommensteuergesetz). Es gibt also eine Reihe gesetzlicher Regelungen in Deutschland, welche die betriebliche Gesundheitsförderung betreffen, die Leistung bleibt für die Arbeitgeber jedoch freiwillig. In der Luxemburger Deklaration (1997, 2007) fanden sich viele europäische Firmen und Organisationen, die sich mit ihrer Unterschrift dazu verpflichteten, in die betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren. Unter den unterzeichnenden Firmen befinden sich allerdings nur wenige Firmen aus dem Gesundheitswesen, obwohl der Sektor immer größer wird.

Den Gesundheitsdiensten, zu denen auch die Krankenhäuser gehören, wird bereits in der Ottawa-Charta (1986) eine besondere Rolle für die Gesundheitsförderung zugesprochen. Sie sollten sich umorientieren und für alle Stakeholder eine gesundheitsförderliche Institution sein. Außerdem arbeiten hier Personen, die im Bereich der Gesundheit besondere Kompetenzen mitbringen und diese anderen vermitteln sollten. Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es in Deutschland Projekte zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus, 1995 gründete sich das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) (Müller, 2012), dem 22 Häuser als anerkannte Einrichtungen oder ordentliche Mitglieder angehören. Aber auch ohne Mitglied im DNGfK zu sein, können Kliniken leicht etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter tun, denn schließlich ist hier konzentrierte Expertise vorhanden, auch wenn Menschen in helfenden Berufen im Gesundheitswesen ihre eigene Gesundheit häufig vernachlässigen (Müller, 2012). Wenn es um die Arbeitsfähigkeit geht, für deren Erhalt die Gesundheit eine wichtige Rolle spielt, müssen die meisten Mediziner, Pflegekräfte, Therapeuten und Diätassistenten ebenso „angelernt“ werden wie andere Berufsgruppen.

Einen Überblick über das Konstrukt der Arbeitsfähigkeit soll das folgende Kapitel vermitteln.

3 Arbeitsfähigkeit

Die Balance zwischen den individuellen Ressourcen (z.B. Fähigkeiten, Fertigkeiten, soziale und personenbezogene Kompetenzen, Gesundheit) und den Arbeitsanforderungen bildet das wichtigste Kriterium für eine gute Arbeitsfähigkeit. Sie gilt als Basis für das Wohlbefinden des einzelnen Angestellten und letztendlich auch für die Produktivität des Unternehmens. Arbeitsfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit einer Person, die gestellten Arbeitsaufgaben zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bewältigen (Ilmarinen et al. 2002). Die die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Faktoren lassen sich im sogenannten Haus der Arbeitsfähigkeit darstellen.

3.1 Das Haus der Arbeitsfähigkeit

Ilmarinen (2005) beschreibt das Haus der Arbeitsfähigkeit, durch das die Arbeitsfähigkeit veranschaulicht werden kann. Dieses Haus besteht aus vier Stockwerken, von denen jedes Stockwerk ein mögliches Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt (Abbildung 2).

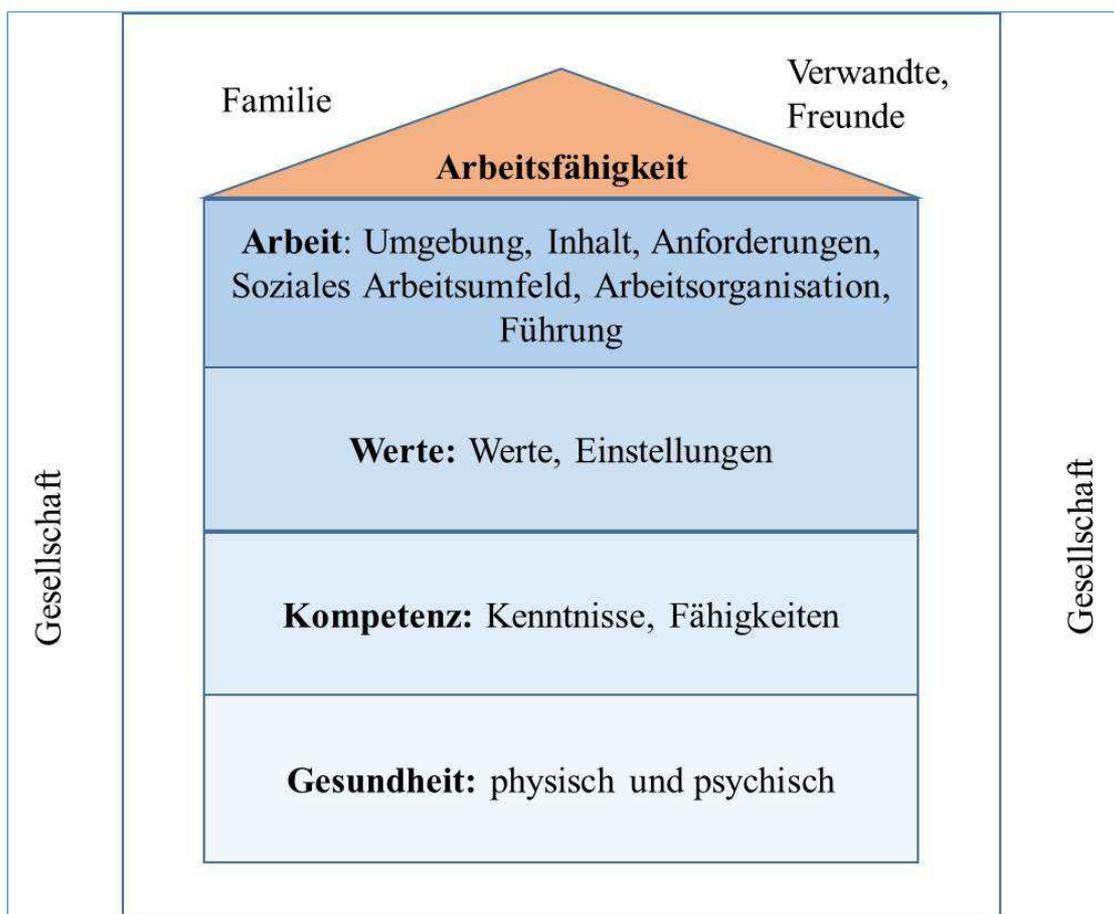


Abbildung 2. Haus der Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen, 2005).

Das erste Stockwerk, das Erdgeschoss des Hauses, steht für die Leistungsfähigkeit und die physische und psychische Gesundheit. Ohne Gesundheit kann ein Mensch weder leistungs- noch arbeitsfähig sein. Die Gesundheit positiv beeinflussende Maßnahmen sind z.B. eine gesunde Ernährung (z.B. Von Ruesten, Feller, Bergmann & Boeing, 2013; Willett & Stampfer, 2013), Anleitung zu körperlicher Aktivität (z.B. Korczak, Dietl & Steinhauser, 2011; Bouchard, 2001; Linton & Van Tulder, 2011) und Entspannungstraining (z.B. Kaluza, 1999; Korczak et al. 2011). Das zweite Stockwerk bezeichnet die Qualifikation, die Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter. Hierbei geht es um fachliche Kompetenzen, aber auch um Schlüsselkompetenzen wie personale Kompetenzen, soziale Kompetenzen und Methodenkompetenz (z.B. auch bezüglich der Gesunderhaltung). Kompetenzen können z.B. durch Aufklärung, Vermittlung von Methoden oder Strategien zum gesundheitsförderlichen Verhalten oder auch zur Bewältigung von Problemen und durch fachliche Fort- und Weiterbildungen geschult werden (z.B. Alenhöner, Köhler & Phillips, 2014b). Im dritten Stockwerk geht es um die Werte, Einstellungen und Motivationen der Personen, die Einfluss auf jede Handlung und somit auch auf die Arbeitshandlungen eines Menschen haben. Das oberste Stockwerk steht für die Arbeit selbst. Der Begriff „Arbeit“ beinhaltet hier den Arbeitsinhalt, die Arbeitsanforderungen, die Arbeitsorganisation, die soziale, räumliche und dingliche Arbeitsumwelt und besonders auch das Führungsverhalten der Vorgesetzten bzw. des Managements. Um das vierte Stockwerk zu beeinflussen, müssten vorher identifizierte Missstände verändert werden. Das soziale und das gesellschaftliche Umfeld bilden den Rahmen und beeinflussen die Arbeitsfähigkeit ebenfalls.

Das Haus der Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen, 2005) ist im Kontext des Work Ability-Konzepts zu sehen. Das folgende Kapitel stellt den in dieser Studie als Messinstrument verwendeten Work-Ability Index kurz vor.

3.2 Work Ability Index (WAI)

Um die Arbeitsfähigkeit messen zu können, ist der Work Ability Index (WAI) entwickelt worden. Er ist ein zehn Fragen aus sieben WAI-Dimensionen umfassender Fragebogen, mit dem ein Index zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ermittelt wird. Anhand dieses Index soll abgeschätzt werden, inwiefern es einem Beschäftigten möglich ist, seine Arbeit zu verrichten. Die sieben in Tabelle 1 gezeigten WAI-Dimensionen betreffen die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, den Gesundheitszustand und die Leistungsreserven des Arbeitnehmers (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 14).

Durch den WAI ist es möglich, das Konstrukt „Arbeitsfähigkeit“ zu objektivieren und eventuellen Handlungsbedarf festzustellen. Außerdem können prädiktive Aussagen über Berufsausstieg, Mortalität und Lebensqualität getroffen werden (ebd.).

Tabelle 1. Übersicht über die sieben im WAI abgefragten Dimensionen

Dimension		Zu vergebene Punkte
1.	Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit.	0-10
2.	Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen.	2-10
3.	Diagnoseliste (Anzahl der vom Arzt diagnostizierten Krankheiten)	1-7
4.	Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten	1-6
5.	Krankenstand im vergangenen Jahr	1-5
6.	Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren.	1, 4, 7
7.	Psychische Leistungsreserven	1-4

Durch Addition der zugeordneten Punktzahlen ergibt sich das individuelle Ergebnis der Person, wodurch ihre subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit abgeleitet und ggf. die Einleitung verbessernder oder erhaltender Interventionen initiiert werden kann. Die maximal erreichbare Punktezahl beträgt 49 Punkte, die Mindestpunktzahl sieben Punkte. Tabelle 2 zeigt die Bewertung aufgrund der Gesamtpunktzahl und die sich daraus ableitenden Ziele für den jeweiligen Mitarbeiter.

Tabelle 2. Einordnung der Arbeitsfähigkeit anhand der Gesamtpunktzahl des WAI (vgl. auch Tab. 4)

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

In der vorliegenden Studie wurde die Kurzversion des Fragebogens verwendet, welche, im Vergleich zur Langversion, weniger Krankheitsbilder in der Diagnoseliste (WAI-Dimension

3) vorgibt. Die Validität und Reliabilität des in langjährigen finnischen Längsschnittstudien entwickelten Fragebogens wurde in mehreren Untersuchungen bestätigt (z.B. Nygard, Eskelinen, Suvanto, Tuomi & Ilmarinen, 1991; Eskelinen, Kohvakka, Merisalo, Hurri & Wagar, 1991; De Zwart, Frings-Drese & Van Duivenbooden, 2002). Der komplette genutzte Fragebogen ist im Anhang zu finden.

Neben dem Einsatz in der Arbeitsmedizin (Betriebsarzt) hat sich der Einsatz des WAI in der Forschung und zur Evaluierung von Präventionsmaßnahmen z.B. durch die Unternehmen etabliert. Ein Ziel solcher Präventionsmaßnahmen ist eine positive Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit. Auf welche Art und Weise dies gelingen kann, wird im Folgenden zusammengefasst.

3.3 Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit

Gut strukturierte Programme in der betrieblichen Gesundheitsförderung können zu Verbesserungen der Erwartungen an die eigene Kapazität, verbesserter Gesundheit, höheren WAI-Werten und gestiegenem Wohlbefinden führen (Vingard et al., 2009). Wesentliche Inhalte sind das Bewegungsverhalten beeinflussende Angebote. Bewegung hat neben verbesserter physischer Gesundheit einen positiven Effekt auf die körperliche, soziale und psychische Zufriedenheit (Wilke, Krämer, Biallas & Froböse, 2012), die psychische und die Arbeitsfähigkeit Gesundheit (Tuomi et al., 1997). Weiterhin können alle Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit und der Produktivität (Wilke et al., 2012) beitragen. Im vierten Stockwerk angesiedelte Maßnahmen wie die Arbeitsorganisation, das Führungsverhalten und die Entscheidungsfreiheit beeinflussen die Arbeitsfähigkeit ebenfalls stark (z.B. Prümper & Richenhagen, 2011). Besonders die Sensibilisierung von Führungskräften für die Auswirkung des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeiter, hat positive Effekte (Altenhöner, Köhler, Philippi & Alaze, 2014a). Die Arbeitsfähigkeit ist auch noch im fortgeschrittenen Alter positiv beeinflussbar, obwohl sie mit zunehmenden Alter abnimmt (Tuomi et al., 1997). Deshalb ist die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Zeiten alternder Belegschaften besonders wichtig.

Auch zwischen WAI und Burnout gibt es einen Zusammenhang: Personen mit niedrigen WAI-Werten wiesen mit höherer Wahrscheinlichkeit Komponenten eines persönlichen oder arbeitsbezogenen Burnouts auf (Arandelović, Nikolić & Stamenković, 2010). Gute objektive und subjektive Lebensqualität korrelieren mit besseren WAI-Werten, Burnout-Symptome können sich dagegen möglicherweise negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Seibt et al.,

2008). Aus diesem Grund kann die Erhebung des Work Ability Index zur Evaluierung des in dieser Arbeit untersuchten Projekts zur Burnoutprophylaxe als sinnvolles Messinstrument angesehen werden.

4 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Die Arbeitsfähigkeit ist die Fähigkeit, die an den Mitarbeiter gestellten Arbeitsanforderungen zu erfüllen, während die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung die im positiven Fall optimistische Selbsteinschätzung meint, auch schwierige Aufgaben lösen zu können.

4.1 Begriffsklärung

Die Überzeugung, aufgrund seiner eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, Herausforderungen bewältigen zu können ist für die psychische Gesundheit einer Person sehr wertvoll. Die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt ebendiese Fähigkeit. Schwarzer und Jerusalem (2002, S. 39f.) bezeichnen sie als „das Vertrauen in die eigene Kompetenz, auch schwierige Handlungen in Gang setzen und zu Ende führen zu können. Vor allem die Überwindung von Barrieren kommt darin zum Ausdruck“. Eine gute Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die optimistische Selbsteinschätzung einer Person, Herausforderungen in allen Lebensbereichen erfolgreich bewältigen zu können und kann als wichtige Ressource zur Bewältigung von allgemeinen oder speziellen Aufgaben angesehen werden (ebd.). Je nachdem wie gut ein Mensch seine eigenen Kompetenzen einschätzt, wird er auch Aufgaben (oder seine Arbeit) gut oder weniger gut meistern.

Die Entwicklung der Selbstwirksamkeit hängt von verschiedenen Faktoren ab. Bandura (1997), der Begründer des Konstrukts der Selbstwirksamkeit, beschreibt vier verschiedene Kategorien, die die Ausbildung der Selbstwirksamkeit beeinflussen:

1. Selbstgemachte (positive) Erfahrungen, dass die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung einer Aufgabe geführt haben.
2. Indirekte bzw. stellvertretende Erfahrungen, bei denen beobachtet wird, dass Probleme aufgrund von Anstrengung und Einsatz von vermittelten Strategien gelöst werden.
3. Symbolische Erfahrungen z.B. als Feedback oder auch eigene Instruktionen
4. Physiologische und affektive Zustände (emotionale Regungen)

Als zusätzliche Einflussfaktoren auf die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung werden in der Literatur die subjektive Einschätzung der Rahmenbedingungen, Vorwissen, Motivation, Leistungserfahrungen, interne/ externe Ursachenzuschreibung, Interesse (Schwarzer & Jerusalem, 2002), die Arbeitsbiografie und die aktuelle berufliche Situation (Woods, Lievens, De Fruyt & Wille, 2013) genannt.

Maßnahmen zur Verbesserung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung könnten beispielsweise die Vermittlung von Wissen, Strategien zum gesundheitsförderlichen Verhalten und positiven Erfahrungen z.B. über das Setzen realistischer Ziele sein (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Hinzu kommen das Entgegenbringen von Anerkennung und Wertschätzung sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext.

Positive Korrelationen wurden mit Optimismus (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005), Lebenszufriedenheit (Schwarzer & Jerusalem, 1999) und Resilienz (Walter et al., 2012; Hinz, Schumacher, Albani, Schmid & Brähler, 2006) nachgewiesen, während Arbeitsstress dagegen in einem negativen Zusammenhang mit der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung steht (Luszczynska et al., 2005). Darüber hinaus neigen Personen mit niedriger Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung stärker zu Depressionen und Ängstlichkeit (ebd.) und haben häufiger körperliche Beschwerden (Hinz et al., 2006). Beierlein, Kemper, Kovaleva und Rammstedt (2013) erwähnen zudem, dass die Arbeitszufriedenheit positiv mit der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung korreliert.

Innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung kann also die Verbesserung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung durchaus ein erstrebenswertes Ziel darstellen. Denn Mitarbeiter, die gegenüber Arbeitsstress resistenter sind, sind vermutlich belastbarer, leistungsfähiger und arbeitsfähiger. Die Veränderung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung muss langfristig angestrebt werden, da das Konstrukt als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal angesehen wird (Schmitz, 2000), welches jedoch beeinflussbar ist (Pätzold & Stein, 2007).

4.2 Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Zur Messung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung hat sich die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung durchgesetzt. Dies ist ein aus zehn Items bestehender Fragebogen, die vierstufig beantwortet werden („Stimmt nicht“-1, „Stimmt kaum“-2, „Stimmt eher“-3, „Stimmt genau“-4). Zur Auswertung werden die jeweiligen Werte addiert, so dass eine Gesamtpunktzahl von maximal 40 und mindestens 10 Punkten erreicht wird. Ein Ergebnis von 40 Punkten entspricht einer optimalen (gemessenen) Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Der Mittelwert liegt bei 29 (SD=5) Punkten (Hinz et al., 2006, S. 26). Der Fragebogen gilt als valide und reliabel (z.B. Schwarzer & Jerusalem, 1999; Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005; Schwarzer, Müller & Greenglass, 1999)

Alle Fragen zielen auf eine subjektive Einschätzung der eigenen Kompetenzen, Schwierigkeiten zu überwinden und Herausforderungen und Aufgaben aus eigener Kraft zu bewältigen, und des eigenen Auftretens in problembehafteten Situationen ab. Der Wortlaut der Fragen findet sich in Tabelle 3. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang zu finden.

Tabelle 3. Wortlaut der zehn Items der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

Eine hohe Punktzahl spricht für eine gute Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.

4.3 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Arbeitsfähigkeit

Die bis hier in den Kapiteln 3 und 4 aufgeführten Aussagen und Ergebnisse vorangegangener Studien legen einen Zusammenhang zwischen der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der Arbeitsfähigkeit nahe.

So weisen zum Beispiel der Einfluss von Arbeitsstress (Luszczynska et al., 2005), Arbeitszufriedenheit (Beierlein et al., 2013) und der Arbeitstätigkeit auf die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Woods et al., 2013) auch auf einen möglichen Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit hin. Einen weiteren Hinweis geben Olbrich, Beblo und Passeik-Hartmann (2010), die aufgrund der kontinuierlichen Verbesserung der WAI-Werte auch nach Beendigung einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung einen Anstieg der Selbstwirk-

samkeitserwartung und Handlungsfähigkeit in Beruf und Alltag durch die Maßnahmen vermuten.

Interessant ist auch die Auslegung des unteren Stockwerks (physische und psychische Gesundheit) des Hauses der Arbeitsfähigkeit durch Treier (2015). Den Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit ordnet er z.B. neben gesunder Ernährung, Training, Fitness und Steigerung der Erholungsfähigkeit auch Regeln zur aktiven Lebensführung zu. Diese können zu den von Frevel et al. (2006) geforderten Selbstmanagementstrategien gerechnet werden. Zur Beeinflussung der psychischen Gesundheit zählt Treier (2015) noch eindeutiger mit der Selbstwirksamkeitserwartung zusammenhängende Punkte auf. Er nennt die mit der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung positiv korrelierende Resilienz (Walter et al., 2012), problemorientierte Bewältigung und die Auseinandersetzung mit emotionalen Widerständen. Zudem erwähnt er in diesem Zusammenhang explizit die Selbsteinschätzung eigener Ressourcen, was stark auf einen Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung hinweist.

Den beiden Fragebögen (Work Ability Index, Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung) liegt jeweils die subjektive Selbsteinschätzung der Befragten zugrunde, inwiefern sie sich als fähig betrachten, bestimmte Aufgaben im beruflichen bzw. im allgemeinen Alltag zu absolvieren. Es könnte davon ausgegangen werden, dass Personen, die die Arbeitsanforderungen so einschätzen, dass sie sie mit Hilfe eigener Fähigkeiten bewältigen können, eine gute Arbeitsfähigkeit aufweisen, wobei die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber der Arbeitsfähigkeit als relativ überdauerndes, jedoch beeinflussbares Merkmal anzusehen ist (Schmitz, 2000).

Hieraus begründet sich die Relevanz für die betriebliche Gesundheitsförderung, da bei vorhandener Korrelation über die Erhebung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung eine überdauernde Prognose über die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit und möglicherweise auch über die Nachhaltigkeit durchgeführter Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung getroffen werden könnte. Eine Korrelation zwischen den beiden Konstrukten Arbeitsfähigkeit und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurde in der Literatur bisher jedoch nicht gezeigt.

5 Burnout

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die erhobenen Parameter vorgestellt wurden, soll im Folgenden ein sehr kurzer Überblick über die gängige Beschreibung des Syndroms gegeben werden, bevor anschließend die in der Literatur identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren thematisiert werden.

Bezüglich einer genauen Definition des Burnout-Syndroms herrscht Uneinigkeit und „Konfusion“ (Burisch, 2013), ebenso wie die Prävalenz in der Bevölkerung unklar ist. Burnout wird durchaus von einigen Autoren als ein Modethema (z.B. Burisch, 2014) betrachtet. Häufig wird die Hypothese aufgestellt, dass ein Mensch an einem Burnout leidet, ohne die genaue Einordnung der Symptome zu kennen.

5.1 Der Symptomkomplex

Koehler und Koehler (2015) bezeichnen Burnout als ein arbeitspsychologisches Konstrukt, das durch die drei wichtigsten Symptome emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verminderte Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Von diesen drei Dimensionen sehen Maslach, Schaufeli und Leiter (2001) die Erschöpfung als das zentrale und am häufigsten beschriebene Merkmal des Burnout-Syndroms. Die körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung ist eine mögliche Folge subjektiv besonders hoch empfundenen Stresses durch zeitliche und mentale Belastung, denen unzureichende persönliche Ressourcen entgegengesetzt werden können. In vielen Berufen im Gesundheitswesen entsteht der Stress zum Beispiel durch Schichtdienst und mit dem damit einher gehenden gestörten Biorhythmus, durch nicht eingehaltene Pausen (Buchberger et al., 2011), viele Dienste, häufige Konfrontationen mit Krankheit und Tod, Arbeitsverdichtung etc. (Grosser, 2014). Auch die physischen Anforderungen sind z.B. durch Heben und Mobilisieren von Patienten hoch.

Depersonalisierung/Zynismus kann als Versuch des Betroffenen betrachtet werden, Distanz zwischen sich, seinen Emotionen und der Arbeit aufzubauen. Somit äußert sie sich häufig in distanzierendem Verhalten gegenüber Kollegen, Gereiztheit, geringerem Engagement für Patienten und Vermeidung von Sozialkontakten. Hieraus entwickelt sich oft zynisches Verhalten gegenüber Kollegen und Patienten.

Die verminderte Leistungsfähigkeit (Ineffektivität) geht mit dem Erleben des eigenen Misserfolgs und der eigenen Wirkungslosigkeit einher, was wiederum zu einem erhöhten Frustrati-

onslevel führt. Dass die Leistungsfähigkeit nachlässt, wird oft lange Zeit kompensiert, so dass es in vielen Fällen erst spät auffällt (Sendera & Sendera, 2013).

Ein Burnout entwickelt sich meist schleichend und läuft in Phasen ab. Frühwarnzeichen sind Anfälligkeit für Krankheiten/ Infekte, verminderte Leistungsfähigkeit, subjektiv erhöhter Stress und ein zunehmender Erholungsbedarf (ebd.). Wichtig ist, dass die Krankheit als Prozess und nicht als Endzustand betrachtet wird (Burisch, 2013).

5.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Um einem Burnout vorbeugen zu können, ist es notwendig, Kenntnisse über die Pathogenese und dementsprechend über die Risikofaktoren zu besitzen. Ergänzend zur pathogenetischen ist die salutogenetische Sichtweise mit dem Wissen über Schutzfaktoren zu betrachten. Die Risikofaktoren für die Entwicklung eines Burnouts werden in personenbezogene und arbeitsbezogene Risikofaktoren unterteilt (Schirmer, Von der Oelsnitz & Wüstner, 2014; Walter et al., 2012): Als in der Person selbst liegende Risikofaktoren gelten zum Beispiel Idealismus, Perfektionismus, Narzissmus und übertriebenes Machtstreben, aber auch geringes Selbstvertrauen, geringe Widerstandsfähigkeit, externe Kontrollüberzeugungen oder das sogenannte „Helfersyndrom“. In den Bereich der arbeitsbezogenen Risikofaktoren werden die Arbeitsorganisation betreffende Faktoren (hohe Arbeitserwartungen, hohe Arbeitsbelastungen, geringer Entscheidungsspielraum) genauso wie Faktoren auf der Interaktions- und Gruppenebene (z.B. zentrale Rolle der Führungskräfte und der Kollegen, Rollenkonflikte) gerechnet. Hinzu kommen Gestaltungsmerkmale der Organisation als Ganzes (Flexibilisierung, Dezentralisierung, Abbau) (Schirmer et al., 2014, S. 7). Renneberg und Hemmelstein (2006) weisen darauf hin, dass der Arbeitsplatz selbst (Struktur, Anforderungen, Mitbestimmungsmöglichkeiten) einen großen Einfluss auf die Entwicklung eines Burnouts hat. Als Grundlage des Syndroms kann Unzufriedenheit gesehen werden, während Zufriedenheit dann als Schutzfaktor gelten kann (Sendera & Sendera, 2013). Somit müssen Maßnahmen, welche die (Arbeits)zufriedenheit positiv beeinflussen, als Schutz gegen die Entwicklung eines Burnouts gesehen werden. Als weiteren protektiven Faktor bezeichnet Schmitz (2000) die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, genauso werden ein funktionierendes soziales Netz und Persönlichkeitsmerkmale wie Optimismus, emotionale Intelligenz, Resilienz, Extraversion, Verträglichkeit und Offenheit als Schutzfaktoren genannt (Walter et al., 2012). Aber auch körperliche Aktivität reduziert die Risikofaktoren für die Entwicklung eines Burnouts (z.B. Tsai et al., 2013).

Aufgrund der Korrelation der Selbstwirksamkeitserwartung z.B. mit Optimismus (Beierlein et al., 2013) und Resilienz (Walter et al., 2012), rechtfertigt sich der Einsatz der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung in dieser Untersuchung zusätzlich.

5.3. Anforderungen an das Klinikpersonal

Bezogen auf Mitarbeiter in Kliniken, lässt sich sagen, dass sich die Anforderungen an das Klinikpersonal in den letzten Jahren stark verändert haben. Durch vermehrte Dokumentationspflicht bleibt beispielsweise weniger Zeit für das eigentliche Wesen des jeweiligen Berufes: Behandeln bzw. Pflegen. Dies ist für viele Personen ein Widerspruch zur eigenen Berufsidentität. Weitere Veränderungen betreffen beispielsweise die Patientenzahl pro Behandler, die Arbeitszeiten und den Arbeitsaufwand. Bei Ärzten und Pflegekräften steigt das Burnoutisiko mit der Anzahl der zu betreuenden Patienten (Sendera & Sendera, 2013). Die Veränderungen betreffen jedoch nicht nur den Pflegedienst und den ärztlichen Dienst sondern sind auch in der Verwaltung zu erkennen (ebd.). Suner-Soler et al. (2014) zeigten, dass emotionale Erschöpfung und der Wunsch nach Berufsausstieg bei Personen im lateinamerikanischen Gesundheitswesen korrelieren. Auch andere Studien weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Burnout bzw. Komponenten des Burnouts und dem Wunsch nach Berufsausstieg existiert, was auch speziell für Ärzte und Pflegenden gilt (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009; Leiter & Maslach, 2009).

Durch die besondere Form der Dienstleistung und die zentrale Rolle des Menschen bestehen spezielle Ansprüche an die Mitarbeiter: sie sind in ständiger Interaktion mit den Patienten und müssen eine angenehme, offene und freundliche Atmosphäre schaffen, um überhaupt das notwendige Vertrauen aufzubauen. Nicht nur daraus, sondern auch durch die Organisationsstruktur einer Klinik und deren Position im Gesundheitswesen, entsteht ein hohes Konfliktpotential zwischen den unterschiedlichen Interessensgruppen, die für Krankenhäuser relevant sind. Dies sind unter anderem Ärzte, Pfleger, Reinigungspersonal, Therapeuten, Verwaltung, aber auch Patienten, Kassenärztliche Vereinigung und Betriebsrat (Grosser, 2014). Aufgrund des hohen Konfliktpotenzials müssen Mitarbeiter also in Ihrer Persönlichkeit bestärkt werden und (zeitliche und räumliche) Möglichkeiten für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Psyche erhalten. Hierfür eignen sich Interventionen, die auf das Verhalten des Einzelnen abzielen (Verhaltensprävention) ebenso wie kombinierte Ansätze (Verhaltens-/ Verhältnisprävention) (Walter et al., 2012). Etablierte individuelle Interventionen zur Burnoutprophylaxe sind die Stärkung der Stressresistenz, Selbstsorge, Ent-

spannungstechniken, Sport, Stärkung der sozialen Beziehungen und auch Ernährungsberatung (Grosser, 2014,). Hinzu kommen Maßnahmen, welche die Organisationsstruktur und die Rahmenbedingungen beeinflussen.

Neben Veränderungen auf Organisations- und Strukturebene der Kliniken, muss dem Personal aber auch eine Wertschätzung des Einzelnen und seiner Arbeit entgegen gebracht werden.

Personen, deren Arbeitsplatz als unsicher gilt, haben einen schlechteren Gesundheitszustand und zeigen häufiger Anzeichen psychosomatischer Beschwerden (Haupt, 2010). Das bedeutet, dass es bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit auch die individuelle (oder kollektive) Situation im Betrieb zu berücksichtigen gilt.

6 Herleitung der Forschungsfragen aus der Theorie

Der in den Kapiteln 2 bis 5 gegebene Überblick über die theoretischen Hintergründe der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Arbeitsfähigkeit, der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und des Burnout-Syndroms verdeutlicht, dass Interventionen in Betrieben notwendig sind, damit Mitarbeiter u.a. resistenter gegenüber hohen Belastungen, Stress und psychischen Beschwerden wie z.B. dem Burnout-Syndrom werden.

Ein weiteres Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung oder der Erhalt der Arbeitsfähigkeit als Balance zwischen der Arbeitsanforderung und den Ressourcen des Mitarbeiters, da eine hohe Arbeitsfähigkeit sowohl für den Mitarbeiter als auch für das Unternehmen positive Folgen hat. Mitarbeiter mit guter Arbeitsfähigkeit sind produktiver, gesünder und zufriedener. Zufriedene Beschäftigte haben oft auch eine gute Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, mit der z.B. einem Burnout vorgebeugt werden kann.

Kapitel 4.3 stellt bereits die Hintergründe der ersten dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellung dar und leitet die Hypothese her, dass eine Korrelation zwischen der Arbeitsfähigkeit, erhoben per Work Ability Index, und der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, gemessen mit der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, besteht. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine mögliche Korrelation der beiden Konstrukte zu untersuchen und daraus zu schließen, ob sich die Parameter somit nicht nur gegenseitig beeinflussen, sondern auch Prognosen über die Ausprägung des einen Konstrukts durch die Erhebung des anderen möglich sind. Sollte ein Zusammenhang nachweisbar sein, könnte die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung unter Umständen die Möglichkeit bieten, stabilere Aussagen als der Work Ability Index bezüglich der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit treffen zu können.

Sowohl eine gute Arbeitsfähigkeit als auch eine gute Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung hängen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung von Burnout-Symptomen zusammen, wie in den Kapiteln 3, 4 und 5 dargelegt wurde. Es existieren bisher allerdings keine Studien, die beide Parameter im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung gleichzeitig untersuchen. Daraus entwickelt sich die zweite in dieser Arbeit untersuchte Fragestellung, inwiefern die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter eines Unternehmens im Gesundheitswesen durch eine sechsmonatige Intervention mit Maßnahmen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Entspannung und Psychologie zu beeinflussen sind.

Das untersuchte Projekt zur Burnoutprophylaxe wurde in einem großen Unternehmen im Gesundheitswesen durchgeführt, in dem unterschiedliche Berufsgruppen tätig sind. Diese unterliegen stark voneinander abweichenden Arbeitsstrukturen, -anforderungen und Organisationsformen. Insbesondere das Personal aus den ärztlichen und pflegenden Berufen ist neben den hohen körperlichen und psychischen Belastungen auch einer speziellen Arbeitsorganisation (z.B. Schichtdienst, hierarchische Ordnung) ausgesetzt. Das vorliegende Projekt sollte alle Mitarbeiter des Unternehmens gleichermaßen ansprechen und es ihnen ermöglichen teilzunehmen. Hier setzt die dritte Fragestellung an, der in dieser Arbeit nachgegangen wird. Es soll untersucht werden, ob Unterschiede bezüglich der Drop-out-Quote, der Anwesenheit und des Einflusses auf den Work Ability Index und die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den unterschiedlichen in Kliniken eingesetzten Berufsgruppen bestehen. Außerdem soll herausgearbeitet werden, wie zukünftige Interventionen in ähnlich organisierten Unternehmen strukturiert sein könnten.

7 Das Projekt „gemeinsam gesund und erfolgreich!“

In diesem Abschnitt soll ein kurzer Überblick über das Unternehmen, das das Projekt implementierte, und die Durchführung der Intervention gegeben werden. Außerdem wird auf die Situation im Unternehmen eingegangen, da sich der Konzern zum Interventionszeitpunkt in einem organisatorischen Umbruch befand. Eine in einigen Punkten ergänzende Beschreibung der Methodik findet sich in den Publikationen (Kap. 8.1 bis 8.3).

7.1 Das Unternehmen

Das Projekt „gemeinsam gesund und erfolgreich“ wurde zwischen Februar und August 2014 in den Kliniken der HELIOS Region Nord-West angeboten und durchgeführt. Die HELIOS Region Nord-West ist eine von zehn Regionen der dezentral geführten HELIOS Kliniken. Ihr gehören mehrere Standorte an, welche wiederum durch eigene Geschäftsführer geleitet werden. Zum Interventionszeitpunkt waren 3.506 Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 42 Jahren aus verschiedenen Berufsgruppen angestellt. Darunter befanden sich 1893 Angestellte, die in der Pflege oder im ärztlichen Dienst tätig waren (im Folgenden „stationär“ genannt) und 1613 Mitarbeiter aus unterschiedlichen anderen Berufsgruppen. Hierzu gehören z.B. alle in der Verwaltung angestellten Personen, Therapeuten, Sportlehrer, Servicekräfte, Diätassistenten, Reinigungspersonal und Küchenpersonal (im Folgenden „nicht stationär“ genannt).

Um die Durchführung jeglicher Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu bewerben, zu planen und durchzusetzen hat jeder Standort einen Lokalbeauftragten für betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Die Motivation, die Vorbildung, das Engagement und auch das Interesse der sogenannten BGM-Lokalbeauftragten waren individuell sehr unterschiedlich, was sich durchaus auf die Teilnahmestruktur auswirkte. Standortspezifische Untersuchungen wurden jedoch nicht durchgeführt, da dies durch die juristische Abteilung des Unternehmens ausdrücklich untersagt worden war.

Das durchgeführte Projekt wurde in einer für die Mitarbeiter speziellen Situation beworben und durchgeführt. Die Übernahme der Kliniken der Damp-Gruppe durch die HELIOS Kliniken war im Vorjahr durchgesetzt und die Umstrukturierungen zum Zeitpunkt der Anmeldung und der Intervention noch nicht endgültig abgeschlossen (Kündigungen, Existenzangst bestimmter Unternehmensteile) zudem wurde im Sommer 2012 die Arbeit für mehrere Tage niedergelegt. Viele Mitarbeiter fühlten sich ungerecht behandelt, waren misstrauisch gegen-

über der Unternehmensführung und hatten Angst vor dem Verlust ihrer Arbeit. Der Zeitpunkt zur Implementierung einer betrieblichen Gesundheitsförderung war einerseits sehr geeignet, da sich das Unternehmen sowieso in einer Umstrukturierung befand, andererseits äußerten die Beschäftigten jedoch Unmut gegenüber vielen Unternehmensentscheidungen. Misstrauen der Beschäftigten kann sich in einem schlechten Betriebsklima äußern und gilt als möglicher Faktor, der Mitarbeiter an einer Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung hindern kann (Nöhammer et al., 2009).

7.2 Methodik und Untersuchungsplan

Vor Beginn der Intervention wurden die 3.506 Mitarbeiter der HELIOS Region Nord-West schriftlich aufgerufen, zu äußern, welche Maßnahmen sie sich zur Burnoutprophylaxe wünschten. Die Antworten wurden kategorisiert und die häufigsten Wünsche in die Planung der Maßnahmen einbezogen, indem zusätzlich zu den bereits im Vorfeld geplanten Maßnahmen ein „Spaziergang der Stille“ und ein Seminar zur Kommunikation angeboten wurden. Im Anschluss an die endgültige Festlegung der Maßnahmen wurde das Projekt „gemeinsam gesund und erfolgreich!“ beworben (Flyer, Intranet, durch die BGM-Lokalbeauftragten). Nach der freiwilligen Anmeldung der Mitarbeiter, wurden diese schriftlich dazu aufgefordert, den Work Ability Index und die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zu beantworten. Die Teilnehmer wurden codiert, so dass sowohl die Anwesenheit als auch die Ergebnisse der Fragebögen anonym blieben. Von den 192 angemeldeten Mitarbeitern gaben 161 Personen beide Fragebögen vollständig auswertbar zurück. Durch die jetzt stattfindende Randomisierung wurden 75 Personen in die Interventions- und 86 Mitarbeiter in die Kontrollgruppe gelost. Die automatische Zuteilung der nach Einsendeschluss aber vor Interventionsbeginn eingegangenen Fragebögen in die Kontrollgruppe führte zu der Differenz zwischen den beiden Gruppen. Der Untersuchungsplan sah weiterhin vor, dass die Mitglieder der Interventionsgruppe daraufhin mit der sechsmonatigen Intervention begannen, während die Teilnehmer der Kontrollgruppe ihrem normalen Arbeitsalltag nachgingen.

Inhalte der Intervention waren sieben einstündige Seminare zu den Themen Ernährung, Motivation, Kommunikation, Entschleunigung, Burnout & Stressbewältigung, „gesundes Laufen“ und „kraftvolle Beweglichkeit“. Zusätzlich wurde einmal monatlich von einem Therapeuten eine fünfminütige Aktivpause am Arbeitsplatz angeleitet und eine Massage angeboten. Ebenfalls einmal im Monat nahmen die Teilnehmer der Interventionsgruppe an einem dreißigminütigen Entspannungstraining (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen) und einem

Frühstück mit dem jeweiligen Geschäftsführer des Standorts teil. An jedem Standort wurde ein „Raum der Stille“ eingerichtet, in dem die Teilnehmer ihre Mittagspause verbringen konnten. Weitere Maßnahmen, die in Eigenverantwortung durchgeführt wurden, waren der „Spaziergang der Stille“ (ebenso in der Mittagspause) und die selbstdurchgeführte Aktivpause am Arbeitsplatz. Alle Maßnahmen außer dem „Raum der Stille“ und dem „Spaziergang der Stille“ sollten in der Arbeitszeit stattfinden. Die Vorgesetzten der Teilnehmer waren angehalten, die Mitarbeiter für die Angebote aus der Abteilung oder dem Stationsablauf freizustellen. Um die Teilnahme nachzuhalten, wurden Anwesenheitslisten geführt und die Teilnehmer darum gebeten, die selbstgeleiteten Maßnahmen in einem Aktivitätenkalender (s. Anhang) aufzuschreiben.

Das in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Projekt beeinflusst in unterschiedlichem Ausmaß die vier Stockwerke des in Kapitel 3.1 vorgestellten Hauses der Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen, 2005). Besonders häufig und regelmäßig wurden verhaltensbezogene Maßnahmen wie z.B. das Entspannungstraining oder die Aktivpause am Arbeitsplatz angeboten und von den Probanden angenommen. Auch alle anderen Maßnahmen der Intervention zielten einerseits auf die Gesundheit (1. Stock), andererseits aber auch auf die gesundheitsbezogenen Kompetenzen ab. Angebote zur Förderung der fachlichen Kompetenzen gab es dagegen nicht. Speziell die angebotenen Seminare sollten nicht nur die Gesundheitskompetenz verbessern, sondern auch die Motivation zur Umsetzung des Gelernten und die Einstellung z.B. zur eigenen Gesundheit und zu gesundheitsbewusstem Verhalten verändern (3. Stock). Durch die Kommunikation zwischen Geschäftsführer und Angestellten beim monatlichen Frühstück mit dem Geschäftsführer, wurde den Mitarbeitern eine Wertschätzung von Seiten der Geschäftsführung entgegen gebracht. Dies kann dem vierten Stockwert (Arbeit) zugeordnet werden, auch wenn die direkten Vorgesetzten hierbei keine Rolle spielten. Bezüglich der Umsetzung scheint es zwischen den Teilnehmern und den direkten Vorgesetzten teilweise sogar Schwierigkeiten gegeben zu haben, weil die Maßnahmen während der Arbeitszeit stattfanden. Hier trugen leider nicht alle Vorgesetzten den Gedanken der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihre Planung.

Nach Beendigung der Intervention wurden allen Teilnehmern der Interventions- und der Kontrollgruppe erneut die beiden Fragebögen (WAI, SWE) zugesendet. Von den 161 versendeten Bögen wurden 116 auswertbar zurück geschickt, zufällig gehörten hiervon genau 58 der In-

terventions- und 58 der Kontrollgruppe an. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe füllten zusätzlich einen Zufriedenheitsfragebogen aus, welcher dieser Arbeit angehängt ist.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Berechnungen mit SPSS vorgenommen. Ob eine Korrelation zwischen den beiden Parametern Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Arbeitsfähigkeit besteht, wurde mittels der Korrelation nach Pearson untersucht. In diese Berechnung gingen die 161 zu Beginn abgegebenen Fragebogenpaare ein. Um zu überprüfen, ob eine mögliche Korrelation auch in verschiedenen Subgruppen besteht, wurde zusätzlich eine Unterteilung nach Alter (jung < 46 Jahre, alt \geq 46 Jahre), Geschlecht und Berufsgruppen (stationär/ nicht stationär) vorgenommen.

In die Berechnungen zum Einfluss der Intervention auf die Arbeitsfähigkeit und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung gingen 116 Teilnehmer ein. Auch hier wurden die Teilnehmer in Subgruppen nach Berufsgruppen (stationär/nicht stationär), nach Alter (vier Altersgruppen <30 J, 30-39 J, 40-49 J, \geq 50 J) und nach Geschlecht unterteilt und der Einfluss auf die Gesamtgruppe und auf die Subgruppen berechnet. Mit dem T-Test für abhängige Stichproben wurde der Vergleich der Ergebnisse von t_0 und t_1 innerhalb der einzelnen Gruppen (Interventions-/ Kontrollgruppe) vorgenommen, für den Vergleich der beiden Gruppen untereinander wurde der T-Test für unabhängige Stichproben bzw. die Varianzanalyse gewählt.

Auch die Anwesenheitslisten und die Zufriedenheitsfragebögen wurden ausgewertet, während sich die Auswertung der Aktivitätenkalender schwierig gestaltete, da viele leer oder gar nicht abgegeben wurden. Auf die Ergebnisse der Zufriedenheitsfragebögen wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen. Für die Beantwortung der Forschungsfrage, ob ein Unterschied zwischen den im stationären Schichtdienst tätigen und den nicht im stationären Schichtdienst eingesetzten Mitarbeitern besteht, wurden zusätzlich die Drop-Out-Quoten mittels Chi²-Test verglichen.

Die ermittelten Ergebnisse werden in den im nächsten Kapitel folgenden Publikationen dargestellt und interpretiert.

8 Publikationen

Es wurde in den vorangegangenen Kapiteln auf die Notwendigkeit und die Schwierigkeiten der Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung speziell in Unternehmen im Gesundheitswesen hingewiesen und herausgearbeitet, dass die erhobenen Parameter (Work Ability Index und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung) geeignet sind, um Maßnahmen zur Burnoutprophylaxe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu evaluieren, weil beide Konstrukte beeinflussbar sind und mit dem Auftreten von Burnout-Symptomen in Zusammenhang gebracht werden können. Außerdem wurde gezeigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter mit deren physischer und psychischer Gesundheit verknüpft ist und für den Erfolg eines Unternehmens relevant ist. In Bezug auf die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurde darauf hingewiesen, dass sie einen Einfluss auf wichtige, die (psychische) Gesundheit beeinflussende Parameter (z.B. Zufriedenheit) hat und somit sowohl für die Arbeitsfähigkeit als auch für die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter aller Berufsgruppen bedeutsam ist. Zudem gilt die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als stabilere Variable als die Arbeitsfähigkeit.

In Kapitel 6 wurden drei aus diesen Erkenntnissen hergeleitete Fragestellungen aufgestellt, mit deren Klärung sich die folgenden dieser publikationsbasierten Dissertation zu Grunde liegenden Veröffentlichungen beschäftigen:

1. Heinrich, C.; Grünhagen, M.; Köhler, M.; Weisser, B. (2016a). Selbstwirksamkeitserwartung. Ist eine Prognose der Arbeitsfähigkeit möglich? *Praxismagazin. Die medizinische Fachzeitschrift für Naturheilkunde*. 4/2016.
2. Heinrich, C.; Grünhagen, M.; Köhler, M.; Weisser, B. (2016b). Work Ability Index (WAI) und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (zur Veröffentlichung angenommen).
3. Heinrich, C. (2016). Berufsgruppenübergreifende betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Gesundheitswesen. *ASU Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin* 2016; 51: 579-548 (im Druck).

In der ersten Publikation „Selbstwirksamkeitserwartung. Ist eine Prognose der Arbeitsfähigkeit möglich?“ (Heinrich, Grünhagen, Köhler & Weisser, 2016a) geht es um die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der

Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern einer großen Klinik mit mehreren Standorten. Es wird untersucht, ob eine solche Korrelation besteht und ob sie in verschiedenen Altersklassen, Berufsgruppen und zwischen beiden Geschlechtern besteht.

Der zweite Aufsatz „Work Ability Index (WAI) und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (Heinrich, Grünhagen, Köhler & Weisser, 2016b) zeigt den Einfluss der durchgeführten Maßnahmen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der BGF. Hier interessierte neben dem möglichen Einfluss auf die Gesamtpopulation der teilnehmenden Mitarbeiter auch, ob es alters-, geschlechts- oder berufsgruppenspezifische Unterschiede gibt.

In der dritten Publikation „Berufsgruppenübergreifende betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Gesundheitswesen“ (Heinrich, 2016) wird beschrieben, inwiefern es Unterschiede zwischen stationär tätigen und nicht stationär tätigen Mitgliedern gibt. Hierbei wird über die Auswertung der Drop-Out-Quote und der Anwesenheit vor allem untersucht, ob die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe mit den jeweils typischen Organisationsmerkmalen (z.B. Schichtdienst, geringe Planbarkeit) die Mitarbeiter an der Teilnahme hinderte. Aus dem Ergebnis sollen Hinweise für mögliche Folgeprojekte herausgearbeitet werden.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen Zitationsweisen durch die voneinander abweichenden Vorgaben der wissenschaftlichen Zeitschriften entstanden sind. In der Gesamtarbeit wurde sich an den Richtlinien der American Psychological Association orientiert.

8.1 Publikation 1: Selbstwirksamkeitserwartung. Ist eine Prognose der Arbeitsfähigkeit möglich?

Autoren:

Christiane Heinrich, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Dr. med. Matthias Grünhagen, HELIOS Prevention Center Damp

Prof. Dr. med. Matthias Köhler, HELIOS Reha-Klinik Damp

Prof. Dr. med. Burkhard Weisser, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

8.1.1 Einleitung

Arbeitsfähigkeit ist nicht nur eine individuelle Ressource des Mitarbeiters sondern auch eine bedeutsame Ressource jedes Unternehmens. Denn für das Unternehmen sind das Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit der seiner Mitarbeiter notwendig, um die Produktivität und Wirtschaftlichkeit des Betriebs zu sichern.

Unter Arbeitsfähigkeit verstehen Ilmarinen et al. (2002, S. 160) „die Summe von Faktoren, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen.“ Hierbei müssen die individuellen Voraussetzungen und die Leistungsfähigkeit mit der Arbeitsanforderung verglichen werden und ggf. an das Alter angepasst werden. Seit den 1980er Jahren hat sich zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Work Ability Index (WAI) durchgesetzt (Ilmarinen 2009). Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen, der u.a. in der Arbeitsmedizin und Forschung eingesetzt wird. Ein schlechter WAI weist z.B. frühzeitig auf eine längere Arbeitsunfähigkeit (Kujala et al. 2005) und als Konsequenz auf Erwerbsunfähigkeit (Tuomi et al. 1991) hin. Bei einem auffälligen WAI-Wert können somit präventive Maßnahmen initiiert werden (Ebener 2011).

Beeinflusst werden kann die Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters durch Maßnahmen, die den vier Handlungsfeldern des WAI-Konzepts zuzuordnen sind. Die Handlungsfelder entsprechen vier Stockwerken des sogenannten Hauses der Arbeitsfähigkeit (Tempel et al. 2013): individuelle physische und psychische Gesundheit (z.B. Erschöpfung, Selbstachtung), Kompetenzen (z.B. fachliche Kompetenzen: Ausbildung/ Weiterbildung/ Qualifikation, Gesundheitskompetenzen), Werte und Einstellungen (z.B. Motivation) und die Arbeit (z.B. Arbeitsinhalt, Arbeitsumgebung, Mitarbeiterführung, Partizipation, Humankriterien).

Viele der genannten Faktoren unterliegen aktuellen Einflüssen (z.B. aktuelle Gesundheit und Jobsituation, Kompetenzzugewinn, Motivation), so dass auch die messbare Arbeitsfähigkeit kurzfristig variieren kann. Im Gegensatz dazu ist die Selbstwirksamkeit ein „relativ stabiles Merkmal, das sich nur über lange Zeiträume messbar verändern kann.“ Schmitz (2000, S. 129), jedoch nicht als unveränderbar einzustufen ist. Verstanden wird Selbstwirksamkeitserwartung als „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. Dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht.“ (Schwarzer und Jerusalem 2002, S. 35). Es geht also um das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, schwierige Situationen meistern zu können und den Erfolg intrinsischen Faktoren zuzuordnen. Die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung entwickelt sich in erster Linie aufgrund von Erfahrungen, die im Leben selbst gemacht wurden und eigenen Fähigkeiten zugesprochen werden (Pätzold und Stein 2007).

Setzt man die beiden Konstrukte Arbeitsfähigkeit und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung in Beziehung zueinander, wäre ein positiver Zusammenhang gegebenenfalls zu erwarten. Menschen mit einer hohen Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, die positive Erlebnisse mit eigenen Kompetenzen in Verbindung bringen und Herausforderungen aufgrund vorhandenen Könnens als bewältigbar einschätzen, sollten auch in Bezug auf berufliche Herausforderungen und die Bewältigung dieser Aufgaben, subjektiv und objektiv als sehr arbeitsfähig einzuschätzen sein.

Bisher gibt es einige Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit in vielen Punkten von Elementen der Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst wird. Frevel et al. (2006, S. 65f.) beschreiben z.B. die Notwendigkeit der Entwicklung von Selbstmanagementstrategien für die Arbeitnehmer in Bezug auf Arbeitsforschung und Beratung, durch die die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer gestärkt wird. Auch Olbrich et al. (2010) vermuten einen Zusammenhang zwischen gesteigener Selbstwirksamkeit und einem verbesserten Work Ability Index im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Bei Bestehen eines solchen Zusammenhangs gäbe es mit der Skala zu Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung ggf. ein Messinstrument, um stabilere Aussagen bezüglich der (Entwicklung der) Arbeitsfähigkeit treffen zu können, ohne den WAI zu verdrängen. Auch andersherum ist eine Beeinflussung der SWE durch die berufliche Situation anzunehmen

(Woods et al. 2013). Positive Zusammenhänge weist die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung u.a. mit Arbeitszufriedenheit (Luszczynska, A. et al. 2005), Optimismus, Einkommen, Alter und Bildung (Beierlein et al. 2013) auf. Auch Bildungsziel und beruflicher Erfolg hängen vermutlich (bidirektional) mit der Kompetenzerwartung zusammen (ebd.).

Trotz des naheliegenden Zusammenhangs zwischen der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der Arbeitsfähigkeit blieb eine Bestätigung dieser Annahme bislang aus. Hieraus ergibt sich die in dieser Studie untersuchte Fragestellung, inwiefern eine Korrelation zwischen dem Work Ability Index und der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung besteht.

8.1.2 Methodik

Stichprobe

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte auf freiwilliger Basis in den Kliniken der HELIOS Region Nord-West, welcher u.a. zehn Akut- und Rehakliniken zugeordnet sind. Die Teilnehmer meldeten sich zum Projekt „gemeinsam gesund und erfolgreich!“ zur Burnoutprophylaxe an. Dieses Projekt beinhaltete neben der Fragebogenerhebung (Work Ability Index und Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung) zu Beginn und zum Ende des Projekts eine sechsmonatige Intervention mit Maßnahmen aus den Themenbereichen Entspannung, Ernährung, Bewegung, Motivation, Aufklärung zum Thema Burnout und Kommunikation, die in der Arbeitszeit stattfanden.

Alle angemeldeten Teilnehmer waren dementsprechend motiviert, an einem Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen. Aufgerufen zur Teilnahme waren alle ca. 3.506 Mitarbeiter der Helios Region Nord-West, es handelt sich also um im Gesundheitswesen angestellte Personen aus stationären und nicht stationären Berufsgruppen. Zu den stationären Berufsgruppen wird hier nur die Pflege- und Ärzteschaft gezählt, während alle anderen Berufsgruppen (inklusive Therapeuten, Verwaltung und Tourismus) in den nicht stationären Bereich geordnet werden.

Es meldeten sich 192 Mitarbeiter aus insgesamt acht Standorten an, von denen 161 Personen beide Fragebögen (WAI und SWE) vollständig abgaben und somit als Teilnehmer in das Projekt starteten (Alter $M = 44$ J, Median 46 J). Die Teilnehmerstruktur verhält sich wie folgt: Es nahmen 37 Männer und 124 Frauen teil. Von den 161 Teilnehmern arbeiten 71 Personen in stationären Bereichen, während 90 Personen aus nicht stationären Berufsgruppen stammen.

87 Teilnehmer sind mindestens 46 Jahre alt und 74 teilnehmende Mitarbeiter sind jünger als 46 Jahre. Abbildung 1³ stellt die Teilnehmerstruktur grafisch dar.

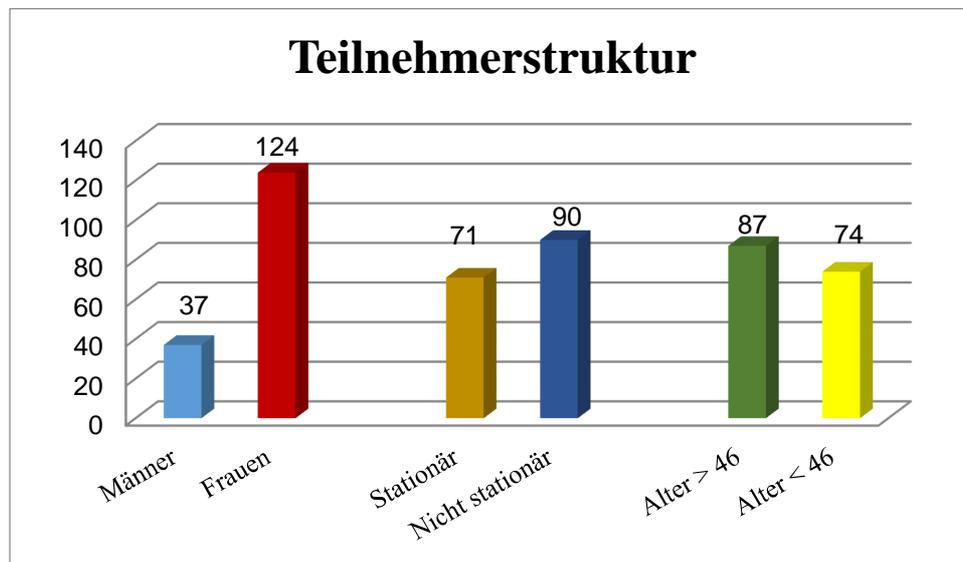


Abbildung 3. (Abbildung 1) Teilnehmerstruktur des Projekts "gemeinsam gesund und erfolgreich!" der HELIOS Region Nord-West. N=161

Der Work Ability Index (WAI)

Der Work Ability Index ist ein in Finnland (Finnisches Institut für Arbeitsmedizin, J. Ilmarinen) entwickelter Fragebogen zur Messung der Arbeitsfähigkeit einzelner Personen oder auch Personengruppen. Der Fragebogen besteht aus zehn Fragen aus sieben WAI-Dimensionen:

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit.
2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen.
3. Diagnoseliste (Anzahl der vom Arzt diagnostizierten Krankheiten)
4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten
5. Krankenstand im vergangenen Jahr
6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren.
7. Psychische Leistungsreserven.

Durch Addition der zugeordneten Punktzahlen ergibt sich das individuelle Ergebnis der Person, wodurch seine subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit abgeleitet ggf. die Einleitung verbessernder oder erhaltender Interventionen initiiert werden kann. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 49 Punkte, die Mindestpunktzahl sieben Punkte. Tab. 1. zeigt die Bewertung aufgrund der Gesamtpunktzahl.

³ Tabellen- und Abbildungsbeschriftungen in Klammern entsprechen den Bezeichnungen im Text.

Tabelle 4. (Tabelle 1) Einordnung der Arbeitsfähigkeit anhand des Gesamtscores des WAI (vgl. auch Tab. 2)

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

Der Fragebogen zum Work Ability Index liegt in der Kurz- und in der Langversion vor, die sich in der Anzahl der vorgegebenen Krankheitsbilder in der Diagnoseliste (WAI-Dimension 3) unterscheiden. In dieser Studie wurde die Kurzversion mit 13 Krankheitsbildern genutzt.

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Jerusalem und Schwarzer 1999)

Dieser Fragebogen stellt ein Instrument zur Erfassung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung dar. Er enthält zehn Fragen, die vierstufig beantwortet werden („Stimmt nicht“-1, „Stimmt kaum“-2, „Stimmt eher“-3, „Stimmt genau“-4). Die den entsprechenden Antworten zugeordneten Werte werden zum Gesamtergebnis zusammengezählt, so dass ein maximaler Wert von 40 und ein Mindestwert von 10 Punkten erreicht werden. Je höher die erreichte Punktzahl ist, umso besser wird die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung eingeschätzt. Der bislang in der Literatur genannte Mittelwert liegt bei 29 (SD = 5) Punkten (Hinz et al. 2006, S. 26). Hinz et al. (2006) erstellten eine Übersicht über die SWE-Normwerte bezüglich Alter und Geschlecht und für die Gesamtpopulation.

Studiendesign

192 angemeldete Mitarbeiter der HELIOS Region Nord-West erhielten die beiden Fragebögen (WAI, SWE) zugesandt und wurden gebeten, sie vollständig ausgefüllt an die Studienleitung zurückzusenden. 161 korrekt ausgefüllte Fragebogenpaare kamen zurück und gingen in die Endauswertung ein. Sie wurden zunächst manuell ausgewertet und mit dem Statistikprogramm SPSS auf Korrelationen nach Pearson überprüft. Die Berechnung erfolgte sowohl für die Gesamtgruppe (N=161), als auch für einzelne Subgruppen (männlich/ weiblich, stationär/ nicht stationär, jung < 46 Jahre, alt ≥ 46 Jahre). Durch Codierung wurde die Erhebung anonymisiert.

8.1.3 Ergebnisse

Die Mittelwerte der Ergebnisse der Teilnehmer (N=161) liegen für den WAI bei M=37,97 (SD=5,44) und für die SWE bei M=30,75 (SD=3,67) Punkten. Die Mittelwerte der Subgruppen lassen sich Tabelle 2 entnehmen.

Tabelle 5. (Tabelle 2) Übersicht über die Mittelwerte der WAI- und SWE-Werte unterteilt in Subgruppen.

	<i>N</i>	<i>WAI</i>	<i>SWE</i>		<i>N</i>	<i>WAI</i>	<i>SWE</i>
<i>Stationär</i>	71	37,25 (SD 5,97)	30,42 (SD 3,77)	<i>Nicht stationär</i>	90	38,53 (SD 4,95)	31 (SD 3,58)
<i>weiblich</i>	124	37,98 (SD 5,52)	30,82 (SD 3,78)	<i>Männlich</i>	37	37,91 (SD 5,25)	30,49 (SD 3,28)
<i>Jung < 46J</i>	74	38,05 (SD 5,54)	30,16 (SD 3,33)	<i>Alt</i>	87	39,9 (SD 5,39)	31,24 (SD 3,88)
<i>Gesamt</i>	161	37,97 (SD 5,44)	30,75 (SD 3,67)				

Bezüglich der Korrelation zeigt sich, dass in allen untersuchten Gruppen eine signifikante Korrelation zwischen dem Work Ability Index und der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung besteht. In der Gesamtpopulation besteht eine signifikante Korrelation zwischen dem WAI und SWE (N=161, $r=0,369$), welche in Abbildung 2 grafisch dargestellt wird.

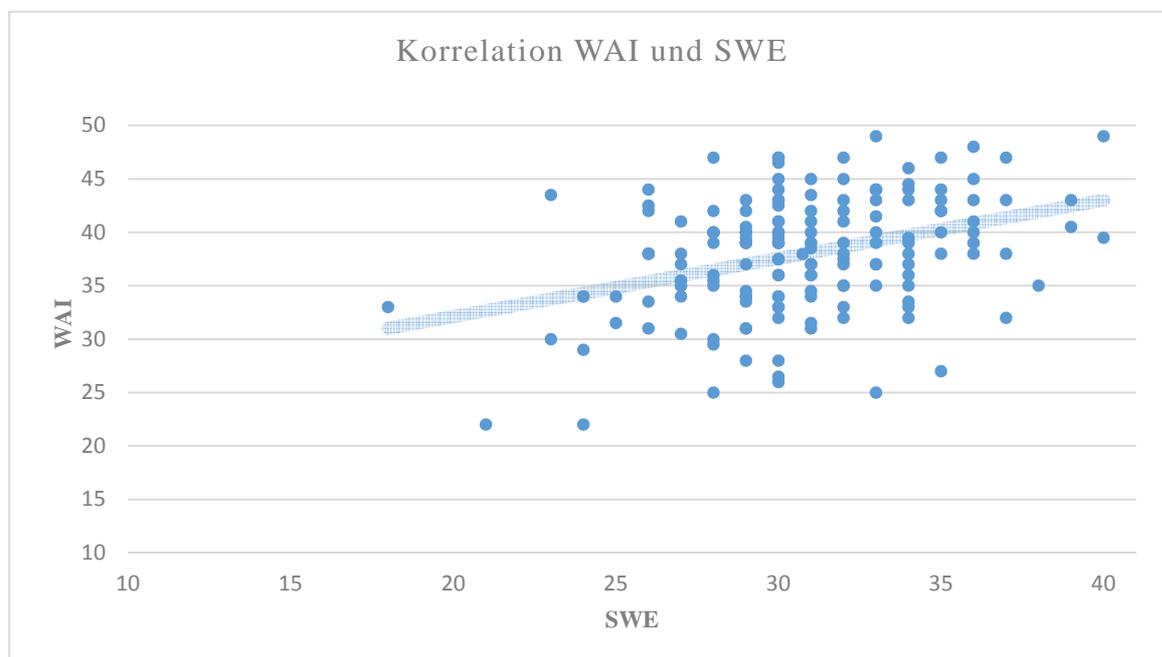


Abbildung 4. (Abbildung 2) Verteilung der Messergebnisse der Gesamtgruppe (N=161).

Die Subgruppenanalysen zeigen, dass die Korrelation offenbar unabhängig von anderen Merkmalen konstant besteht. Bei den Männern (N=37, $r=0,375$, $p<0,05$) und bei den Frauen (N=124, $r=0,367$, $p<0,01$) besteht eine signifikante Korrelation zwischen SWE und WAI. Bei der Unterteilung in stationäre (N=71, $r=0,417$). und nicht stationäre (N=90, $r=0,311$) Berufs-

gruppen, weisen beide Gruppen eine signifikante Korrelation ($p < 0,01$) zwischen dem WAI und dem SWE auf. Ebenso erwies die Einteilung anhand des Medians = 46 Jahre in „alt“ (≥ 46 Jahre, $N=87$, $r=0,420$) und „jung“ (< 46 Jahre, $N=74$, $r=0,318$) keinen Unterschied zwischen den Altersgruppen (jeweils $p < 0,01$). Beide Gruppen zeigten eine signifikante Korrelation zwischen dem WAI und der SWE. Eine Übersicht über die Ergebnisse gibt Tabelle 3.

Tabelle 6. (Tabelle 3) Signifikante Ergebnisse (Korrelationen nach Pearson WAI-SWE, $N=161$), Einteilung nach Alter anhand des Medians=46 Jahre

	r	p
Gesamtgruppe $N=161$	0,369	$< 0,01$
Männer, $N=37$	0,375	$< 0,05$
Frauen, $N=124$	0,367	$< 0,01$
Stationäre Berufsgruppen, $N=71$	0,417	$< 0,01$
Nicht stationäre Berufsgruppen, $N=90$	0,311	$< 0,01$
Alter ≥ 46 Jahre, $N=87$	0,420	$< 0,01$
Alter < 46 Jahre, $N=74$	0,318	$< 0,01$

8.1.4 Diskussion

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Fragebögen

Bei einem Vergleich der beiden gewählten Fragebögen bestehen es keine Überschneidungen der Fragen bzw. gleiche Fragestellungen. Einzig die Dimension 7 des WAI: psychische Leistungsreserven, mit den Fragen enthält Aspekte, die auch in der Beantwortung der Skala zu Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung relevant sein könnten:

1. Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?
2. Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?
3. Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

Vor allem die dritte Frage aus diesem Bereich kann in vielen Items der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wiedererkannt werden. Alle Fragen der SWE zielen letztendlich darauf ab, ob der Befragte das Gefühl hat, Herausforderungen -auch zukünftig- aus eigener Kraft meistern zu können. Da die berechnete Korrelation nicht nahezu eins ist, kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Fragebögen durchaus unterschiedliche Aspekte abfragen und nicht das gleiche Merkmal messen.

Schlussfolgerungen

Durch die größere Stabilität des Merkmals Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber der Arbeitsfähigkeit könnte über die Erhebung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung möglicherweise eine Aussage über die langfristige Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter eines Unternehmens getroffen werden.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutete das Ergebnis dann u.U., dass über gezielte Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der SWE auch die Arbeitsfähigkeit positiv zu beeinflussen wäre. Es bestätigte sich auch das Konzept der Selbstwirksamkeit in Bezug auf dessen Wichtigkeit für Unternehmen.

Es könnte hieraus geschlossen werden, dass Maßnahmen nicht ausschließlich auf die physische Gesundheit ausgerichtet sein dürften, sondern würde bedeuten, dass zusätzlich zumindest Selbstmanagementstrategien vermittelt werden müssten. Also sollten zusätzlich Maßnahmen gewählt werden, die die Arbeitsstruktur (z.B. Partizipation) und die fachlichen und gesundheitsbezogenen Kompetenzen beeinflussen. Ebenso wäre durch Maßnahmen, die auf anderen Stockwerken des Hauses der Arbeitsfähigkeit ansetzen (z.B. physische Gesundheit), auch eine Verbesserung der SWE zu erwarten.

Bezüglich der Teilnehmer ist anzumerken, dass sie sich freiwillig anmeldeten und entsprechend motiviert waren, an einem Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen. Das heißt, dass sie möglicherweise bestimmte Eigenschaften mitbringen, wodurch das Ergebnis eventuell verfälscht sein könnte. Sie sind von sich aus motiviert, etwas zu tun, haben evtl. sowieso eine bessere Selbstwirksamkeit als Mitarbeiter, die sich nicht anmeldeten, weil sie wissen, dass sie mithilfe zu erlernender Kompetenzen ihr Wohlbefinden steigern können.

Hinzu kommt, dass gerade im Gesundheitswesen die Mitarbeiter besonderen Einflüssen ausgesetzt sind wie zum Beispiel der stark ausgeprägten Hierarchie, den wirtschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen, Verringerung des Personalschlüssels, Erwartungen der Arbeitgeber an das Personal in Bezug auf selbstloses Verhalten (Müller 2012) und einem subjektiv empfundenen erhöhtem Stresslevel, Erwartungen der Patienten an die Mitarbeiter usw. Dies sind Faktoren, die sich sowohl auf die Arbeitsfähigkeit als auch auf die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auswirken könnten.

In weiteren Studien nachzugehen Fragen wären, ob es im Sinne der Wirtschaftlichkeit für die Unternehmen sinnvoll wäre, Maßnahmen zur Förderung der SWE anzubieten, ob die Korrelation zwischen den beiden Fragebögen auch auf andere Branchen übertragbar ist und ob Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung länger im Beruf bleiben. Zudem müsste über eine noch tiefer gehende Itemanalyse der SWE und WAI-Fragebögen eine Überschneidung der Fragebögen ausgeschlossen werden, welche aber zunächst nicht erkennbar ist.

8.1.5 Zusammenfassung

Bei Mitarbeitern eines Unternehmens im Gesundheitswesen erwies sich eine signifikante Korrelation zwischen dem Work Ability Index und der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Dies könnte darauf hinweisen, dass durch die Erhebung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung eine langfristige Aussage über die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit getroffen werden könnte, da die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber äußeren Einflüssen stabiler ist als der WAI. Außerdem hätte man hiermit einen Ansatzpunkt, über den die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter in der betrieblichen Gesundheitsförderung positiv beeinflusst werden könnte.

8.1.6 Literaturverzeichnis

- Beierlein, C.; Kemper, C. J.; Kovaleva, A.; Rammstedt, B. (2013): Kurzsкала zur Erfassung Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen (ASKU). *Methoden, Daten, Analysen*. 2013, Jg. 7(2), S. 251-278.
- Ebener, M. (2011): Entwicklung des WAI (Work Ability Index)-Netzwerks in Deutschland. Ein Überblick. In: Marianne Giesert (Hg.): *Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit!* S. 52–59. VSA: Hamburg
- Frevel, A.; Geißler-Gruber, B.; Hegemann, L.; Jüttner, P.; Lißner, B.; Christmann, S. (2006): *Dialoge verändern. Partizipative Arbeitsgestaltung; Voraussetzungen, Methoden und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung*. Kölner Wiss.-Verlag Köln.
- Hinz, A.; Schumacher, J.; Albani, C.; Schmid, G.; Brähler, E. (2006): Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In: *Diagnostica* 52 (1), S. 26–32. doi: 10.1026/0012-1924.52.1.26.
- Ilmarinen, J. (2009): Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 35 (1), S. 1–5. doi: 10.5271/sjweh.1304.
- Ilmarinen, J.; Tempel, J.; Giesert, M. (Hg.). (2002): *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* VSA: Hamburg.
- Jerusalem, M.; Schwarzer, R. (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Kujala, V.; Remes, J.; Ek, E.; Tammelin, T.; Laitinen, J. (2005): Classification of Work Ability Index among young employees. In: *Occupational Medicine* 55 (5), S. 399–401.
- Luszczynska, A.; Gutiérrez-Doña, B.; Schwarzer, R. (2005): General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Müller, B. (2012): ... und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Gudrun Faller (Hg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 268–274.
- Olbrich, D.; Beblo, A.; Passeik-Hartmann, D. (2010): Zur Bedeutung des Work Ability Index (WAI) im GUSI-Präventionsprogramm für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen. *Praktische Arbeitsmedizin* (21), S. 40.
- Pätzold, G.; Stein, B. (2007): Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit in seiner Bedeutung für selbstgesteuerte Lernprozesse. Hg. v. Büchler, K. und Tramm, T. *bwp@* (13). Online verfügbar unter www.bwpat.de/ausgabe13/paetzold_stein_bwpat13.pdf, zuletzt geprüft am 22.06.2015.
- Schmitz, Gerdmarie S. (2000): Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout. Online verfügbar unter

www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000315, zuletzt geprüft am 22.06.2015.

Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Matthias Jerusalem und Hopf Diether (Hg.): *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*. Weinheim: Beltz (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft, 44), S. 28–53.

Tempel, J.; Ilmarinen, J.; Giesert, M. (2013): *Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. VSA: Hamburg.

Tuomi, K.; Toikkanen, J.; Eskelinen, L.; Backman, A.-L.; Ilmarinen, J.; Jarvinen, E.; Klockars, M. (1991): Mortality, disability and changes in occupation among aging municipal employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 17 (suppl. 1), S. 58–66.

Woods, S.; Lievens, F.; De Fruyt, F.; Wille, B. (2013): personality across working life: the longitudinal and reciprocal influences of personality on work. *Journal of Organizational Behavior*, 34(S1), 7-25.

8.2 Publikation 2: Work Ability Index (WAI) und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Autoren Christiane Heinrich, Matthias Grünhagen, Matthias Köhler, Burkhard Weisser

8.2.1 Zusammenfassung

Hintergrund: Es verlassen zunehmend mehr Menschen den Beruf vorzeitig aufgrund psychischer Erkrankungen (z.B. Burnout). Gleichzeitig sinkt die Arbeitsfähigkeit des Personals mit dem Alter. Im Kontext des demografischen Wandels weisen diese beiden Punkte auf die Bedeutung der BGF hin. Eine hohe Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) wird als Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung eines Burnouts betrachtet. Maßnahmen, welche die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und die Arbeitsfähigkeit verbessern, können somit als geeignete Maßnahmen zur Burnoutprophylaxe in der BGF gesehen werden.

Methoden: 161 Mitarbeiter eines Unternehmens im Gesundheitswesen wurden nach der Beantwortung und Rücksendung zweier Fragebögen (Skala zur SWE, Work Ability Index WAI) in eine Interventions- (IG) und eine Kontrollgruppe (KG) eingeteilt. Die IG absolvierte arbeitsbegleitend ein sechsmonatiges Projekt mit Maßnahmen aus den Bereichen Bewegung, Entspannung, Kommunikation und Ernährung, während die KG ihrem normalen Arbeitsalltag nachging. Nach Beendigung der Maßnahmen beantworteten beide Gruppen die Fragebögen erneut. Es wurde für die Gesamtgruppe und unterteilt in Subgruppen berechnet, ob sich die Arbeitsfähigkeit und die Allgemeine SWE verändert hatten.

Ergebnisse: In die Auswertung gingen 116 Teilnehmer ein (IG: n=58, KG: n=58). Bei den Teilnehmern der IG zeigten sich sowohl beim WAI- als auch beim SWE-Wert signifikante positive Veränderungen (t_0 - t_1). Ein Vergleich der beiden Gruppen untereinander ergab wiederum jeweils einen Unterschied bezüglich der Veränderung von t_0 zu t_1 des WAI- bzw. des SWE-Werts. Auch bezüglich der Subgruppen gab es Veränderungen. Bei den Männern verbesserten sich die WAI-Werte in der IG und auch im Vergleich zur KG, während bei den Frauen der SWE-Wert im Vergleich zur KG anstieg. Veränderungen zeigten sich auch in den Altersgruppen 40-49 Jahre (SWE und WAI) und ≥ 50 Jahre (WAI).

Schlussfolgerungen: Multidisziplinäre Maßnahmen in der BGF haben einen positiven Einfluss auf den WAI und auf die SWE und somit auch auf die Entwicklung eines Burnouts. Besonders bei den Teilnehmern der beiden älteren Gruppen (40-49 und ≥ 50 Jahre) ergaben sich

positive Veränderungen, so dass darauf geschlossen werden kann, dass bei den älteren Teilnehmern bezüglich der BGF viel Potential vorhanden ist.

Schlüsselwörter: Work Ability Index, Arbeitsfähigkeit, Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, betriebliche Gesundheitsförderung, Burnout

8.2.2 Abstract

Work ability index (WAI) and the General Self-Efficacy Scale (GSE) in work place health promotion

Background: An increasing number of employees retires early due to mental health problems (e.g. burn out). At the same time the working ability of the employees declines with increasing age. Considering these two points in the context of demographic change, work place health promotion gains importance. A high self-efficacy awareness is considered a protective factor for the development of burn out. Thus, interventions designed to increase self-efficacy and work ability could prove to be eligible interventions for burn-out-prevention.

Methods: 161 employees of a health care company participated in this study. After completing the work ability index and the General Self-Efficacy Scale they, were assigned to one of two groups: an intervention group (IG) and a control group (CG). The IG completed a six month work accompanying project including interventions from the field of physical activity, communication, relaxation and nutrition. The control group did not receive any interventions during this time. After the six month period both groups completed the two questionnaires again. Difference scores were used to analyze whether the two groups (and subgroups) changed concerning their working ability and their self-efficacy.

Results: Data of 116 participants were included in the analysis (IG n = 58, CG n = 58). When comparing pre-post differences in the IG, our analysis showed that the IG improved significantly in both measures (t_0 to t_1). Our data also showed significant differences between the two groups. The difference from t_0 to t_1 was higher in the IG as compared to the CG in working ability as well as in self-efficacy score. Working ability of the male employees improved significantly in the IG and compared to the CG, while female employees in the IG showed a higher increase in the self-efficacy score as compared to the CG. When analyzing different age groups our data showed also differences for the age group of 40-49 (WAI, GSE) and ≥ 50 (WAI).

Conclusions: The interdisciplinary project for work place health promotion had a positive impact on working ability and self-efficacy and therefore might also prove useful for burnout-prevention. Our study showed that this effect was more pronounced for older employees implying that work place health promotion has a high potential especially for this age group.

Key words: Work Ability Index, workplace health promotion, interdisciplinary, self-efficacy, burnout

8.2.3 Einleitende Sätze

Die Zunahme psychischer Beschwerden innerhalb der Arbeitsgesellschaft ist ein wichtiger Parameter, wenn es um die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter eines Unternehmens geht. Inwiefern Maßnahmen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung die Arbeitsfähigkeit und die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen können, untersucht diese Studie.

8.2.4 Hintergrund

Immer mehr und vor allem auch langfristige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen haben ihre Ursache in psychischen Störungen [31]. Als Konsequenz hieraus nimmt auch die Anzahl der frühzeitigen Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen zu. 2013 waren psychische Störungen mit 42,7% die häufigste Diagnosegruppe der Erwerbsminderungsrentenzugänge [4]. Burnout wird als Erschöpfungszustand und verringerte subjektive Leistungsfähigkeit verstanden, wovon sowohl Motivation und Einstellungen als auch das Verhalten negativ beeinflusst werden. Häufig wird ein Burnout mit (helfenden) Berufen mit viel Kontakt zu hilfsbedürftigen Menschen in Verbindung gebracht [24].

Das Vorhandensein von Symptomen eines Burnouts führt zu einem erhöhten Risiko einer geringeren Arbeitsfähigkeit (z.B. [1], [30]). Dies gilt auch für im Gesundheitswesen angestellte Personen, welche zudem noch besonderen Einflüssen unterliegen. Hierzu gehören z.B. die zunehmenden wirtschaftlichen Herausforderungen in den Kliniken, ein in manchen Bereichen gegenüber früher verringerter Personalschlüssel und eine stark ausgeprägte Hierarchie. Hinzu kommen die Erwartungen der Arbeitgeber und der Patienten an die Mitarbeiter, sich selbstlos zu verhalten [20], woraus sich leicht ein als besonders hoch empfundener Stresslevel entwickeln kann. Maier (2015) beschrieb, dass Pflegepersonal und auch nichtpflegerisches Personal mit Patientenkontakt in geriatrischen Pflegeeinrichtungen starken psychischen Belastungen ausgesetzt ist. Bei Übertragung auf Kliniken bedeutete das, dass dies für alle Personen gilt, die in einer Klinik angestellt sind und Kontakt mit den Patienten haben. In der europäischen NEXT-Studie zeigte sich, dass die Arbeitsfähigkeit bei Krankenpflegepersonal mit ca. 50 Jahren stark absinkt [19]. Dies ist in Deutschland besonders ausgeprägt der Fall. Unter den Teilnehmern dieser Studie mit geringer Arbeitsfähigkeit (erhoben per Work Ability Index -WAI) gab es besonders viele Pflegende, die sich mit dem Gedanken an einen vorzeitigen Berufsausstieg befassten. Vermutlich sind schlechte WAI-Werte und der Wunsch nach dem Berufsausstieg auf das gesamte Gesundheitssystem übertragbar [19].

Als geeignete Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung erwiesen sich bislang Bewegung (z.B. [14], [3], [15]), Ernährung (z.B. [37], [35]) und Stressmanagement (z.B. [14], [13]), welche nicht nur in der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutsam sind, sondern für jede präventive Maßnahme gelten. Hinzu kommen im Setting Betrieb jedoch auch spezifische Einflüsse wie z.B. das Führungsverhalten [10], Beteiligung an Entscheidungsprozessen, Anerkennung, Arbeitsorganisation und Arbeitsanforderung (z.B. [23], [11], [32]).

Die Arbeitsfähigkeit wird als „die Summe von Faktoren, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“ verstanden [11]. Dabei sind sowohl individuelle Voraussetzungen und Leistungsfähigkeit wichtige Faktoren, als auch der Vergleich mit der Arbeitsanforderung. Messbar gemacht wird die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mit dem Work Ability Index, einem in Finnland entwickelten Fragebogen, dessen (interne) Validität (z.B. [7], [22]) und Reliabilität (z.B. [5]) in verschiedenen Studien nachgewiesen wurde.

Das WAI Konzept beinhaltet das sogenannte Haus der Arbeitsfähigkeit [32], in dem die vier Stockwerke eines Hauses symbolisch für vier Handlungsfelder in der betrieblichen Gesundheitsförderung stehen. Im ersten Stockwerk ist die Gesundheit angesiedelt, die durch Bewegungsverhalten, Ernährungsverhalten und Stressmanagement beeinflusst werden kann. Das zweite Stockwerk repräsentiert die Kompetenzen (fachlich, methodisch, bzgl. des Gesundheitsverhaltens), das dritte die Werte und Einstellungen des Mitarbeiters und das vierte die Arbeit selbst (z.B. Anforderungen, Führungsverhalten, Organisation).

Da die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) als Schutzfaktor gegenüber Burnout [25] gesehen werden kann, wäre eine Intervention zur positiven Beeinflussung eine geeignete Maßnahme zur Burnoutprophylaxe. SWE wird als Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, Herausforderungen aus eigener Kraft zu meistern, verstanden. Sie ist ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal [25], während der Work Ability Index kurzfristigeren Einflüssen stärker unterliegt. Gemessen wird die SWE mit der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung [12], die als reliabel gilt und mehrfach validiert wurde (z.B. [28], [12], [16]).

Studien in der betrieblichen Gesundheitsförderung, die die Einflüsse von Interventionen auf beide Parameter untersuchten, fehlen bisher. Hieraus ergibt sich die Forschungsfrage dieser Studie, ob eine sechsmonatige Intervention mit Maßnahmen aus den Bereichen Ernährung, Entspannung, Bewegung, Psychologie und Kommunikation einen Einfluss auf die Arbeitsfä-

higkeit und die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung der Mitarbeiter eines Unternehmens im Gesundheitswesen hat.

8.2.5 Methoden

Die hier beschriebene Studie wurde in einem großen deutschen Klinikunternehmen an mehreren Standorten im nordwestlichen Raum durchgeführt, an denen 3.506 Mitarbeiter mit einem durchschnittlichen Alter von 42 J (15-77J) beschäftigt waren. Hiervon waren 1893 (54%) Mitarbeiter den stationären Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal) und 1613 (46%) den nichtstationären Berufsgruppen (alle anderen Berufsgruppen inklusive Therapeuten) zuzuordnen. Die Organisationsstruktur des Unternehmens sah an jedem Standort einen BGM-Lokalbeauftragten vor, der Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung an dem jeweiligen Standort zu bewerben und umzusetzen hatte. Mit diesem Projekt sollten alle Mitarbeiter (sowohl im stationären als auch im nichtstationären Bereich) angesprochen werden. Die Mitarbeiter wurden aufgefordert, zu äußern, welche Maßnahmen Sie sich im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wünschten. Hierzu wurden Flyer ausgeteilt, auf denen gewünschte Maßnahmen niedergeschrieben und abgegeben wurden. Die eingegangenen Antworten wurden gesichtet, ein Ranking erstellt und mit den von der Studienleitung bereits geplanten Maßnahmen abgeglichen. Hieraus ergab sich eine Ergänzung des bestehenden Konzepts um einen „Spaziergang der Stille“ in der Mittagspause und ein Seminar zur Kommunikation („Miteinander reden“). Ziel der Befragung der Mitarbeiter war die Erhöhung der Motivation und Compliance durch eine aktive Beteiligung an den Entscheidungsprozessen zur Projektgestaltung.

Im Anschluss an die Auswertung der Mitarbeiterwünsche wurde das Projekt beworben (Intranet, Flyer und über die BGM-Lokalbeauftragten der einzelnen Standorte) und die Mitarbeiter zur Teilnahme aufgerufen. Eingeschlossen wurden alle Teilnehmer, welche gesundheitlich in der Lage waren, an den Maßnahmen teilzunehmen, deren Beschäftigungsverhältnis über die geplanten sechs Monate andauerte und die zu Beginn der Maßnahme arbeitsfähig waren. Ausschlusskriterien waren dementsprechend: körperliche Unfähigkeit an den Maßnahmen teilzunehmen, geplantes Ausscheiden aus dem Betrieb vor dem Interventionsende und längere Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der Maßnahme. 192 Mitarbeiter aus acht Standorten (5,48% der Gesamtbelegschaft) meldeten sich an und wurden (schriftlich) darum gebeten zwei Fragebögen zu beantworten: den Work Ability Index -Kurzversion (WAI) und den Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Nach Rücksendung der Fragebögen wur-

den die Teilnehmer computergesteuert in zwei Gruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) randomisiert. Dies fand erst nach der Rücksendung aller Fragebögen statt, um eventuelle Motivationsmängel aufgrund der Zulosung in eine der Gruppen auszuschließen. Nach Einsendeschluss – aber vor Interventionsbeginn - eingegangene Fragebögen wurden der Kontrollgruppe zugeordnet. Dadurch ergab sich ein Überhang in der Kontrollgruppe, welcher jedoch deswegen erwünscht war, da in der Kontrollgruppe mit einer erhöhten Zahl an motivationsbegründeten Drop-outs gerechnet wurde. So ergab sich eine Probandenzahl in der Kontrollgruppe (KG) von $n=86$ und in der Interventionsgruppe (IG) von $n=75$. Die Fragebögen (WAI und SWE) wurden zu den Zeitpunkten t_0 (Februar 2014) und t_1 (August 2014) erhoben. Die sechsmonatige Intervention beinhaltete monatlich je eine von einem Therapeuten angeleitete fünfminütige Aktivpause am Arbeitsplatz, eine fünfminütige Entspannungsmassage (optional), ein Entspannungstraining (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und ein gemeinsames Frühstück mit dem Geschäftsführer des jeweiligen Standorts. Zusätzlich fanden an allen Standorten einstündige Seminare zu folgenden Themen statt:

1. Miteinander reden,
2. Gewohnheiten ändern – Wie?
3. Burnout & Stressbewältigung
4. Kraftvolle Beweglichkeit
5. Gesund(es) Laufen
6. Erfolgreich entschleunigen!
7. Gesunde Ernährung.

Geleitet wurden die Seminare von Mitarbeitern, die jeweils Experte auf dem Gebiet sind: ein Psychologe (1.-3.), ein Arzt (4.-6.) und eine Diätassistentin (7.). Alle Maßnahmen sollten in der Arbeitszeit stattfinden.

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten zudem einen Aktivitätenkalender, in dem einzutragen war, wann ein „Spaziergang der Stille“ (vorgesehen in der Mittagspause), eine selbstständig durchgeführte Aktivpause am Arbeitsplatz (nach den Vorgaben des Therapeuten bei der geleiteten Aktivpause) oder ein Besuch des „Raums der Stille“ stattgefunden hat. Die Maßnahmen, die in Eigenverantwortung durchzuführen waren, konnten, mussten aber nicht, täglich absolviert werden.

Alle Maßnahmen waren den Teilnehmern der Interventionsgruppe vorbehalten. Die Kontrollprobanden gingen während der sechsmonatigen Intervention ihrem normalen Arbeitsalltag nach.

Die Fragebögen wurden ausgewertet und die individuellen Werte anonymisiert tabellarisch festgehalten, die statistischen Auswertungen erfolgten mittels SPSS.

Für den Vergleich der Ergebnisse von t_0 und t_1 innerhalb der einzelnen Gruppen wurde ein T-Test für abhängige Stichproben genutzt, für den Vergleich der beiden Gruppen untereinander der T-Test für unabhängige Stichproben bzw. die Varianzanalyse. Für die Auswertung wurden die Teilnehmer zusätzlich in Subgruppen unterteilt: stationär (Ärzte, Pflegepersonal) vs. nicht stationär (alle anderen Berufsgruppen), in vier Altersgruppen (<30 J, 30-39 J, 40-49 J, ≥ 50 J) und nach Geschlecht.

8.2.6 Ergebnisse

Stichprobe

Von den 192 angemeldeten Personen gaben 161 Mitarbeiter (83,85% der Anmeldungen) beide Fragebögen zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0 ab. Die Studie startete demnach mit 161 Teilnehmern (IG: $n=75$, KG: $n=86$), von denen insgesamt 116 Teilnehmer (IG: $n=58$, KG $n=58$) in die Endauswertung eingingen, da sie folgende Voraussetzungen erfüllten: Beendigung der Intervention und Abgabe vollständig auswertbarer Fragebögen (SWE und WAI) zum Zeitpunkt t_1 . Hieraus errechnete sich eine Drop-out-Quote von 28% ($n=45$, IG $n=17$; KG $n=28$). Somit ergab sich zufällig die gleiche Teilnehmerzahl zwischen den in die Endauswertung eingehenden Personen der IG ($n=58$) und der KG ($n=58$). 27 (23%) der 116 in die Auswertung eingegangenen Studienteilnehmer waren männlich, 89 (77%) weiblich. Es beendeten 44 (38%) stationäre und 72 (62%) nicht stationäre Mitarbeiter die Studie. Das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren (Range 23-63J). Tab. 1⁴ zeigt die Gruppengrößen der Subgruppen.

⁴ Tabellen- und Abbildungsbeschriftungen entsprechen der Bezeichnung in Klammern.

Tabelle 7. (Tabelle 1) Verteilung der Teilnehmer innerhalb der Subgruppen und nach IG-KG

	IG	KG
Gesamt	n=58	n=58
Stationär	n=25	n=19
Nicht stationär	n=33	n=39
weiblich	n=44	n=45
männlich	n=14	n=13
< 30 Jahre	n=4	n=5
30-39 Jahre	n=8	n=10
40-49 Jahre	n=25	n=19
≥ 50 Jahre	n=21	n=24

WAI und SWE

Zwischen den Mittelwerten (SWE, WAI) der Interventions- und der Kontrollgruppe bestand zum Zeitpunkt t_0 kein signifikanter Unterschied. Ziel der folgenden Berechnungen war es, herauszufinden, ob sich der WAI und/ oder die SWE innerhalb der Interventionsgruppe durch die sechsmonatige Intervention von t_0 zu t_1 verändert hatten und ob es einen Unterschied zur Kontrollgruppe gibt.

Einen Überblick über die signifikanten Veränderungen innerhalb der Subgruppen und die Veränderungen im Vergleich zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe liefert Tabelle 2. Für alle Berechnungen wurde das 5%-Signifikanzniveau zugrunde gelegt.

Tabelle 8. (Tabelle 2) Signifikante und nicht signifikante Veränderungen der WAI und SWE-Werte von t_0 - t_1 innerhalb der IG bzw. KG zum 5%-Signifikanzniveau, M=Mittelwert, n.s.=nicht signifikant, *= signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe

WAI	M t_0	M t_1	$\Delta (t_1-t_0)$	P	Bemerkung
IG gesamt	38,6±5,8	40,1±4,9	1,5±4,5	0,018	*P=0,017
KG gesamt	38,0±4,9	36,9±6,9	-1,1±6,6	n.s.	
IG Männer	38,9±5,1	41,8±4,1	2,9±3,1	0,003	*P=0,045
KG Männer	39,0±4,9	36,2±7,4	-2,8±8,9	n.s.	
IG Frauen	38,6±6,1	39,5±5,0	0,9±3,8	n.s.	
KG Frauen	37,7±4,9	37,1±6,8	-0,6±5,9	n.s.	
IG stationär	37,5±6,3	38,6±5,5	1,1±3,6	n.s.	
KG stationär	37,1±5,7	35,6±5,8	-1,5±5,2	n.s.	
IG nicht stationär	39,5±5,4	41,1±4,1	1,6±5,1	n.s.	
KG nicht stationär	38,4±4,4	37,5±7,4	-0,9±7,3	n.s.	
IG 40-49J	37,0±6,7	39,8±4,9	2,8±4,3	0,003	
KG 40-49J	37,1±3,4	37,6±6,1	0,5±4,9	n.s.	
IG \geq 50J	39,9±5,6	41,2±5,03	1,3±3,8	n.s.	*P=0,005
KG \geq 50J	38,8±4,9	35,5±7,6	3,3±6,04	0,015	
SWE					
IG gesamt	31,0±4,0	32,0±3,3	1±3,6	0,039	*P=0,032
KG gesamt	30,7±3,7	29,9±4,7	-0,8±5,1	n.s.	
IG Männer	31,6±3,3	32,9±3,4	1,3±3,1	n.s.	
KG Männer	30,4±3,2	29,9±6,4	-0,5±8,5	n.s.	
IG Frauen	30,8±4,2	31,7±3,3	0,9±3,8	n.s.	*P=0,027
KG Frauen	30,8±3,9	29,9±4,1	-0,9±3,8	n.s.	
IG stationär	30,8±4	31,5±3,2	0,7±3,3	n.s.	
KG stationär	29,7±4,4	29,1±3,5	-0,6±3,4	n.s.	
IG nicht stationär	31,1±4,1	32,3±4,1	1,2±3,9	n.s.	
KG nicht stationär	31,2±3,3	30,3±5,1	-0,9±5,8	n.s.	
IG Alter 40-49J	29,9±3,9	32,1±3,8	2,2±2,9	0,001	*P=0,02
KG Alter 40-49J	30,0±3,9	29,8±4,8	-0,2±3,7	n.s.	
IG \geq 50J	32,6±4,2	32,3±3,4	-0,3±3,9	n.s.	
KG \geq 50J	31,6±3,3	29,8±5,25	-1,8±5,9	n.s.	

In den Altersgruppen 1 (< 30 Jahre) und 2 (30-39 Jahre) gab es keine signifikante Veränderung der Ergebnisse des WAIs und der SWE von t_0 zu t_1 . Da in diesen beiden Gruppen die Stichprobenzahl besonders klein ist ($n \leq 10$), empfiehlt das WAI-Netzwerk, hier keine Berechnungen vorzunehmen, um die Anonymität der Teilnehmer zu wahren.

8.2.7 Diskussion

Die in der Studie durchgeführten Maßnahmen aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung beeinflussen sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung positiv. Hiermit zeigt sich, dass mehrdimensional ausgerichtete Interventionen positive Effekte auf die Arbeitnehmer haben können [8]. Es wäre in nachfolgenden Studien zu klären, ob einige Maßnahmen die Parameter SWE und/oder WAI stärker beeinflussen als andere.

Die Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit hat für das Unternehmen und für den Arbeitnehmer positive Folgen. Mitarbeiter mit einer schlechten Arbeitsfähigkeit bedeuten unter Umständen einen Produktivitätsverlust für das Unternehmen (z.B. [34]), so dass eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu einer Sicherung der Produktivität führen kann.

Setzt man voraus, dass eine hohe Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung einen protektiven Faktor gegen Burnout darstellt [25], kann davon ausgegangen werden, dass solche Maßnahmen einen Beitrag zur Burnoutprophylaxe leisten können. Allerdings muss hierbei festgestellt werden, dass der langfristige Einfluss nicht gemessen wurde, so dass hierüber auch keine Aussage getroffen werden kann. Es ist davon auszugehen, dass Maßnahmen regelmäßig stattfinden müssen, damit die Mitarbeiter langfristig profitierten. Pflegekräfte, die regelmäßig an Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen, leiden signifikant seltener an physischen und psychischen Beeinträchtigungen [6].

Zu Beginn und nach Ende der Intervention lagen sowohl die Mittelwerte des WAI (38,64 bzw. 40,07) als auch der SWE (30,98 bzw. 31,98) im guten Bereich ([36], [9]).

Interessant ist, dass es einen geschlechterspezifischen Unterschied gab. Während sich bei den Männern die Arbeitsfähigkeit verbesserte, stieg bei den Frauen die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung im Vergleich zur Kontrollgruppe an. Schumacher et al. (2004) beschrieben, dass Männer eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung als Frauen aufweisen. Möglicherweise reagieren Frauen jedoch schneller als Männer mit psychisch relevanten, die

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung betreffenden Veränderungen. Vielleicht ist die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung von Männern stabiler gegenüber äußeren Einflüssen und sie reagieren eher mit physischen Veränderungen, welche im WAI mit abgefragt werden. Das könnte ein Grund dafür sein, dass sich bei ihnen der WAI signifikant verbesserte. Es ist auch denkbar, dass sich Männer eher als Frauen über die Arbeitswelt definieren und häufig insgesamt sachlicher (Sachebene) vorgehen [26], so dass sich Veränderungen schneller in der Arbeitsfähigkeit äußern.

In der Auswertung nach Berufsgruppen (stationär – nicht stationär) gab es keine signifikanten Unterschiede. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass die Mehrzahl der Dropouts während der Intervention Personen aus den stationären Berufsgruppen betraf, so dass es in dieser Hinsicht doch einen Unterschied gegeben haben könnte. Dies könnte zum Beispiel auf das subjektive Stressempfinden, an den Maßnahmen teilnehmen zu wollen und dafür den laufenden Stationsbetrieb zu verlassen, zurückzuführen sein. Dies wurde von einigen Teilnehmern geäußert. Dadurch entstand möglicherweise ein Druck, der die Personen an der Teilnahme hinderte. Das spricht dafür, dass der Ablauf des Programms eventuell nicht optimal an die (stationären) Rahmenbedingungen angepasst war, was als hinderlicher Faktor für Interventionen der BGF zu sehen ist [30].

Außerdem ist auffällig, dass die positiven Veränderungen ausschließlich die beiden älteren Altersgruppen betreffen. Dies könnte jedoch auf die kleinen n-Zahlen in den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen sein. Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG in der Gruppe der Personen ≥ 50 J. Hier verschlechterten sich die Werte der KG signifikant, während sich die der IG tendenziell verbesserten. Der Grund für die Verschlechterung der KG ist unklar, könnte aber der normale Verlauf über die sechs Monate sein, denn der WAI sinkt mit zunehmendem Alter (z.B. [2], [19]). Das Ergebnis kann dafür sprechen, wie wertvoll Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung gerade in dieser Altersgruppe sind. Der Abnahme der Arbeitsfähigkeit kann durch geeignete Maßnahmen wirksam entgegengewirkt werden (z.B. [1], [22]), was auch für ältere Arbeitnehmer gilt ([11], [33]). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Interventionen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit im Gesundheitswesen dringend notwendig sind, vor allem wenn sie vor dem Hintergrund des demografischen Wandels betrachtet werden. Auch hier muss aber davon ausgegangen werden, dass eine regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Angeboten angestrebt werden sollte, um diesen Effekt zu erhalten.

Eine Limitation der Studie ist die begrenzte Teilnehmerzahl, welche insbesondere für die Beurteilung der Subgruppen möglicherweise in der Realität vorhandene Unterschiede nicht statistisch signifikant abbilden ließen. Des Weiteren kann keine Aussage bzgl. der Nachhaltigkeit der durchgeführten Maßnahme getroffen werden.

Eine weitere Limitation der Studie könnte sein, dass sich alle Teilnehmer mit bestimmten Erwartungen anmeldeten und entsprechend motiviert waren. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass durch die freiwillige Anmeldung zu dem Projekt eventuell gerade die bedürftigen Mitarbeiter nicht erreicht wurden. Es zeigte sich, dass die angemeldeten Teilnehmer von vornherein eine relativ gute Arbeitsfähigkeit und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen. In weiteren Studien sollte noch stärker darauf geachtet werden, dass besonders bedürftige Mitarbeiter teilnehmen. Hierzu müsste jedoch eine Analyse der Arbeitsfähigkeit bzw. der SWE aller Mitarbeiter durchgeführt werden, was in dem Rahmen dieser Studie z.B. aufgrund der Vorgaben des WAIs (Freiwilligkeit) unmöglich war. Auch bezüglich der Teilnahme an den Maßnahmen könnte das Problem bestehen, dass eine verpflichtende Teilnahme wiederum zu Motivationsproblemen führen kann. Möglicherweise müsste bereits im Vorfeld mehr Aufklärung über die positiven Effekte bestimmter Maßnahmen geschehen und die Akzeptanz im Kollegenkreis und vor allem unter den Vorgesetzten erhöht werden [21].

Die signifikante Verbesserung der Ergebnisse wird zunächst den Maßnahmen zugeschrieben. Es muss jedoch auch in Betracht gezogen werden, dass eventuell auch die Teilnahme an dem Projekt selbst, also das Signal der Wertschätzung durch den Arbeitgeber, zu einem Anstieg der Werte führte. Ebenso kann auch das Wissen, Teil einer Studie zu sein, die Werte beeinflussen [18]. Ein Vorteil dieses Projekts, das alle Berufsgruppen ansprach, ist, dass sich die Mitarbeiter unterschiedlicher Bereiche kennen- und schätzen lernten. Besonders beim monatlichen Frühstück mit dem jeweiligen Geschäftsführer war Zeit, sich über nichtdienstliche Themen zu unterhalten und auch den Geschäftsführer in einer lockeren Atmosphäre kennenzulernen. Aufgrund des Einflusses des Führungsverhaltens auf die Arbeitsfähigkeit [z.B. [10], [11], [23]] ist diese Maßnahme in Bezug auf die Wertschätzung gegenüber dem Mitarbeiter nicht zu unterschätzen.

Der ausgeteilte Aktivitätenkalender wurde nur von wenigen Teilnehmern ausgefüllt zurück gesendet, viele Probanden gaben an, für die selbstständig durchgeführten Maßnahmen „Raum der Stille“ und „Spaziergang der Stille“ zu wenig Zeit in der Pause gehabt zu haben. Deswegen führten sie diese Maßnahmen nicht oder nur selten durch.

8.2.8 Fazit für die Praxis

Letztendlich lässt sich schließen, dass sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung durch Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung positiv beeinflussbar sind. Besonders in Unternehmen, die die Leistungserbringer unter ihren eigenen Angestellten finden können, sollten diese Kompetenzen genutzt und koordiniert werden. Wenn Psychologen, Ärzte, Diätassistenten, Physio- und Sporttherapeuten sich gegenseitig und ihre Kollegen unterstützen, werden die Kompetenzen innerhalb des Unternehmens für die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter genutzt. Auch bezüglich der Arbeitsorganisation sollten betriebsinterne Kräfte in der Verwaltung oder auf Führungsebene mobilisiert werden. Bei Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte jedoch darauf geachtet werden, möglichst viele Mitarbeiter zur Teilnahme zu motivieren, um auch die mit Risikofaktoren behafteten Mitarbeiter zu erreichen. Da sich die positiven Effekte nicht nur bei der Arbeitsfähigkeit sondern auch bei der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zeigten, könnten solche oder ähnlich aufgebaute Maßnahmen zusätzlich einen Beitrag zur Burnoutprophylaxe leisten.

8.2.9 Interessenkonflikt und ethische Richtlinien

Christiane Heinrich, Matthias Grünhagen und Matthias Köhler geben an, dass ein Beschäftigungsverhältnis mit den HELIOS-Kliniken besteht. Burkhard Weisser gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission genehmigt. Einverständniserklärungen aller Teilnehmer liegen vor.

8.2.10 Literaturverzeichnis

1. Arandelović M, Nikolić, M, Stamenković, S (2010) Relationship between Burnout, Quality of Life, and Work Ability Index – Directions in Prevention. *The Scientific World Journal* 2010 (10), 766-777. DOI 10.1100/tsw.2010.83
2. BAuA (2011) Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention; Erfahrungsberichte aus der Praxis. 4., aktualisierte Aufl. (inqa.de - Initiative Neue Qualität der Arbeit)
3. Bouchard C (2001) Physical activity and health: introduction to the dose-response. *symposium Medicine&Science in Sports & Exercise*, 33, 6, S. 347-350
4. Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2014) Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf. Stand: 2014. Statistische Analysen Bereich 0760
5. De Zwart B C H, Frings-Dresen M H W, Van Duivenbooden J C (2002) Test-Retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup. Med.* Vol. 52 No. 4, S. 177-181
6. Dietrich U, Rößler M, Kirch W (2014) Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege unter besonderer Berücksichtigung der Pflege dementer Menschen – Betriebliches Gesundheitsmanagement zur Stärkung der Gesundheitspotentiale von Pflegekräften. *Gesundheitswesen* 76 (08/09). DOI: 10.1055/s-0034-1386886
7. Eskelinen L, Kohvakka A, Merisalo T, Hurri H, Wagar G (1991) Relationship between the self-assessment and clinical assessment of health and work ability. *Scand J Work Environ Health* 1991, 17 suppl 1: 40-47
8. Goldgruber J, Ahrens D (2009) Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. In: *Präv Gesundheitsf.* 4 (1), S. 83–95. DOI: 10.1007/s11553-008-0155-8
9. Hinz A, Schumacher J, Albani C, Schmid G, Brähler E (2006) Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica* 52 (1), S. 26–32. DOI: 10.1026/0012-1924.52.1.26
10. Ilmarinen J (2006) Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Inst. of Occupational Health, Helsinki
11. Ilmarinen J, Tempel J, Giesert M (Hg.) (2002) *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* VSA Verlag, Hamburg
12. Jerusalem M, Schwarzer R (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Freie Universität Berlin, Berlin
13. Kaluza G (1999) Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, Jg.7. S.88-95
14. Korczak D, Dietl M, Steinhauser G (2011) Effectiveness of programmes as part of primary prevention demonstrated on the example of cardiovascular diseases and the metabolic syndrome. *GMS Health Technology Assessment* 2011, Vol. 7

15. Linton S J, van Tulder M W (2001) Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems? *Spine*, 26, 7, S. 778-787
16. Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R (2005) General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), S. 80-89.
17. Maier M (2015) Burnout ist für alle da. *Präv Gesundheitsf.* DOI: 10.1007/s11553-015-0502-5
18. McCambridge J, Witton J, Elbourne D R (2014) Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects, *Journal of Clinical Epidemiology* March 2014 67(3), S. 267-277. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.015
19. Müller B H, Hasselhorn H-M (2004) Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. *Z. Arb. Wiss.* 58 (3), S. 167–177
20. Müller B (2012) ... und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Gudrun Faller (Hg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Huber, Bern, S. 268–274
21. Nöhammer E, Eitzinger C, Schaffenrath-Resi M, Stummer H (2009) Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung. Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Mitarbeiterperspektive. *PrävGesundheitsf* 1 2009; 4, S. 77-82
22. Nygard C H, Eskelinen L, Suvanto S, Tuomi K, Ilmarinen J (1991) Associations between functional capacity and work ability among elderly municipal employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1991, 17 suppl 1: 122-127
23. Prümper J, Richenhagen G (2011) Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Index und seine Anwendung. In: B. Seyfried (Hrsg.): *Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Index und seine Anwendung. Konzepte-Forschungsergebnisse, Instrumente*. Bertelsmann, Bielefeld
24. Rau R (2012) Erholung als Indikator für gesundheitsförderlich gestaltete Arbeit. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2012*. Springer, Berlin, Heidelberg
25. Schmitz G S (2000) Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout. Online verfügbar unter www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000315. Zugegriffen 22.06.2015
26. Schulz von Thun F (2000) *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Rowohlt, Reinbek.
27. Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B, Brähler E (2004) Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Online verfügbar unter www.mentalhealthpromotion.net/resources/resilienzskala2.pdf. Zugegriffen: 07.10.2015

28. Schwarzer R, Müller J, Greenglass E (1999) Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, S. 145-161
29. Seibt R, Spitzer S, Blank M, Scheuch K (2009) Predictors of work ability in occupations with psychological stress. *J Public Health* 17(1), S. 9–18. DOI: 10.1007/s10389-008-0194-9
30. Simek M, Nitsch M, Ropin K (2014) Praxisprojekte betrieblicher Gesundheitsförderung. *Präv Gesundheitsf.* 9 (2), S. 138–143. DOI: 10.1007/s11553-013-0423-0
31. Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014) Gesundheitsreport 2014 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Hamburg (29). Online verfügbar unter www.tk.de/tk/broschueren-und-mehr/.../gesundheitsreport-2014/644780. Zugegriffen 22.06.2015
32. Tempel J, Ilmarinen J, Giesert M (2013) *Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. VSA Verlag, Hamburg
33. Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M (1997) Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health* (23 suppl 1), S. 58–65
34. Van den Berg T I, Robroek S J, Plat J F, Koopmanschap M A, Burdorf A (2011) The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011 Aug; 84(6), S. 705-12. doi: 10.1007/s00420-010-0588-1
35. Von Ruesten A , Feller S, Bergmann M M , Boeing H (2013) Diet and Risk of Chronic Diseases: Results from the First 8 Years of Follow-Up in the EPIC-Potsdam Study. *Eur J of Clin Nutr* Jg. 67. S. 412–419. doi:10.1038/ejcn.2013.7
36. WAI-Netzwerk am Institut für Sicherheitstechnik Bergische Universität Wuppertal (Hrsg.): *WAI-Manual. Anwendung des Work-Ability Index*. Online verfügbar unter www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Manual.pdf21. Zugegriffen: 04.11.2015
37. Willett W C, Stampfer M J (2013) Current Evidence on Healthy Eating. *Annu Rev Public Health* Jg.34, S.77-95. doi:10.1146/annurev-publhealth-031811-124646

8.3 Publikation 3: Berufsgruppenübergreifende betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Gesundheitswesen

Autorin: Christiane Heinrich

8.3.1 Zusammenfassung

Einleitung: Die immer höheren Anforderungen an die Beschäftigten im Gesundheitswesen führen zu einem erhöhten Bedarf an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in diesen Unternehmen. Insbesondere der Pflege- und der Ärztedienst (im stationären Schichtdienst tätig) scheinen hiervon betroffen zu sein, während die Angestellten in der Verwaltung oder der therapeutischen Berufe (nicht im stationären Schichtdienst eingesetzt) in bisherigen Projekten wenig beachtet bzw. untersucht wurden. In dieser Studie soll der Frage nachgegangen werden, ob es zwischen verschiedenen Berufsgruppen bezüglich der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), dem Work Ability Index (WAI), der Drop-out-Quote und der Anwesenheit von Teilnehmern eines Projekts zur BGF Unterschiede gab.

Methoden: 161 Mitarbeiter eines überregionalen Klinikunternehmens nahmen an einem Projekt zur BGF teil. Angeboten wurden in der Arbeitszeit stattfindende Maßnahmen aus den Bereichen Bewegung, Entspannung/ Stressmanagement, Ernährung, Kommunikation, gemeinsames Frühstück mit dem Geschäftsführer und Motivation. Der WAI und die SWE wurden mittels Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurden die Drop

-out-Quote (Abbruch der Maßnahme oder keine/ unvollständige Fragebögen zur zweiten Erhebungszeitpunkt) und die prozentuale Anwesenheit der Teilnehmer ausgewertet.

Ergebnisse: Weder die SWE- noch die WAI-Werte der Teilnehmer weisen zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0 signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf. Sowohl bei der Anwesenheit (im stationären Schichtdienst 54%, nicht im stationären Schichtdienst 66%, $p < 0,01$) als auch bei der Drop-out-Quote (im stationären Schichtdienst 38%, nicht im stationären Schichtdienst 20%, $p < 0,05$) gab es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Teilnehmer aus den stationären Berufsgruppen nahmen signifikant seltener an den Angeboten teil und wurden ebenfalls signifikant häufiger zu Drop-outs.

Schlussfolgerung: Bei der Planung und Implementierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen im Gesundheitswesen müssen die Besonderheiten der einzelnen Berufsgruppen beachtet werden. Hier bieten sich Kompaktangebote nur für die im

stationären Schichtdienst organisierten Mitarbeiter an, während die Maßnahmen für die nicht im stationären Schichtdienst beschäftigten Berufsgruppen ähnlich wie in dem vorliegenden Projekt organisiert werden könnten. Eine Alternative wären Kompaktangebote für alle Mitarbeiter um die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu fördern.

Schlüsselwörter: Betriebliche Gesundheitsförderung, Krankenhaus, Berufsgruppen, Schichtdienst

8.3.2 Abstract

Interdisciplinary work place health promotion in health care

Background: Higher demands on health care professionals lead to an increasing need for intervention of work place health promotion. Especially employees of nursing and medical service (stationary) seem to be affected while employees of the administration and therapeutical employees (non-stationary) were less considered in former projects. This study investigates, if there are differences between these occupational groups with regard to general self-efficacy (SE), work ability index (WAI), drop-out quote and the attendance of participants on an intervention of work place health promotion.

Methods: 161 subjects working for a health care provider participated in the investigation of the work place health promotion. In the intervention group, different measures such as physical activity, stress reduction, nutrition counseling, communication strategies, motivation, and a breakfast with the managing director were offered. WAI and SE were obtained using standard questionnaires. In addition, drop-out and frequency of participation were measured.

Results: There were no differences between stationary and non-stationary workers in WAI and SE before the intervention. Both the drop-out rate (stationary 38%, non-stationary 20%, $p < 0,05$) and the participation (stationary 54%, non-stationary 66%, $p < 0,01$) were statistically different. Subjects working in the nursing and medical services had higher drop-out rates and lower participation during the intervention.

Conclusion: For the planning and the implementation of work place health programs, the needs of different working groups and professions (administration vs. nursing or medical services) have to be considered. Our results indicate that the programs have to be planned according to the specific professional challenges of different working groups to keep drop-out rates low and to reach many co-workers. Compact programs outside the regular working

hours might be more useful for people working in the nursing and medical service. For the administration group, both measure during working hours or compact programs together with the nursing and medical services might be useful to improve communication.

Key words: work place health promotion, hospital, occupational group, shift work

8.3.3 Einleitung

Im Gesundheitswesen Beschäftigte sind besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (DNBGF 2011), woraus sich Krankheiten und Arbeitsunfähigkeiten entwickeln können. Der DAK-Gesundheitsreport 2013 (DAK-Gesundheit 2013) zeigt, dass der Krankenstand im Wirtschaftszweig Gesundheitswesen im Jahr 2012 mit 4,4% gemeinsam mit der öffentlichen Verwaltung (ebenfalls 4,4%) auf dem ersten Platz vor der Nahrungs- und Genussmittelbranche (4,3%) liegt. Neben Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und der Atemwegsorgane sind psychische Erkrankungen eine der häufigsten Diagnosegruppen (DAK-Gesundheit 2013, HELIOS Gesundheitsbericht 2014). Ein Grund für die hohen Krankenstände sind die steigenden Anforderungen an die Mitarbeiter⁵ z.B. durch ein verändertes Krankheitsspektrum (mehr chronisch und mehrfach Kranke), vermehrte Dokumentationspflichten, steigende Arbeitsverdichtung und Zeitmangel durch die finanziellen Rahmenbedingungen. (z.B. Buchberger et al. 2011; Grosser 2014). Bei vielen Mitarbeitern der sogenannten „helfenden Berufe“ kommt es dadurch zu einem Wertekonflikt zwischen dem eigenen Arbeitsethos und den äußeren Bedingungen (Rosenbrock 2013).

In Kliniken und anderen Unternehmen des Gesundheitswesens arbeiten die Menschen mit den größten Gesundheitskompetenzen, die diese jedoch zu selten für sich selbst nutzen (Müller 2012). Es gibt inzwischen zwar einige Erkenntnisse über Interventionen in der Pflege- und Ärzteschaft, aber wenig evaluierte berufsübergreifende Ansätze, in denen auch die z.B. in der Verwaltung und in der Therapie tätigen Angestellten berücksichtigt werden.

Ein Problem ist häufig, dass sich die einzelnen Arbeitsbereiche einer Klinik untereinander nicht kennen und somit wenig bzw. nichts von- und übereinander wissen. Zum Beispiel sind die Arbeitsabläufe und Vorschriften in der Personalabrechnung oder -abteilung der Ärzten, Therapeuten und Pflegenden oft unbekannt. Dies führt zu einem hohen Konfliktpotential (Grosser 2014).

Viele Kliniken bieten ihren Mitarbeitern bereits Maßnahmen z.B. aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Suchtmittel, Stressmanagement, Führungskräftebildungen oder der Personal- und Organisationsentwicklung an (z.B. Klinikum Braunschweig, Asklepios Klinik am Kurpark Bad Schwartau). Unklar ist jedoch, ob alle Mitarbeiter an den Angeboten teilnehmen

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

können und von ihnen profitieren oder ob einige der diversen Berufsgruppen größere Schwierigkeiten haben, die angebotenen Aktionen in ihren Berufsalltag zu integrieren.

Diversität in Krankenhäusern ist durchaus ein Thema in der aktuellen Forschung, der Fokus wird dabei jedoch in erster Linie auf interkulturelle/ethnische Unterschiede, Alters- und Geschlechtsunterschiede gelegt (z.B. Köllen 2014). Zur Analyse der Arbeitssituation sollten jedoch u.a. die unterschiedlichen Bedingungen der Berufsgruppen beachtet werden (Spicker/Schopf 2007). Analysen der Situation betreffen vor allem die Pflegekräfte (z.B. Bruland/Schulz 2010) und die Ärzte (z.B. Stöbel/Pfaff 2006), die weiteren Berufsgruppen in den Krankenhäusern bleiben jedoch meist unberücksichtigt, oder werden nur bezüglich der Verbesserung der fachlichen Kompetenzen erwähnt (Haupt/Bouncken 2013).

Interessant wäre herauszufinden, ob sich die in unterschiedlichen Abteilungen eingesetzten Personen bezüglich Arbeitsfähigkeit und Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) voneinander unterscheiden. Sollte dies der Fall sein, wäre nicht der Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zwischen den beiden Berufsgruppen unterschiedlich, sondern es müsste durch angepasste Angebote noch mehr Gewicht auf die Unterschiedlichkeit der Ausgangswerte gelegt werden.

Arbeitsfähigkeit ist die Fähigkeit, eine Arbeitsaufgabe zu bewältigen und wird in dieser Studie mittels Work Ability Index (WAI) gemessen. Die Arbeitsfähigkeit besteht immer aus einer Vielzahl von Faktoren, welche sich den vier Ebenen des Hauses der Arbeitsfähigkeit (Tempel et al. 2013) zuordnen lassen: Gesundheit, Kompetenzen, Werte und Einstellungen und Arbeit.

Besonders in den Pflegeberufen weisen viele Personen niedrige WAI-Werte auf und spielen mit dem Gedanken eines vorzeitigen Berufsausstiegs (Müller/Hasselhorn 2004), was den vorhandenen Fachkräftemangel in den nächsten Jahren zusätzlich verstärken könnte (Hasselhorn/Müller, 2002).

Die SWE wird hier mit der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem/Schwarzer 1999) gemessen und versteht sich als Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, Herausforderungen aus eigener Kraft zu meistern. Gerade bezüglich der Entwicklung eines Burnouts kann eine hohe SWE vorbeugend entgegen wirken (Schmitz 2000), um die Mitarbeiter möglicherweise länger im Beruf halten.

8.3.4 Fragestellung

In der vorliegenden Studie wird der Frage nachgegangen, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe im Krankenhaus einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, die Anwesenheit und die Drop-out-Quote der Teilnehmer einer Maßnahme zur BGF hat. Die untersuchten Berufsgruppen wurden zu folgenden Gruppen zusammengefasst: Berufsgruppen, die im ganztägigen stationären Schichtdienst tätig sind und Patientenkontakt haben (ärztlicher Dienst, Pflegedienst) und Berufsgruppen, die nicht in einem solchen Schichtdienst auf den Stationen organisiert sind (z.B. Verwaltung, Therapeuten, Funktionsdienste). Zudem soll herausgefunden werden, wie zukünftige Interventionen aussehen könnten.

8.3.5 Methoden

Stichprobe

161 Mitarbeiter eines großen norddeutschen Klinikunternehmens mit 3506 Mitarbeitern an mehreren Standorten nahmen an dem Projekt in der betrieblichen Gesundheitsförderung teil. Hieraus ergibt sich eine Teilnahmerate von 4,59%. Die an dieser Studie teilnehmenden Mitarbeiter rekrutierten sich aus acht Standorten.

Obwohl von der Gesamtbelegschaft (n=3506) mehr Mitarbeiter im ärztlichen und pflegenden Dienst (54%, 1893 Personen) als in anderen Berufsgruppen (46%, 1613 Mitarbeiter) tätig waren, dreht sich dieses Verhältnis in dieser Studie um. Nur 38% (44 Personen) der 116 in die Endauswertung eingegangenen Studienteilnehmer entstammten den im stationären Schichtdienst organisierten und 62% (72 Teilnehmer) den nicht im stationären Schichtdienst eingesetzten Berufsgruppen.

Durchführung

Jeder Standort des Unternehmens besitzt einen sogenannten BGM-Lokalbeauftragten, der für die Werbung und Planung der Intervention an den jeweiligen Standorten verantwortlich war. Zusätzlich zu der persönlichen Werbung durch die BGM-Lokalbeauftragten wurde das Projekt per Flyer und Intranet beworben. Alle Mitarbeiter wurden aufgerufen, sich anzumelden, um an dem Projekt teilzunehmen.

Folgende Maßnahmen wurden den Teilnehmern während des halben Jahres angeboten:

- Jeweils einmal monatlich: Fünfminütige, von einem Therapeuten angeleitete, Aktivpause am Arbeitsplatz, fünfminütige Entspannungsmassage durch einen Masseur/Therapeuten (optional), 30minütiges Entspannungstraining, ein Frühstück mit dem Geschäftsführer des jeweiligen Standorts
- Sieben einstündige Seminare zu unterschiedlichen Themen (mindestens ein Seminar pro Monat): „Miteinander Reden“, „kraftvolle Beweglichkeit“, „gesunde Ernährung“, „gesundes Laufen“, „erfolgreich entschleunigen“, „Burnout&Stressbewältigung“, „Gewohnheiten ändern –Wie?“ (Motivation)
- Maßnahmen, die eigenständig (täglich möglich) durchgeführt werden sollten: Nutzung des „Raums der Stille“, „Spaziergang der Stille“ (beides in der Pause, möglichst 30 Minuten), Aktivpause am Arbeitsplatz

Alle Maßnahmen außer dem „Spaziergang der Stille“ und der Nutzung des „Raums der Stille“ sollten während der Arbeitszeit stattfinden. Deswegen wurde von der Geschäftsführung angeordnet, die Probanden für die entsprechende Zeit freizustellen. Welche Therapeuten die Aktivpause am Arbeitsplatz, das Entspannungstraining und die Entspannungsmassagen durchführten, wie und wo diese stattfanden und wie die Planung/Koordinierung der Termine ablief, oblag den BGM-Lokalbeauftragten der Standorte, so dass die Durchführung an allen Standorten etwas unterschiedlich ablief. Das Gleiche gilt für die Weiterleitung der Information über die Termine der Seminare, für die Bereitstellung der Räumlichkeiten für die Seminare, die Einrichtung des „Raums der Stille“ und für die Organisation des Geschäftsführerfrühstücks. Die Dozenten der Vorträge wurden von der Studienleitung gestellt und reisten an die teilnehmenden Standorte.

Zu Beginn und zum Ende der Intervention beantworteten alle Teilnehmer den Fragebogen zum WAI (Kurzversion) und die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Nach Rücksendung der Fragebögen wurden die Probanden computergesteuert in eine Interventions (IG)- und eine Kontrollgruppe (KG) randomisiert. Nach Einsendeschluss aber vor Interventionsbeginn eingehende Fragebögen wurden insofern berücksichtigt, dass die Teilnehmer automatisch der Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Dadurch ergab sich eine ungleiche Probandenzahl zwischen den beiden Gruppen (IG: n= 75, KG: n= 86). Dieser Überhang in der Kontrollgruppe war erwünscht, weil mit einem Motivationsverlust der Kontrollprobanden gerechnet wurde. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe begannen daraufhin mit den Maßnahmen, während die Kontrollprobanden ihrem normalen Arbeitsalltag nachgingen. Den Interventi-

onsprobanden wurde zusätzlich ein Aktivitätenkalender ausgehändigt, in dem die selbst geleiteten Aktivitäten („Raum der Stille“, „Spaziergang der Stille“, eigenständige Aktivpause) notiert werden sollten. Dieser sollte der Studienleitung nach Beendigung der Maßnahme zurückgegeben werden. Um die prozentuale Anwesenheit bei den restlichen Angeboten nachzuhalten, wurden für jede Maßnahme Anwesenheitslisten geführt.

Die statistischen Berechnungen wurden mit SPSS durchgeführt. Für den Vergleich der WAI- und SWE-Werte von t_0 und t_1 innerhalb der Interventions- bzw. der Kontrollgruppe wurde ein T-Test für abhängige Stichproben genutzt, für den Vergleich der beiden Gruppen untereinander (Interventions- zu Kontrollgruppe) der T-Test für unabhängige Stichproben. Die Drop-Out-Quoten wurden mit dem Chi²-Test verglichen.

8.3.6 Ergebnisse

116 Teilnehmer gingen in die Endauswertung ein, da sie zu den Erhebungszeitpunkten t_0 und t_1 beide Fragebögen auswertbar zurücksendeten. Hiervon gehörten zufällig 58 Probanden der Interventionsgruppe und 58 Probanden der Kontrollgruppe an. Den im stationären Schichtdienst eingesetzten Berufsgruppen entstammten 44 Personen, während 72 Teilnehmer den nicht im stationären Schichtdienst tätigen Berufsgruppen zuzuordnen waren. Es gingen insgesamt 89 Frauen und 27 Männer in die Auswertung ein. Die Altersstruktur stellt sich wie folgt dar: 30 Personen waren zu Interventionsbeginn unter 30 Jahre alt, 18 Teilnehmer im Alter zwischen 30 und 39 Jahren und 44 Teilnehmer von 40 bis 49 Jahre alt. 45 Probanden waren bereits über 50 Jahre alt.

Work Ability Index und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Zum ersten Erhebungszeitpunkt gab es keinen signifikanten Unterschied der WAI und SWE-Werte zwischen den im stationären Schichtdienst und nicht im stationären Schichtdienst eingesetzten Berufsgruppen (s. Tab.1⁶).

Tabelle 9 (Tabelle 1). Mittelwerte (SWE,WAI) zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0 (n=161). Mean (SE, WAI) at the first enquiry point t_0 (n=161).

n=161	n	WAI t_0	SWE t_0
Stationärer Schichtdienst	90	38,44±4,97	31,00±3,58
Kein stationärer Schichtdienst	71	37,15±5,97	30,42±3,77

Tabelle 2 zeigt, dass sich die Werte der beiden Fragebögen (SWE, WAI) insgesamt in der Interventionsgruppe (IG) zur Kontrollgruppe (KG) von t_0 zu t_1 signifikant verbesserten, während es zwischen den beiden Berufsgruppen keinen signifikanten Unterschied gab. Auch innerhalb der Gruppen gab es von t_0 zu t_1 keinen signifikanten Unterschied.

Tabelle 10 (Tabelle 2). Überblick über die Veränderungen der SWE- und WAI-Werte (Mittelwerte M). n.s.=nicht signifikant. *=signifikanter Unterschied ($p<0,05$) der Δ -Werte zwischen KG (Interventionsgruppe) und IG (Interventionsgruppe), st=im stationären Schichtdienst tätig, nst=nicht im stationären Schichtdienst tätig. Differences between SE and WAI (M Mean), n.s.=not significant, *=significant differences ($p<0.05$) of the Δ -data between control group (KG) and intervention group (IG), st=shift work (stationary), nst=no shift work (non-stationary).

<i>SWE</i>	<i>n</i>	<i>M t_0</i>	<i>M t_1</i>	$\Delta (t_1-t_0)$	<i>p</i>	<i>Bemerkung</i>
SWE IG	58	30,98±4,0	31,98±3,3	1±3,6	0,039	*
SWE KG	58	30,72±3,7	29,93±4,7	0,79±5,1	n.s.	*
SWE IG st	25	30,80±4	31,52±3,2	0,72±3,3	n.s.	
SWE KG st	19	29,68±4,4	29,11±3,5	0,58±3,4	n.s.	
SWE IG nst	33	31,12±4,1	32,33±4,1	1,21±3,9	n.s.	
SWE KG nst	39	31,23±3,3	30,33±5,1	0,9±5,8	n.s.	
<i>WAI</i>		<i>M t_0</i>	<i>M t_1</i>	$\Delta (t_1-t_0)$	<i>p</i>	<i>Bemerkung</i>
WAI IG	58	38,64±5,8	40,07±4,9	1,43±4,5	0,018	*
WAI KG	58	38,00±4,9	36,9±6,9	1,1±6,6	n.s.	*
WAI IG st	25	37,48±6,3	38,64±5,5	1,16±3,6	n.s.	
WAI KG st	19	37,11±5,7	35,63±5,8	1,47±5,2	n.s.	
WAI IG nst	33	39,52±5,4	41,15±4,1	1,64±5,1	n.s.	
WAI KG nst	39	38,44±4,4	37,51±7,4	0,92±7,3	n.s.	

⁶ Tabellen- und Abbildungsbeschriftungen in Klammern entsprechen den Bezeichnungen im Text.

Anwesenheit

Die Anwesenheit der Teilnehmer bei den einzelnen Maßnahmen wurde anhand von Anwesenheitslisten überprüft und ausgewertet. Der Mittelwert der prozentualen Anwesenheit, bezogen auf alle Projektmaßnahmen, liegt bei $61\% \pm 17$. Die Probanden der nicht stationären Berufsgruppen wiesen eine signifikant ($p < 0,01$) höhere Anwesenheit als die Probanden aus den stationären Berufsgruppen auf. Die Differenz wird Abb. 1 verdeutlicht.

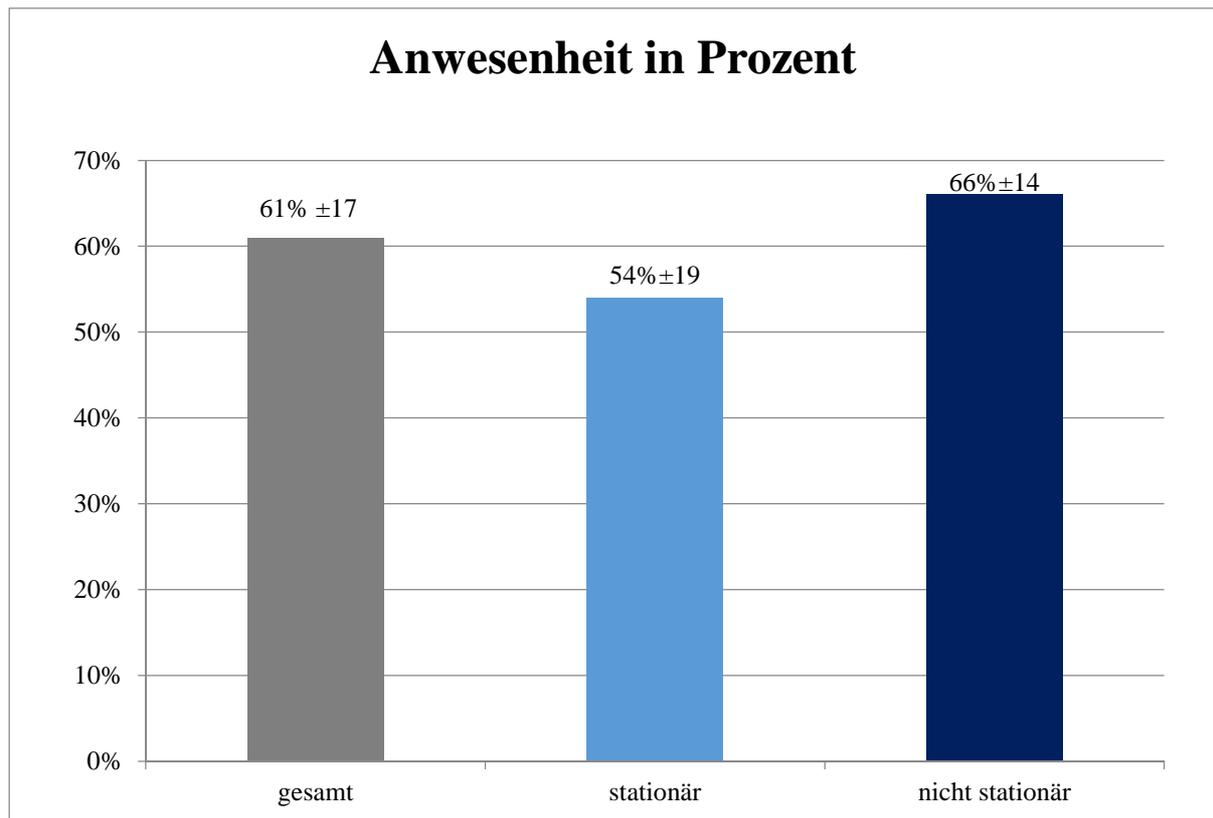


Abbildung 5 (Abbildung 1). Grafische Darstellung des Unterschieds ($p < 0,01$) zwischen der Anwesenheit der stationär und nicht stationär tätigen Probanden. Difference ($p < 0,01$) between participation of the stationary and the non-stationary group.

48 der 58 in die Endauswertung eingeflossenen Studienteilnehmer der Interventionsgruppe gaben ihren Aktivitätenkalender ab, eine Nichtabgabe führte jedoch nicht zum Drop-out. 19 der 25 Teilnehmer (76%) der Teilnehmer aus den ärztlichen und pflegenden Berufen gaben ihn ab, während die Differenz bei den Probanden der nicht im stationären Schichtdienst arbeitenden Berufsgruppen etwas geringer war. Hier gaben 29 von 33 Teilnehmern (88%) den Aktivitätenkalender ab.

Drop-out

Als Drop-out gelten alle Teilnehmer, die zum Zeitpunkt der ersten Erhebung zwei vollständige auswertbare Fragebögen (SWE und WAI) abgegeben haben, dies zum zweiten Erhebungszeitraum jedoch nicht wiederholten. Grund dafür war entweder eine Aufgabe des Projekts während der Intervention, ein Verlassen des Unternehmens, längerfristige Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung oder keine bzw. nicht auswertbare Abgabe der beiden Fragebögen. In Tabelle 3 werden die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 11 (Tabelle 3). Übersicht über die Drop-outs der gesamten Gruppe und unterteilt nach Berufsgruppen. Drop-outs of the whole group and classified into two occupational groups.

	Schichtdienst, n (%)	Kein Schichtdienst; n (%)	Gesamt, n (%)
t ₀	71 (44,1%)	90 (55,9%)	161 (100%)
t ₁	44 (37,93%)	72 (62,07%)	116 (100%)
Drop-out	27 (60%)	18 (40%)	45 (100%)

Bei der Berechnung der Drop-out-Quoten ergibt sich insgesamt eine Quote von 28% (n=45). Die Drop-out-Quote liegt bei den Teilnehmern aus den nicht im stationären Schichtdienst angestellten Berufsgruppen mit 20% signifikant ($p < 0,05$) unter der Drop-out-Quote der Teilnehmer aus den im stationären Schichtdienst tätigen Berufsgruppen (38%). Abbildung 2 stellt die Differenz grafisch dar.

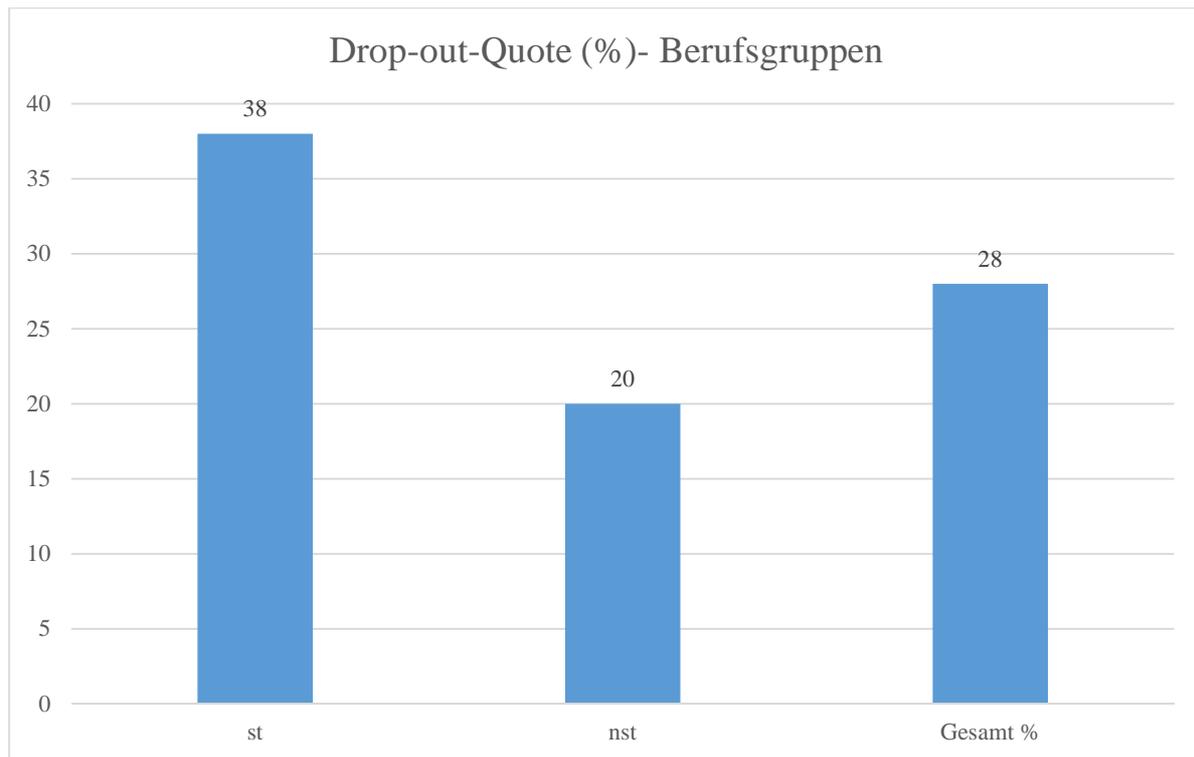


Abbildung 6 (Abbildung 2). Drop-out-Quoten der im stationären Schichtdienst eingesetzten (st) und nicht im stationären Schichtdienst arbeitenden (nst) Berufsgruppen und der Gesamtgruppe. Drop-out rate of stationary shift workers (st) and administration and therapeutical (nst) participants and of the whole group.

Betrachtet man die Drop-outs zusätzlich unterteilt in Interventions- und Kontrollgruppe, fällt auf, dass die beiden höchsten Drop-out-Quoten die im stationären Schichtdienst beschäftigten Berufsgruppen betreffen (KG=44%, IG=32%). Die geringste Drop-out Quote liegt bei den nicht im stationären Schichtdienst arbeitenden Interventionsprobanden vor (13%), gefolgt von den Kontrollprobanden, die nicht im stationären Schichtdienst eingeteilt sind (25%). Diese Ergebnisse verdeutlicht Abbildung 3.

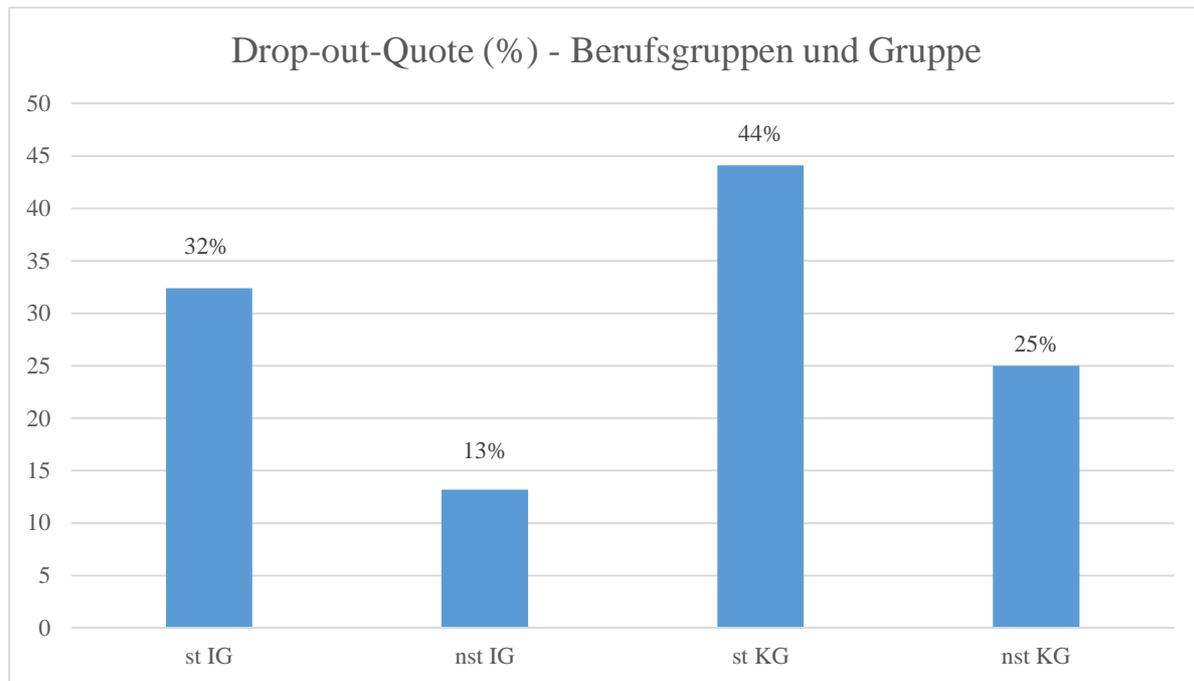


Abbildung 7 (Abbildung 3). Drop-out-Quote unterteilt nach Berufsgruppen und Interventions- /Kontrollgruppe (IG/KG), st=im stationären Schichtdienst eingesetzt, nst=nicht im stationären Schichtdienst tätig. Drop-out rate classified into working groups and into intervention (IG) and control group (KG), st=stationary Shift work, nst=no stationary shift work.

Ein weiterer Hinweis auf die Schwierigkeit der im stationären Schichtdienst arbeitenden Teilnehmer an den angebotenen Maßnahmen teilzunehmen ist die Rücklaufquote der Aktivitätenkalender. Die Rücklaufquote ist bei den Teilnehmern aus dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst (76%) geringer als die Quote bei den Berufsgruppen, die im stationären Schichtdienst angestellt sind (88%). Insgesamt wurden 48 von 58 Aktivitätenkalendern zurückgegeben, was 83% entspricht.

8.3.7 Diskussion und Schlussfolgerung

Es ist festzustellen, dass zwar über die Hälfte der Mitarbeiter des Unternehmens den ärztlichen und pflegenden Berufsgruppen zuzuordnen ist, allerdings nur 38% der Studienteilnehmer der Pflege- und Ärzteschaft entstammen. Ein Grund für die geringere Anzahl an Anmeldungen von Pflegenden und Ärzten könnte der in dieser Studie als Einteilungskriterium genutzte Schichtdienst sein. Möglicherweise spielt auch eine Rolle, dass der Arbeitsalltag dieser Berufsgruppen weniger planbar und stark von der aktuellen Situation auf der Station abhängt. Verlässt ein Mitarbeiter seine Station für eine halbe oder ganze Stunde, muss die Arbeit von seinen Kollegen übernommen werden, wodurch möglicherweise ein Gewissenskonflikt entsteht. Offenbar empfanden einige Teilnehmer, dass sie ihre Kollegen im Stich ließen, mussten

sich ständig gegenüber den Vorgesetzten und Kollegen rechtfertigen und litten unter diesem hohen emotionalen Druck.

Der Rücklauf der Aktivitätenkalender bei den Teilnehmern aus den im stationären Schichtdienst tätigen Probanden war geringer als bei den nicht im stationären Schichtdienst arbeitenden Probanden. Dies könnte zum Beispiel daran liegen, dass ärztliches und pflegendes Personal seine Pausenzeiten häufig nicht einhalten kann (Buchberger et al. 2011).

Obwohl es zwischen der Arbeitsfähigkeit und der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung keinen Unterschied zwischen den im stationären Schichtdienst Tätigen und den nicht im stationären Schichtdienst Beschäftigten gab, scheint es Unterschiede in der Möglichkeit zur Teilnahme an den Maßnahmen gegeben zu haben. An dieser Stelle muss angesetzt werden, wenn spätere Maßnahmen der BGF geplant werden. Wie könnten demnach Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gestaltet sein, wenn sie an Mitarbeiter einer Klinik gerichtet sind? Hierzu gibt es bislang nur inhaltliche Auswertungen, jedoch kaum organisatorische Ratschläge. Doch genau diese fehlen für die erfolgreiche Umsetzung einer betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, in denen viele verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Arbeitsorganisationsformen und Arbeitszeiten angestellt sind.

Lösungsansätze zur Berücksichtigung der Verschiedenheit der Belegschaft geben Spicker und Schopf (2007), von denen einige bei der Planung des vorliegenden Projekts bereits umgesetzt wurden: Analyse nach Alter, Geschlecht und Berufsgruppen, Mitarbeiterbefragung zu der Auswahl der Maßnahmen, und klare Definition der Zielgruppen. In folgenden Interventionen sollte außerdem vermehrt darauf geachtet werden, die Mitarbeiter auf verschiedenen Wegen zu erreichen, um z.B. Mitarbeiter anzusprechen, die tendenziell wenig Interesse an der BGF haben, die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen in der Werbung zu betonen, die Angestellten weiter in die Planung einzubeziehen und die unterschiedlichen Gesundheitskulturen der Mitarbeiter stärker zu berücksichtigen. Zudem sollte die Unterstützung durch alle Vorgesetzten besser sein (Nöhammer et al. 2009). Die genannten Punkte könnten Gründe für die geringe Teilnahmequote (4,59% der Gesamtbelegschaft) sein.

Die im Folgenden erarbeiteten Vorschläge unterscheiden zunächst nur zwischen im stationären Schichtdienst organisierten und nicht im stationären Schichtdienst organisierten Berufsgruppen, und berücksichtigen in erster Linie die in diesem Projekt durchgeführten Maßnah-

men. Es lassen sich aus den Ergebnissen zwei wesentliche Möglichkeiten für ähnliche Projekte der BGF in Kliniken ableiten:

Zunächst böte sich an, den Großteil der Maßnahmen getrennt nach Berufsgruppen stattfinden zu lassen. In diesem Fall könnte das Geschäftsführerfrühstück eventuell eine Gelegenheit sein, berufsgruppenübergreifend zu arbeiten und es während der Arbeitszeit anzubieten. Außerdem ermöglicht ein solches Treffen in lockerer Atmosphäre mit dem Geschäftsführer des jeweiligen Standorts sowohl private als auch berufliche Gespräche mit der Führungsperson.

Den nicht im stationären Schichtbetrieb eingesetzten Berufsgruppen würde man die Maßnahmen ähnlich organisiert wie in diesem Projekt anbieten, die geplanten Zeiten sollten jedoch eher an den Anfang oder das Ende der Arbeitszeit gelegt werden. Dies ist für Gruppenangebote schwierig zu organisieren, wenn die Arbeitszeiten unterschiedlich sind, darum wären mehrere Angebote zu unterschiedlichen Zeiten sinnvoll. Die Vorgabe, den Spaziergang der Stille beziehungsweise den Raum der Stille 30 Minuten zu nutzen, war für viele Mitarbeiter unerreichbar. Diese Maßnahmen sollten in der (Mittags)pause stattfinden, aber die Pause selbst dauerte oft nur 30 Minuten an. Hier wäre eine Reduzierung der vorgegebenen Zeit auf 15 Minuten oder auch ein Verzicht auf eine Zeitvorgabe hilfreich, um den Mitarbeitern eine stressfreie Durchführung zu ermöglichen. Für die im stationären Schichtdienst organisierten Berufsgruppen wäre ein Angebot der Maßnahmen als Kompaktkurs denkbar, für den sie einen kompletten bzw. halben Tag oder auch mehrere Tage aus dem Stationsbetrieb ausgeplant, also freigestellt, würden. So würde man sowohl eine Unterbesetzung der Station mit den einhergehenden psychischen und physischen Belastungen für das entsprechende Zeitfenster vermeiden, weil die Planung von vornherein anders aussähe, als auch den zeitlichen Druck reduzieren. Hiermit ist gemeint, dass es im Stationsbetrieb häufig schwierig bis unmöglich ist, genaue Zeiten einzuhalten, da oft unvorhergesehene Aufgaben auf die Angestellten zukommen.

Eine zweite Möglichkeit für die Einführung ähnlicher Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kliniken wäre, dass die Kompaktangebote an Angehörige aller Berufsgruppen gerichtet sein könnten. Der Vorteil solcher gemeinsamen Angebote ist, dass die Mitarbeiter sich berufsgruppenübergreifend kennen und schätzen lernen.

Die Aktivpause dagegen würde optimaler Weise auch weiterhin am Arbeitsplatz stattfinden. Besonders die Mitarbeiter der im stationären Schichtbetrieb angestellten Berufsgruppen wünschten sich ein Einbeziehen der Kollegen in die aktive Pause. So könnte es eine Lösung

sein, die aktive Pause mit allen bzw. möglichst vielen Mitarbeitern der Station gemeinsam stattfinden zu lassen. Die Individualität der Maßnahmen ließe dann zwar nach, bei präventiven Maßnahmen ist diese jedoch auch nicht genauso wichtig wie bei therapeutischen Maßnahmen. Hier könnte der Teambildungsaspekt ein zusätzlicher wichtiger Punkt für die Durchführung der aktiven Pause mit allen Kollegen einer Station sein.

Zudem sollte bedacht werden, dass Mitarbeiter, die in ihrem Arbeitsalltag viel Bewegung haben, teilweise eher Entspannung als Bewegungspausen benötigen. Einseitige körperliche Belastungen sollten allerdings durch gegenläufige Bewegungen ausgeglichen werden.

Ein Vorteil dieses Projekts ist die Tatsache, dass die Leistungserbringer ausnahmslos unternehmenseigene Kräfte waren, so dass die betriebsinternen Kompetenzen auch für die eigenen Mitarbeiter genutzt werden konnten. Bei Durchführung ähnlicher Maßnahmen in Unternehmen mit mehreren Standorten könnte in Betracht gezogen werden, Mitarbeiter der jeweiligen Standorte für die entsprechenden Vorträge zu schulen. Hierdurch könnten neue Kapazitäten geschaffen werden.

8.3.8 Fazit

Im stationären Schichtdienst tätige Mitarbeiter weisen eine höhere Drop-out-Quote und eine geringere Anwesenheit als nicht im stationären Schichtdienst eingesetzte Teilnehmer auf. Es lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass bei der Planung von Maßnahmen in der BGF Rücksicht auf die unterschiedlichen Arbeitsorganisationsformen genommen werden sollte, was bisher in Studien, die sich mit der BGF in Kliniken beschäftigen, nicht beachtet wurde.

8.3.9 Literaturverzeichnis

- Bruland, D.; Schulz, M.: Gesundheitsförderung von Pflegekräften. *Psych Pflege* 2010; 16:293-297. Doi 10.1055/s-0030-1268787
- Buchberger, B.; Heymann, R.; Huppertz, H.; Friepörtner, K.; Pomorin, N.; Wasem, J. The Effectiveness of interventions in workplace health promotion as to maintain the working capacity of health care personal. *GMS Health Technology Assessment* 2011;7:Doc06.
- DAK-Gesundheit: DAK-Gesundheitsreport 2013. IGES Institut GmbH im Auftrag der DAK-Gesundheit. DAK Forschung (Hrsg.): Hamburg. 2013.
- DNBGF: Gesunde Beschäftigte in einem gesunden Gesundheitswesen. Positionspaper Forum Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege. Essen, 2011.
- Grosser, M.: Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. In: Von der Oelsnitz, D.; Schirmer, F.; Wüstner, K. (Hg.): Die auszehrende Organisation. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014. S. 209-237.
- Müller, B. H.; Hasselhorn H.-M.: Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. *Z. Arb. Wiss.* 2004 (58) 2004/3
- HELIOS Gesundheitsbericht 2014. HELIOS EinBlicke Mitarbeiter 4/2015.
- Haupt, A.; Bouncken, R. B.: Umgang und Nutzung von Diversität in Krankenhäusern – Interviews mit Führungskräften. In: Bouncken, R. B. et al.: Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2013. Doi 10.1007/978-3-658-00873-4_17
- Hasselhorn, H. M.; Müller, B. H.: NEXT newsletter Nr. 1 12/2002, 2002.
- Köllen, T.: Belegschafts- und PatientInnen-Diversität in Krankenhäusern: Status quo, Entwicklungstendenzen und Ansätze für deren Management in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Bouncken et al. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2014. Doi 10.1007/978-3-658-05134-1_21
- Müller, B.: ... und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Gudrun Faller (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), 2012. S. 268–274.
- Nöhammer, E.; Eitzinger, C.; Schaffenrath-Resi, M.; Stummer, H.: Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung. Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Mitarbeiterperspektive. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1 2009; 4, 77-82. doi: 10.1007/s11553-008-0154-9
- Rosenbrock, R.: Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung. Potenziale und Perspektiven. Vortrag DNBGF Forum 2013 Berlin. Online unter: http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Gesundheitsfoerderung_in_der_Krankenversorgung.pdf. Zuletzt aufgerufen am 22.06.2016

- Schmitz G S.: Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout. 2000. Online verfügbar unter www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000315. Zugegriffen 22.06.2015
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin, 1999.
- Spicker, I.; Schopf, A.: Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Wien. New York: Springer, 2007.
- Stöbel, U.; Pfaff, H.: Prävention in den Gesundheitsberufen und in Gesundheitseinrichtungen. In: Kirch, W.; Badura, B. (2006): Prävention. Berlin. Heidelberg: Springer, 2006.
- Tempel, J., Ilmarinen, J., Giesert, M.: Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. VSA Verlag, Hamburg, 2013.

8.3.10 Interessenskonflikt

Christiane Heinrich gibt an, in einem Beschäftigungsverhältnis mit der HELIOS Ostseeklinik Damp zu stehen.

9 Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel dieser Untersuchung bestand darin, zu überprüfen, ob die Arbeitsfähigkeit und die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung durch in der Arbeitszeit angebotene Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern der betrieblichen Gesundheitsförderung beeinflussbar sind. Dies wurde durch die durchgeführten Berechnungen bestätigt. Es kann zunächst davon ausgegangen werden, dass die durchgeführten Maßnahmen hierfür verantwortlich sind. Welche Maßnahmen an der Verbesserung besonders beteiligt sind oder ob es die gewählte Kombination der Maßnahmen ist, die die positiven Effekte verursacht, kann durch das vorliegende Studiendesign nicht geklärt werden. Dennoch lässt sich sagen, dass ähnlich aufgebaute Interventionen einen sinnvollen Beitrag zur Burnoutprophylaxe bei Angestellten in einer Klinik leisten könnten. Die positiven Effekte auf die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ließen sich zwar für die Gesamtgruppe zeigen, besonders gut scheinen allerdings Frauen und Personen im mittleren Alter (40-49 Jahre) mit einer Verbesserung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung auf die Angebote zu reagieren. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit zeigten sich speziell in der Altersgruppe der über 50jährigen und bei Männern die größten Effekte. Auch wenn die positiven Effekte vor allem bei den beiden älteren Altersgruppen auftraten, sollten auch jüngere Mitarbeiter in Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung einbezogen werden, um die bestehende Arbeitsfähigkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung zu erhalten.

In dieser Arbeit konnte außerdem gezeigt werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Work Ability Index und der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung gibt, wodurch sich möglicherweise das eine Konstrukt durch das andere voraussagen oder auch beeinflussen lässt. Eine endgültige Aussage hierüber kann jedoch nicht getroffen werden, da keine weiteren Variablen als Kontrollvariablen erhoben wurden und somit nicht ausgeschlossen werden kann, dass andere Faktoren zur Korrelation der Parameter beitragen. Durch die größere Stabilität der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber der Arbeitsfähigkeit, wäre eine Beeinflussung des Work Ability Index durch die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wahrscheinlicher als umgekehrt.

Ein zusätzliches Ziel war es, Verbesserungsvorschläge für Folgeprojekte innerhalb des Klinikunternehmens und allgemein in der betrieblichen Gesundheitsförderung herauszuarbeiten. Während die Studienlage bezüglich des Einflusses bestimmter Maßnahmen auf den Work Ability Index recht gut ist (z.B. Vingard et al., 2009; Prümper & Richenhagen, 2011; Tuomi

et al., 1997), gibt es nur wenige Untersuchungen über die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Durch die bestehende Korrelation kann aber davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen, welche die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussen, ebenfalls mindestens einen partiellen Einfluss auf die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung haben und umgekehrt. Da die positive Korrelation in den untersuchten Altersklassen, Berufsgruppen und beiden Geschlechtern signifikant vorhanden ist, könnten alle an die jeweilige Zielgruppe angepassten Maßnahmen, die auf die Verbesserung oder den Erhalt des einen Merkmals abzielen, das andere Merkmal mit beeinflussen. So wären Maßnahmen, die auf eine Verbesserung oder den Erhalt der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung abzielen, eine sinnvolle Ergänzung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In diesem Zusammenhang ist jedoch interessant, dass diese Korrelation zwar berufsgruppen-, geschlechts- und altersgruppenübergreifend besteht, dass die durch die Interventionen erzielten Veränderungen in den Subgruppen Alter und Geschlecht jedoch zwischen Work Ability Index und Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung variierten. Bei den Frauen gab es beispielsweise eine signifikante Veränderung der Werte der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, bei den Männern veränderten sich der Work Ability Index signifikant. Möglicherweise müssen die Maßnahmen noch besser an die Zielgruppe angepasst werden und zwar nicht nur an die Berufsgruppe, sondern auch an das Alter und an das Geschlecht.

Betrachtet man die Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 2) und wendet sie auf das untersuchte Projekt an, so lässt sich feststellen, dass versucht wurde, die Mitarbeiter in die Planung einzubeziehen (*Partizipation*), indem im Vorfeld nach den Wünschen der Mitarbeiter gefragt wurde. Gemäß den Mitarbeiterwünschen wurde das Maßnahmenangebot um zwei Maßnahmen ergänzt. Das Prinzip der *Ganzheitlichkeit* ist nur bedingt erfüllt, da die meisten angebotenen Maßnahmen für den Mitarbeiter ausgelegt sind und weniger die Arbeitsbedingungen an sich betreffen. *Integration* ist noch nicht der Fall, da es sich um ein Projekt handelte, das von vornherein auf sechs Monate begrenzt war. Unternehmensziel muss es aber immer sein, betriebliche Gesundheitsförderung langfristig zu implementieren und die Unternehmensbereiche zwar alle anzusprechen, jedoch individuelle Unterschiede bezüglich der Organisationsform und ggf. auch der Inhalte vorzunehmen.

Je nach Standort und Einsatzort wurde die Teilnahme mehr oder weniger gut unterstützt (durch Vorgesetzte, Geschäftsführung, Kollegen). Nach Nöhammer (2009) ist die Akzeptanz

der Vorgesetzten ein wichtiger Punkt, wenn es um die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung geht.

Weitere an der Teilnahme hindernde Faktoren sind die Art und Weise der Werbung und ein schlechtes Betriebsklima (z.B. Misstrauen). Auch eine geringe Sinnhaftigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung oder eine geringe Nutzenerwartung der Mitarbeiter können den Beschäftigten von der Teilnahme abhalten (Nöhhammer et al., 2009). Die vorliegende Arbeit lässt vermuten, dass die hier genannten Punkte hinderliche Faktoren für die Teilnahme sein können. Denn sie sind ein möglicher Grund dafür, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen bezüglich der Drop-out-Quote und der Anwesenheit der Teilnehmer gab und dass sich relativ gesehen weniger stationär tätige Mitarbeiter anmeldeten. An dieser Stelle sollten jedoch weitere Untersuchungen ansetzen, um Hemmnisse für die Teilnahme an der betrieblichen Gesundheitsförderung speziell bei Angestellten eines Krankenhauses zu identifizieren. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Maßnahmen für stationär tätige Beschäftigte anders konstruiert sein müssen, als für nicht ausschließlich stationär eingesetzte Angestellte. Sollte trotzdem ein berufsgruppenübergreifendes Konzept gewollt sein, müssten sich die nicht stationär tätigen Mitarbeiter den stationären Beschäftigten anpassen, da diese ihren Arbeitsplatz offensichtlich einfacher für eine kurze Zeit verlassen können bzw. das Verlassen besser planbar ist.

Limitierungen der Studie sind die begrenzte Teilnehmerzahl, die fehlende Aussage über die Nachhaltigkeit der Maßnahme und dass sich unter Umständen gerade diejenigen nicht anmeldeten und nicht teilnahmen, für die es besonders wichtig gewesen wäre: die Mitarbeiter, die von vornherein wenig Interesse an der betrieblichen Gesundheitsförderung hatten oder die keine Kenntnis über die positiven Effekte besaßen. Durch die Selbstselektion (freiwillige Anmeldung) befanden sich eventuell besonders viele Mitarbeiter mit guter Arbeitsfähigkeit und Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung unter den angemeldeten Teilnehmern, wodurch die Ergebnisse unter Umständen weniger repräsentativ für alle Mitarbeiter sind. Sollte der Ausgangswert im Vergleich zur Gesamtbelegschaft hoch sein, kann es möglicherweise einen Einfluss auf die Größe der Veränderung haben. Khan, Thinschmidt und Seibt (2006) zeigten zum Beispiel, dass Erzieherinnen mit geringer Arbeitsfähigkeit stärker von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb profitierten als Angestellte mit bereits zu Beginn guter Arbeitsfähigkeit.

In nachfolgenden Studien gilt es zu klären, ob die Ergebnisse auf andere Wirtschaftssektoren übertragbar sind und, ob der Erfolg der Maßnahmen langfristig anhält. Weitere aus dieser Arbeit entstandene Fragen sind, welche der durchgeführten Maßnahmen den besten Erfolg aufwies und ob durch eine veränderte Organisationsstruktur bessere Anwesenheitsquoten bei den Teilnehmern aus den stationären Berufsgruppen erzielt werden können.

10 Literaturverzeichnis

- Altenhöner, T.; Köhler, M.; Phillips, M. (2014b). Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Evaluation einer Seminarreihe für Mitarbeiter im Schichtdienst. *Prävention und Gesundheitsförderung*. doi 10.1007/s/11553-014-0472-z.
- Altenhöner, T.; Köhler, M.; Philippi, M.; Alaze, F. (2014a). Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Vol. 9 Issue 1, 3-9. doi: 10.1007/s11553-013-0418-x.
- Arandelović, M.; Nikolić, M.; Stamenković, S. (2010). Relationship between Burnout, Quality of Life, and Work Ability Index – Directions in Prevention. *The Scientific World Journal* 2010 (10), 766-777.
- Badura, B.; Walter, U. (2014). Führungskultur auf dem Prüfstand. In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2014). *Fehlzeitenreport 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Springer: Berlin. Heidelberg.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York.
- Beierlein, C.; Kemper, C. J.; Kovaleva, A.; Rammstedt, B. (2013). Kurzskala zur Erfassung Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen (ASKU). *Methoden, Daten, Analysen*. 2013, Jg. 7(2), 251-278. doi 10.12758/mda.2013.014.
- Bouchard, C. (2001). Physical activity and health: introduction to the dose-response. *Symposium Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 6, 347-350.
- Buchberger, B.; Heymann, R.; Huppertz, H.; Friepörtner, K.; Pomorin, N.; Wasem, J. (2011). The Effectiveness of interventions in workplace health promotion as to maintain the working capacity of health care personal. *GMS Health Technology Assessment* 2011;7:Doc06.
- Burisch, M. (2013). *Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung* (5. Aufl.). Springer: Heidelberg.
- Burisch, M. (2014). Erschöpfung – ein Modethema? In: Von der Oelsnitz, D.; Schirmer, F.; Wüstner, K. (Hrsg.): *Die auszehrende Organisation*. Springer: Wiesbaden.
- DAK-Gesundheit. (2013). *DAK-Gesundheitsreport 2013*. IGES Institut GmbH im Auftrag der DAK-Gesundheit. DAK Forschung (Hrsg.): Hamburg.
- Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK). (2014). *DIHK-Arbeitsmarktreport 2013/2014*.
- De Zwart, B. C. H.; Frings-Dresen, M. H. W.; Van Duivenbooden, J. C. (2002). Test-Retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational Medicine*. Vol. 52 No. 4: 177-181.
- Ehresmann, C.; Kockert, S.; Schott, T. (2015). Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura, B., Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.). (2015). *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. Springer: Berlin. Heidelberg.

- ENWHP. (1997). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union in der Fassung von Januar 2007. Online unter www.luxemburger-deklaration.de. Zugegriffen am 15.06.2016.
- Eskelinen, L.; Kohvakka, A.; Merisalo, T.; Hurri, H.; Wagar, G. (1991). Relationship between the self-assessment and clinical assessment of health and work ability. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 17 suppl 1, 40-47.
- Frevel, A.; Geißler-Gruber, B.; Hegemann, L.; Jüttner, P.; Lißner, B.; Christmann, S. (2006). Dialoge verändern. Partizipative Arbeitsgestaltung; Voraussetzungen, Methoden und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung. Kölner Wiss.-Verlag: Köln.
- Froböse, I.; Wilke, C.; Biallas, B. (2011). Unternehmen unternehmen Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Online unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf. Zugegriffen am 15.6.2016.
- Goldgruber, J.; Ahrens, D. (2009). Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. Review über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 2009-4, 93-95. Springer Medizin-Verlag doi: 10.1007/s11553-008-0155-8.
- Grosser, M. (2014). Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. In: Von der Oelsnitz, D.; Schirmer, F.; Wüstner, K. (Hg.). (2014). *Die auszehrende Organisation*. Springer: Wiesbaden, 209-237.
- Hahnzog, S. (Hrsg.). (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Praxishandbuch für den Mittelstand. Springer Gabler: Wiesbaden.
- Hardege, S.; Zimmermann, A. (2014). Zukünftige Unternehmen aus Unternehmenssicht. In: In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.). (2014): *Fehlzeitenreport 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Springer: Berlin. Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-43531-1_4.
- Hasselhorn, H. M.; Freude, G. (2007). Der Work Ability Index – Ein Leitfaden. BAuA (Hrsg.). Wirtschaftsverlag NV. Verlag für neue Wissenschaft GmbH: Bremerhaven.
- Hasselhorn, H. M.; Müller, B. H.; Packenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal und Europa. Wirtschaftsverlag NV. Verlag für neue Wissenschaft GmbH: Bremerhaven.
- Haupt, C. M. (2010). Der Zusammenhang von Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitsverhalten in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie. In Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.). (2010): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und*

Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fordern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer: Berlin. Heidelberg.

- Ilmarinen, J. (2005). Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Ilmarinen, J., Tempel, J., Giesert, M. (Hrsg.). (2002). Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA Verlag: Hamburg.
- Iverson, D.; Lewis, K. L.; Caputi, P.; Knospe, S. (2010). The cumulative Impact and Associated Costs of Multiple Health Conditions on Employee Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52 (12):1206-1211.
- Kaluza, G. (1999). Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, Jg.7. S.88-95.
- Khan, A.; Thinschmidt, M.; Seibt, R. (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung für Erzieherinnen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 1:88-93.
- Koehler, U.; Koehler, Y. (2014). Burnout-Krankheit oder Folge von Stress. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*; 139, 1731-1734. doi:10.1055/s-0034-1370293.
- Kogel, M.; Grund, E.; Kohler, A.; Immerfall, S. (2013). Verhaltensprävention im betrieblichen Setting. Implementation und Evaluation des Bewegungsprogramms „Bewegte Pause“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9, 10-15. doi 10.1007/s11553-013-0411-4.
- Korczak, D.; Dietl, M.; Steinhauser, G. (2011). Effectiveness of programmes as part of primary prevention demonstrated on the example of cardiovascular diseases and the metabolic syndrome. *GMS Health Technology Assessment* 2011, Vol. 7.
- Ladebeck, N.; March, S.; Swart, E. (2014). Inanspruchnahme von Leistungen zur individuellen Gesundheitsförderung bei Erwerbstätigen. Ergebnisse der lidA-Studie. *Prävention und Gesundheitsförderung*: Springer-Verlag: Berlin. Heidelberg.
- Leiter, M. P.; Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331-339.
- Linton, S. J.; Van Tulder, M. W. (2001). Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems? *Spine*, 26, 7, S. 778-787.
- Luszczynska, A.; Gutiérrez-Doña, B.; Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B.; Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Müller, B. (2009). Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus - Bestandsaufnahme und Ausblick. Abschlussbericht. Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de

- Müller, B. (2012). ... und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Faller, G. (Hrsg.): *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. 2. Aufl., Hans Huber, Hogrefe: Bern.
- Nöhammer, E.; Eitzinger, C.; Schaffenrath-Resi, M.; Stummer, H. (2009). Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung. Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Mitarbeiterperspektive. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1 2009; 4, 77-82. doi: 10.1007/s11553-008-0154-9.
- Nygaard, C. H.; Eskelinen, L.; Suvanto, S.; Tuomi, K.; Ilmarinen, J. (1991). Associations between functional capacity and work ability among elderly municipal employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 17 suppl 1, 122-127.
- Olbrich, D.; Beblo, A.; Passeik-Hartmann, D. (2010). Zur Bedeutung des Work Ability Index (WAI) im GUSI-Präventionsprogramm für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen. *Praktische Arbeitsmedizin* 2010, 21, 40.
- Pätzold, G.; Stein, B. (2007). Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit in seiner Bedeutung für selbstgesteuerte Lernprozesse. Bwp. Ausgabe Nr. 13.
http://www.bwpat.de/ausgabe13/paetzold_stein_bwpat13.pdf In: Büchter, K.; Tramm, T. (Hrsg.) : *Selbstorganisiertes Lernen in der beruflichen Bildung*. Bwp-online. Zugriffen am 03.06.2016.
- Prümper, J., Richenhagen, G. (2011). Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Index und seine Anwendung. In: B. Seyfried (Hrsg.): *Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Index und seine Anwendung. Konzepte-Forschungsergebnisse, Instrumente*. Bertelsmann: Bielefeld.
- Renneberg, B.; Hemmelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer: Heidelberg.
- Schirmer, F.; Von der Oelsnitz, D.; Wüstner, K. (2014). Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt In: Von der Oelsnitz, D.; Schirmer, F.; Wüstner, K. (Hg.): *Die auszehrende Organisation*. Springer: Wiesbaden.
- Schmitz, G. S. (2000). Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout. Online verfügbar unter www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000315. Zugriffen am 22.06.2015.
- Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In Jerusalem, M.; Hopf, D. (Hrsg.): *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Zeitschrift für Pädagogik*. Beiheft. 44, 28-53. Beltz: Weinheim.
- Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin. Online verfügbar unter http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/skalendoku_selbstwirksame_schulen.pdf. Zugriffen am 07.06.2016.

- Schwarzer, R.; Müller, J.; Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, 145-161.
- Seibt, R.; Spitzer, S.; Blank, M.; Scheuch, K. (2008). Predictors of work ability in occupations with psychological stress. *Journal of Public Health* 17, 1, 9-18. doi: 10.1007/s10389-008-0194-9.
- Sendera, A.; Sendera, M. (2013). Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills. Springer: Wien.
- Shanafelt, T. D.; Balch, C. M.; Bechamps, G.; Russel, T.; Dyrbye, L.; Satele, D. et al. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251, 995-1000. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 12 G v. 17.02.2016 (BGBl. I S. 203).
- Statistisches Bundesamt. (2013). Datenreport 2013. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn.
- Steinke, M.; Badura, B. (2011). Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz. BAuA (Hrsg.), Dortmund. Online verfügbar unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd60.pdf;jsessionid=C0F12947FA391FFCDB2EA0ADCBDA9476.1_cid343?__blob=publicationFile&v=7. Zugegriffen am 07.06.2016.
- Suner-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S. et al. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research* 1 (2014), 82–89.
- Tempel, J.; Ilmarinen, J. (2013): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. VSA Verlag: Hamburg.
- Treier, M. (2015). Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement. Mehr als nur Gesundheitsförderung. Springer: Wiesbaden.
- Tsai, H. H.; Yeh, C. Y.; Su, C. T.; Chen, C. J.; Peng, S. M.; Chen, R. Y. (2013). The Effects of Exercise Program on Burnout and Metabolic Syndrome Components in Banking and Insurance Workers. *Industrial Health*, 51, 336-346.
- Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Seitsamo, J.; Huuhtanen, P.; Martikainen, R.; Nygard C.-H. et al. (1997). Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*; 23 suppl 1, 66-71.
- Vingard, E.; Blomkvist, V.; Rosenblad, A.; Lindberg, P.; Voss, M.; Alfredsson, L. et al. (2009). A physical fitness programme during paid working hours-impact on health and work ability among women working in the social service sector: a three year follow up study. *Work*. 2009;34(3), 339-344.

- Von Ruesten, A.; Feller, S.; Bergmann, M. M.; Boeing, H. (2013). Diet and Risk of Chronic Diseases: Results from the First 8 Years of Follow-Up in the EPIC-Potsdam Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, Jg. 67, 412–419. doi:10.1038/ejcn.2013.7.
- WAI-Netzwerk am Institut für Sicherheitstechnik Bergische Universität Wuppertal. (Hrsg.). WAI-Manual. Anwendung des Work Ability Index. Online verfügbar unter www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Manual.pdf21. Zugegriffen am 04.11.2015.
- Wallace, J. E.; Lemaire, J. B.; Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet*, 374 (9702), 1714-1721.
- Walter, U.; Krugmann, C. S.; Plaumann, M. (2012). Burnout wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt* 55, 172-182 doi: 10.1007/s00103-011-1412-0.
- Weinberg, A.; Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 355, 533-537. doi: 10.1016/S0140-6736(99)07366-3.
- WHO. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Zugegriffen am 30.11.2015.
- Wilke, C.; Krämer, K.; Biallas, B.; Froböse, I. (2012). Lebensqualität und körperliche Aktivität im betrieblichen Kontext. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2012. 7, 56-61.
- Willett, W. C.; Stampfer, M. J. (2013). Current Evidence on Healthy Eating. *Annual Review of Public Health* Jg.34, 77-95. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124646.
- Woods, S.; Lievens, F.; De Fruyt, F.; Wille, B. (2013). Personality across working life: the longitudinal and reciprocal influences of personality on work. *Journal of Organizational Behavior*, 34 (S1), 7-25.

Anhang

Teilnehmer-Code: _____ (wird von der Studienleitung ausgefüllt)

Allgemeine Selbstwirksamkeit

Bitte kreuzen Sie an

1	2	3	4
stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

1.	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
2.	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
3.	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
4.	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
5.	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
6.	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
7.	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
8.	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
9.	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
10.	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4

Quelle:

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Eds.). (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

1

Teilnehmer-Code: _____ (wird von der Studienleitung ausgefüllt)

Work Ability Index - Fragebogen (Kurzversion)

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt FREIWILLIG. Mitarbeiter können nicht zur Teilnahme verpflichtet werden.

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
vorwiegend körperlich tätig?	O ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₃

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? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)										
O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀
völlig arbeitsunfähig										derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen				
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut O ₅	eher gut O ₄	mittelmäßig O ₃	eher schlecht O ₂	sehr schlecht O ₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut O ₅	eher gut O ₄	mittelmäßig O ₃	eher schlecht O ₂	sehr schlecht O ₁

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten			
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.	<i>Eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
1 Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2

Teilnehmer-Code: _____ (wird von der Studienleitung ausgefüllt)

	<i>Eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
4 Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6 Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12 Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13 Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten	
Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.	
• Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung	O₆
• Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	O₅
• Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O₄
• Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O₃
• Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten	O₂
• Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	O₁

(Quelle: WAI-NETZWERK. www.Arbeitsfaehigkeit.net)

3

Teilnehmer-Code: _____ (wird von der Studienleitung ausgefüllt)

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)				
Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?				
überhaupt keinen				O₅
höchstens 9 Tage				O₄
10 - 24 Tage				O₃
25 - 99 Tage				O₂
100 - 365 Tage				O₁
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?				
unwahrscheinlich		nicht sicher		ziemlich sicher
O₁		O₄		O₇
7. Psychische Leistungsreserven				
Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?				
häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O₄	O₃	O₂	O₁	O₀
Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?				
immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O₄	O₃	O₂	O₁	O₀
Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?				
ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O₄	O₃	O₂	O₁	O₀



"gemeinsam gesund und erfolgreich!"

Bitte notieren Sie, wann Sie den Raum der Stille genutzt oder einen Spaziergang gemacht haben.

S=Spaziergang der Stille, R=Raum der Stille

Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August
1 Sa	1 Sa	1 Di	1 Do Tag der Arbeit	1 So	1 Di	1 Fr
2 So	2 So	2 Mi	2 Fr	2 Mo	2 Mi	2 Sa
3 Mo	3 Mo	3 Do	3 Sa	3 Di	3 Do	3 So
4 Di	4 Di	4 Fr	4 So	4 Mi	4 Fr	4 Mo
5 Mi	5 Mi	5 Sa	5 Mo	5 Do	5 Sa	5 Di
6 Do	6 Do	6 So	6 Di	6 Fr	6 So	6 Mi
7 Fr	7 Fr	7 Mo	7 Mi	7 Sa	7 Mo	7 Do
8 Sa	8 Sa	8 Di	8 Do	8 So	8 Di	8 Fr
9 So	9 So	9 Mi	9 Fr	9 Mo Pfingstmontag	9 Mi	9 Sa
10 Mo	10 Mo	10 Do	10 Sa	10 Di	10 Do	10 So
11 Di	11 Di	11 Fr	11 So	11 Mi	11 Fr	11 Mo
12 Mi	12 Mi	12 Sa	12 Mo	12 Do	12 Sa	12 Di
13 Do	13 Do	13 So	13 Di	13 Fr	13 So	13 Mi
14 Fr	14 Fr	14 Mo	14 Mi	14 Sa	14 Mo	14 Do
15 Sa	15 Sa	15 Di	15 Do	15 So	15 Di	15 Fr
16 So	16 So	16 Mi	16 Fr	16 Mo	16 Mi	16 Sa
17 Mo	17 Mo	17 Do	17 Sa	17 Di	17 Do	17 So
18 Di	18 Di	18 Fr Karfreitag	18 So	18 Mi	18 Fr	18 Mo
19 Mi	19 Mi	19 Sa	19 Mo	19 Do	19 Sa	19 Di
20 Do	20 Do	20 So	20 Di	20 Fr	20 So	20 Mi
21 Fr	21 Fr	21 Mo Ostermontag	21 Mi	21 Sa	21 Mo	21 Do
22 Sa	22 Sa	22 Di	22 Do	22 So	22 Di	22 Fr
23 So	23 So	23 Mi	23 Fr	23 Mo	23 Mi	23 Sa
24 Mo	24 Mo	24 Do	24 Sa	24 Di	24 Do	24 So
25 Di	25 Di	25 Fr	25 So	25 Mi	25 Fr	25 Mo
26 Mi	26 Mi	26 Sa	26 Mo	26 Do	26 Sa	26 Di
27 Do	27 Do	27 So	27 Di	27 Fr	27 So	27 Mi
28 Fr	28 Fr	28 Mo	28 Mi	28 Sa	28 Mo	28 Do
	29 Sa	29 Di	29 Do Himmelf. (Vatertag)	29 So	29 Di	29 Fr
	30 So	30 Mi	30 Fr	30 Mo	30 Mi	30 Sa
	31 Mo		31 Sa		31 Do	31 So

Kalender 2014

Zufriedenheitsfragebogen Seite 1/2 Teilnehmer-Code: _____

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der HELIOS Region Nord West "gemeinsam gesund & erfolgreich!" (15.02.-14.08.2014)

Bitte bewerten Sie durch **ankreuzen** gemäß dem Schulnoten-Prinzip.

Bei den **Aktivitäten** und **Vorträgen** können Sie jeweils die **Maßnahme**, den **Leistungserbringer** und die **organisatorische/räumliche Umsetzung** gesondert bewerten.

Aktivitäten	Maßnahme					Leistungserbringer					organisatorische/räumliche Umsetzung				
	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Aktivpause am Arbeitsplatz (begleitet)															
Aktivpause am Arbeitsplatz (selbstständig)															
Entspannungs-Massage															
Entspannungs-Training															
Mitarbeiter-Frühstück															
Raum der Stille															
Spaziergang der Stille															
Vorträge	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤	①	②	③	④	⑤
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
"Burnout" & Stressbewältigung															
Gewohnheiten ändern - Wie?															
Miteinander reden															
Erfolgreich entschleunigen!															
Kraftvolle Beweglichkeit															
Gesund(es) Laufen															
Gesunde Ernährung															
Allgemeines	①	②	③	④	⑤										
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft										
Auswahl der Maßnahmen															
Anzahl der Maßnahmen															
Ablauforganisation durch den Veranstalter															
Akzeptanz/Unterstützung durch Vorgesetzte															
Akzeptanz/Unterstützung durch Kollegen															
Gesamtbewertung des BGF*-Projekts															

* BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung

Lebenslauf

Lebenslauf

Name: Christiane Heinrich, geb. Ingermann
Geburtsdatum und-ort: 17. Juni 1978 in Bad Segeberg
Nationalität: deutsch

Akademischer Werdegang

Okt. 1997 – Sept. 1999 Studium an der Bildungswissenschaftlichen Hochschule (Universität) Flensburg, Lehramt Grund- und Hauptschule

Okt. 2002 – Sept. 2008 Studium an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Hauptfach: Sportwissenschaften

2008 Studienabschluss durch das Erlangen des Grades einer Magistra Artium (M.A.)

2013 Beginn des Promotionsvorhabens am Institut für Sportwissenschaft der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Nov. 2016 Abschluss der Promotion