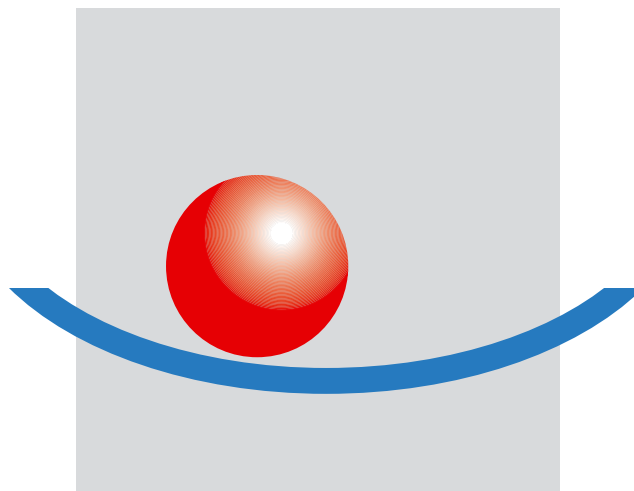




Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Personalamt



GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG
in der
hamburgischen Verwaltung

Ein konzeptioneller Ansatz für die
Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung
in das Personalmanagement

Inhalt

1.	Gesundheitsförderung als Bestandteil eines ganzheitlichen Personalmanagements - Erwartungen an eine Konzeption und deren praktische Umsetzung -	4
1.1	Entwicklung eines gemeinsamen und ganzheitlichen Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung	4
1.2	Elemente der Konzeption zur betrieblichen Gesundheitsförderung	6
2.	Der normative Rahmen	7
2.1	Was ist Gesundheit? - Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	7
2.2	Der rechtliche Handlungsrahmen	10
2.2.2	<i>Arbeitssicherheitsgesetz (ASIG) - Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen</i>	10
2.2.3	<i>Betriebliche Suchthilfe - Vereinbarung nach § 94 HmbPersVG</i>	11
2.2.4	<i>Dienst- und Arbeitsrecht</i>	11
2.2.5	<i>Sozialgesetzbuch (SGB)</i>	12
2.3	Programmatische Zielsetzungen von Senat und Bürgerschaft	12
3.	Handlungsebenen und Zielsetzungen betrieblicher Gesundheitsförderung	13
3.1	Handlungsebenen und Zielgruppen	13
3.1.1	<i>Handlungsebenen betrieblicher Gesundheitsförderung vor Ort</i>	14
3.1.2	<i>Strategische Handlungsebenen betrieblicher Gesundheitsförderung</i>	15
3.2	Ziele, Erfolgskriterien und mögliche Konfliktpotenziale	17
3.2.1	<i>Ziele</i>	17
3.2.2	<i>Voraussetzungen für Erfolg</i>	18
3.2.3	<i>Messbarkeit von Erfolg</i>	19
3.2.4	<i>Evaluation durch Kennzahlen</i>	19
3.2.5	<i>Fehlzeiten als Kennzahl</i>	21
3.2.6	<i>Abbildung und Funktion von Fehlzeitendaten</i>	22
3.2.7	<i>Umgang mit Fehlzeitendaten</i>	25
3.2.8	<i>Mögliche Konfliktpotenziale</i>	25
4.	Rollen, Aufgaben und Kompetenzen im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung	27
4.1	Bisherige Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung	27
4.1.1	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Arbeitsmedizin</i>	27
4.1.2	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung als erweitertes Arbeitsfeld der Suchtberatung</i>	27
4.1.3	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Personalentwicklung</i>	28
4.1.4	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung als „verteiltes Arbeitsfeld“ des Personalmanagements</i>	28



4.2	Soll-Bild eines Verantwortungs- und Kompetenzspektrums	29
4.2.1	<i>Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</i>	29
4.2.2	<i>Die Führungskräfte</i>	29
4.2.3	<i>Die Personalvertretungen</i>	30
4.2.4	<i>Das überbehördliche Personalmanagement</i>	30
4.2.5	<i>Das behördliche Personalmanagement</i>	30
4.2.6	<i>Behördliche Personal- und Organisationsentwicklung</i>	31
4.2.7	<i>Betriebliche Sucht- und Sozialberatung</i>	31
4.2.8	<i>Die Betriebsärztinnen und –ärzte des Arbeitsmedizinischen Dienstes</i>	32
4.2.9	<i>Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit</i>	33
4.2.10	<i>Das überbehördliche und behördliche PersonalControlling</i>	33
4.2.11	<i>Spezialisierte interne und externe Dienstleister im Bereich der Gesundheitsförderung</i>	33
5.	Ressourcen bündeln - vom Kompetenzmodell zum organisatorischen Zusammenwirken	34
5.1	Innerbehördliche Steuerung und Vernetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung	35
5.2	Überbehördliche Steuerung und Koordinierung der betrieblichen Gesundheitsförderung	37
5.2.1	<i>Strategie- und Expertenkreis: Strategische Absicherung und inhaltliche Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung</i>	37
5.2.2	<i>Gemeinsame Projekte und Aktivitäten</i>	38
6.	Schlussbemerkung	41
A N H A N G	43

A1.	Zu der Entstehung dieses Konzeptes	44
A1.1	Mitglieder der Arbeitsgruppe „Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement“	44
A1.2	Externe und interne Experten	45
A2.	Ansätze und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung	45
A2.1	Ansätze zur Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung	46
A2.1.1	<i>Gesundheitsberichterstattung</i>	46
A2.1.2	<i>Arbeitskreis Gesundheit</i>	46
A2.1.3	<i>Dienst-/Rahmenvereinbarungen</i>	46
A2.1.4	<i>Evaluation</i>	47
A2.2	Instrumente zur Diagnose, Intervention und Prävention	49
A2.2.1	<i>Gefährdungsanalysen/Arbeitsplatzanalyse</i>	49
A2.2.2	<i>Mitarbeiterbefragungen</i>	50
A2.2.3	<i>Gesundheitszirkel</i>	51
A2.2.4	<i>Integrationsgespräch</i>	51
A2.2.5	<i>Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch</i>	53
A2.2.6	<i>Gesundheitstage</i>	53
A2.2.7	<i>Strategien für den Umgang mit Mobbing</i>	53
A2.3	Aufbau fachlicher Kompetenzen	54
A2.3.1	<i>Fachkräfte</i>	54
A2.3.2	<i>Personalvertretungen</i>	55
A2.3.3	<i>Verwaltungsinterne Ausbildung Suchtkrankenhilfe</i>	55
A2.3.4	<i>Interne Tagungen/Kongresse</i>	55
A2.3.5	<i>Qualifizierung der Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</i>	56
A3.	Maßnahmenplanung	57



1. Gesundheitsförderung als Bestandteil eines ganzheitlichen Personalmanagements

- Erwartungen an eine Konzeption und deren praktische Umsetzung -

1.1 Entwicklung eines gemein- samen und ganzheitlichen Verständnisses von betrieb- licher Gesund- heitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie, um die wichtigste Ressource eines Unternehmens - das Personal - in ihrer Leistungsfähigkeit und -bereitschaft zu erhalten und zu stärken. Aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive geht es dabei sowohl darum, krankheitsbedingte Kosten zu minimieren als auch um die Beeinflussung des unternehmerischen Erfolgs mit Hilfe so genannter "weicher" Standortfaktoren. So spielen die Fähigkeiten einer Organisation, die Bedürfnisse ihrer Kunden optimal zu erfüllen, die Produktqualität und die Mitarbeiterzufriedenheit eine immer größere Rolle. Gerade für die öffentliche Verwaltung, die unter einem deutlich größeren Druck steht, ihre Rentabilität und die Sinn- und Zweckhaftigkeit ihrer Mittelverwendung nachzuweisen als privatwirtschaftliche Unternehmen, ist z.B. die Kundenzufriedenheit ein wesentlicher Faktor, um die Akzeptanz der Bürgerinnen und Bürger für Verwaltungshandeln zu stärken. Zwischen Arbeitsanforderungen und -bedingungen, Arbeitszufriedenheit, der Qualität der geleisteten Arbeit und der Gesundheit der Beschäftigten bestehen - so bestätigen immer wieder wissenschaftliche Untersuchungen - enge Zusammenhänge, die ein zukunftsweisendes Personalmanagement erkennen und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgreifen muss. Gesundheit ist damit eine wichtige Voraussetzung nicht nur für leistungsfähige sondern auch für leistungsmotivierte und zufriedene Beschäftigte.

Der äußere Anstoß für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist aber zunächst einmal die Abwesenheitsquote, weil sich an dieser Kennzahl sofort entstehende Kosten ablesen lassen. Die Fehlzeitenquote allein ist dabei nur eine bedingt aussagefähige Größe, wenn sie andere nicht-finanzielle Kennzahlen ausblendet. Sie ist aber durch ihre Warnfunktion oft ein wichtiger Motor, um betriebliche Gesundheitsförderung zu etablieren.

Eine im Vergleich zu ausgewählten Unternehmen der Privatwirtschaft zwar nicht auffällige, aber dennoch konstant hohe durchschnittliche Krankenstandsquote von mehr als 6,5 v.H. in den vergangenen Jahren (bezogen auf alle Beschäftigten) und eine Quote der vorzeitigen Dienstunfähigkeit von 36 v.H. zeigen weiteren Handlungsbedarf auf, auch wenn die Behörden und Ämter in den vergangenen Jahren eine aktive Gesundheitsförderung bereits in ihr personalpolitisches Handeln einbezogen haben [vgl. hierzu die letztjährigen Berichte über Abwesenheiten in der hamburgischen Verwaltung aufgrund von Krankheit, Kuren und Mutterschutz (Berichtsjahr 1998/99, 1999/2000, 2001) sowie Personalentwicklungsbericht 1998 (Drucksache 16/2137)].

Die Frage, warum die bisherigen Ansätze der Behörden und Ämter im Bereich der Gesundheitsförderung - gemessen an der Entwicklung der Krankenstandsquote und der Dienstunfähigkeitsquote - nicht in dem Maße erfolgreich waren, wie erwartet, lässt sich zum einen sicherlich über die Entwicklung der äußeren Rahmenbedingungen erklären. So ist der Anteil der über 50-Jährigen in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen und liegt 2001 - bezogen auf alle Beschäftigten (Kernhaushalt) - bei 38,9 v.H. (im Vergleich: 38,5 v.H. in 2000). Zum anderen liegt die Vermutung nahe, dass die bisher verfolgten Ansätze der Gesundheitsförderung nicht immer von einem ganzheitlichen Verständnis dieses Handlungsfeldes geprägt sind. In den vergangenen Jahren hat sich in der von Expertinnen und Experten

(Krankenkassen, Ärzteverbände, ...) geführten Diskussion um die Gesundheitsförderung ein Paradigmenwechsel vollzogen, der deutliche Veränderungen in den Handlungsansätzen zur Gesundheitsförderung verlangt, die sich bislang (noch) nicht ausreichend in den bisherigen Maßnahmen und Ansätzen der Behörden und Ämter widerspiegeln. Vor allem der Präventionsgedanke wird in Zukunft wesentlich stärker als bisher in kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen mit einfließen müssen. Dies ist auch vor dem Hintergrund der Personalstruktur des öffentlichen Dienstes notwendig.

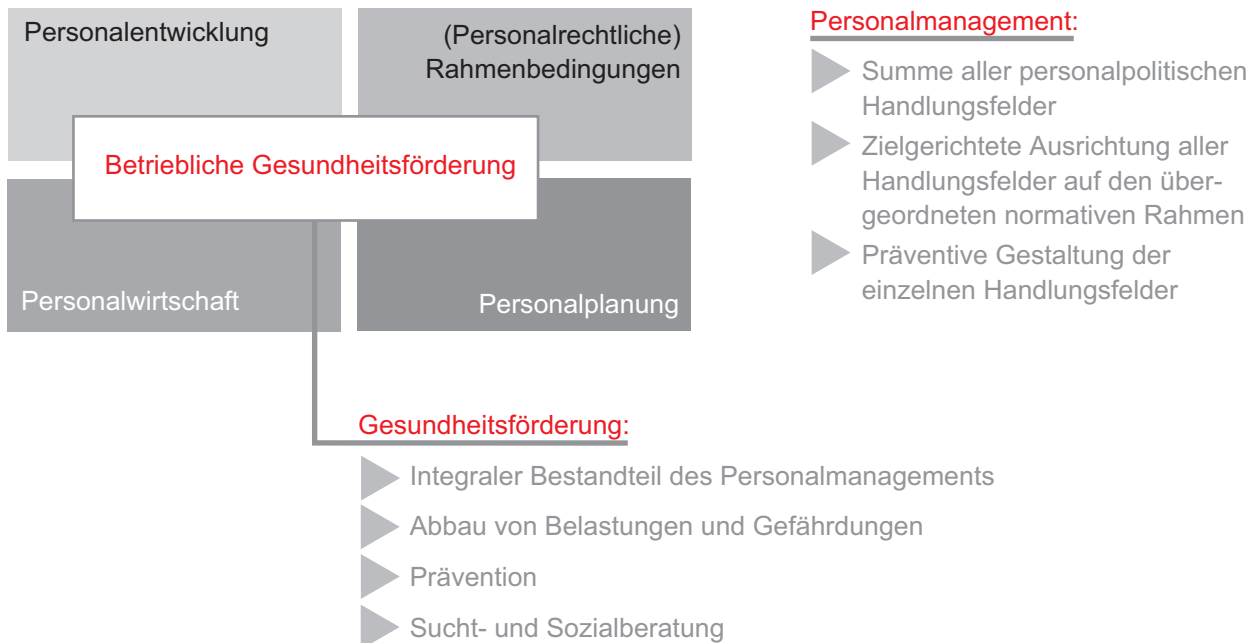
Unter dem Fokus der „Prävention“ tritt neben die Frage nach den krankmachenden Bedingungen und Faktoren gleichberechtigt die Frage, was gesund erhält, in den Mittelpunkt der Betrachtung der Gesundheitsförderung. Diese unterschiedlichen Sicht- und Herangehensweisen führen letztlich zu anderen und/oder zusätzlichen Handlungsansätzen und lassen betriebliche Gesundheitsförderung zu einem zentralen Handlungsfeld des Personalmanagements werden. Ansätze und Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung wirken darüber hinaus direkt in andere Felder des Personalmanagements hinein, dies wird am deutlichsten in der Personalplanung, dies gilt aber genauso für die Felder Personalwirtschaft, personalrechtliche Rahmenbedingungen und die Personalentwicklung.

Das vorliegende Konzept zur Gesundheitsförderung in der hamburgischen Verwaltung will den konzeptionellen Rahmen bilden, den diese braucht, damit alle in diesem Feld handelnden Personen und Institutionen von einem gemeinsamen - ganzheitlichen - Verständnis der Gesundheitsförderung ausgehen. Ansatz für die Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement ist das erklärte Ziel des Senats [s. Senatsdrucksache 2000/0754 Personalmanagement aus einem Guss], alle Felder des Personalmanagements ganzheitlich zu betrachten und die Gestaltung einzelner Handlungsfelder im Kontext der anderen Handlungsfelder sowie übergeordneter Zielsetzungen wie die der Verwaltungsmodernisierung, anderer programmatischer Ansätze (z.B. Projekt „Gesunde Städte“) und gesellschaftlicher Entwicklungen (z.B. der demografischen Entwicklung) auszurichten. Den Zusammenhang zwischen Personalmanagement und Gesundheitsförderung verdeutlicht Abbildung 1 auf der folgenden Seite.





Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement



Arbeitsgruppe "Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement"

Abb. 1

1.2 Elemente der Konzeption zur betrieblichen Gesundheits- förderung

Eine Konzeption, die den Anspruch hat, die betriebliche Gesundheitsförderung in das Personalmanagement zu integrieren, hat Folgendes zu leisten:

- Zu klären ist, auf welchen übergeordneten normativen Rahmen die Gesundheitsförderung auszurichten ist; hierzu gehören eine Definition des Begriffes Gesundheit, die Klärung der rechtlichen Grundlagen des Handelns in diesem Feld und die Klärung programmatischer Zielsetzungen von Senat und Bürgerschaft (z.B. Senkungen der krankheitsbedingten Ausfallzeiten). Dabei kann auf die bestehende Rechtslage und klar definierte Ziele und Aufträge (z.B. Senatsdrucksachen) zurückgegriffen werden.
- Zu definieren ist das Verständnis von Gesundheitsförderung, Ziele, Zielgruppen und mögliche Instrumente und Erfolgskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zu benennen sind außerdem Akteure und Beteiligte, deren Verantwortungsrahmen, Kernkompetenzen sowie deren fachliches und organisatorisches Zusammenwirken. Der Arbeitskreis Personalentwicklung hat für die Erarbeitung und Zusammenstellung dieser fachlichen Grundlagen eine Fach-AG Gesundheit beauftragt, deren Abschlussbericht hier zum Teil übernommen wird.

- Um die bereits bestehenden Angebote und Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die mit deutlich unterschiedlich ausgeprägten Institutionalisierungsgraden in den einzelnen Behörden und Ämtern bereits bestehen, besser nutzen zu können, sind Möglichkeiten der inner- und überbehördlichen Steuerung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung zu beschreiben.
- In einem weiteren Schritt sind Etablierung und Begleitung der Konzeption in der Praxis vorzuschlagen.

Die Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement wird demzufolge primär über die strategische Ausrichtung der Gesundheitsförderung an den normativen Zielen von Senat und Bürgerschaft geleistet, aber ebenso über die konsequente, aktive Gestaltung und Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne eines personalpolitischen Managementkreislaufs (Zielbildung, Ableitung von Maßnahmen, Erfolgskontrolle und erneute Zielbildung). Und letztlich wird auch auf der instrumentellen Ebene (vgl. Anhang Punkt 2) die enge inhaltliche Verknüpfung transparent.

Das vorliegende Konzept wendet sich vorrangig an die für die Gestaltung des Personalmanagements Verantwortlichen sowie die im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung/ Suchtberatung Tätigen und soll - neben dem konzeptionellen Rahmen - Ansätze und Möglichkeiten zur Steuerung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzeigen, die inner- und überbehördlich koordiniert und in das gesamte Personalmanagement integriert werden können.

2. Der normative Rahmen

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist an dem nachfolgend dargestellten normativen Rahmen auszurichten. Der normative Rahmen umfasst die maßgebliche Definition von Gesundheit, den rechtlichen Rahmen sowie programmatische Aussagen von Senat und Bürgerschaft (siehe Abbildung 2).

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Die 1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (1986) beschreibt in ihrer Definition von Gesundheit einen Zusammenhang zwischen subjektiver Handlungskompetenz und Erkrankungsrisiken:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmend verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen...“

2.1

Was ist Gesundheit? - Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)





Normativer Rahmen



Abb. 2

Diese Definition der Weltgesundheitsorganisation hat den bereits genannten Paradigmenwechsel eingeleitet, der zwischenzeitlich über die Stärkung des Präventionsgedankens in der internationalen und nationalen Gesetzgebung Eingang gefunden hat und der eine andere Perspektive für die Sensibilisierung gesundheitsförderlicher und –schädigender Prozesse und die Förderung und Erhaltung von Gesundheit ermöglicht: Nicht die Bekämpfung von Krankheit oder der Schutz vor Krankheitsrisiken stehen (allein) im Vordergrund der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie ist als Prozess anzulegen, der die Stärkung der Handlungskompetenz der Einzelnen zum Ziel hat, so dass Arbeits- und Lebensverhältnisse selbstverantwortlich verändert und persönliche, soziale und organisatorische Gesundheitspotenziale gefördert werden können. Auf diese Weise sollen Menschen befähigt werden, Ressourcen (im Sinne von individuellen Handlungsmöglichkeiten und Energien) zu erkennen und aufzubauen und damit ihre eigene Gesundheit aktiv zu stärken.

Hintergrund ist der theoretische Ansatz von Aaron Antonovsky, der Mitte der 80er Jahre tief greifende Veränderungen in der Gesundheitsförderung auslöste. Gesundheit und Krankheit werden dabei nicht als zwei voneinander abgrenzbare Zustände gesehen, sondern als Endpunkte eines Kontinuums. Alle Menschen bewegen sich Zeit ihres Lebens auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Solange wir leben, sind wir in einem gewissen Ausmaß gesund, wir bewegen uns nur auf unterschiedlichen Positionen dieses Kontinuums. Auf die Position und Entwicklungsrichtung wirken äußere und innere Reize (Stressoren). Stressoren

entfalten aber nicht generell "krank-machende" Mechanismen, sondern wirken je nach dem ob sie integriert oder abgewehrt werden können

- als Herausforderungen, die eine Entwicklung in Richtung des Gesundheitspols unterstützen,
- oder als Belastungen, die eine Entwicklung zum Krankheitspol hin bestärken.

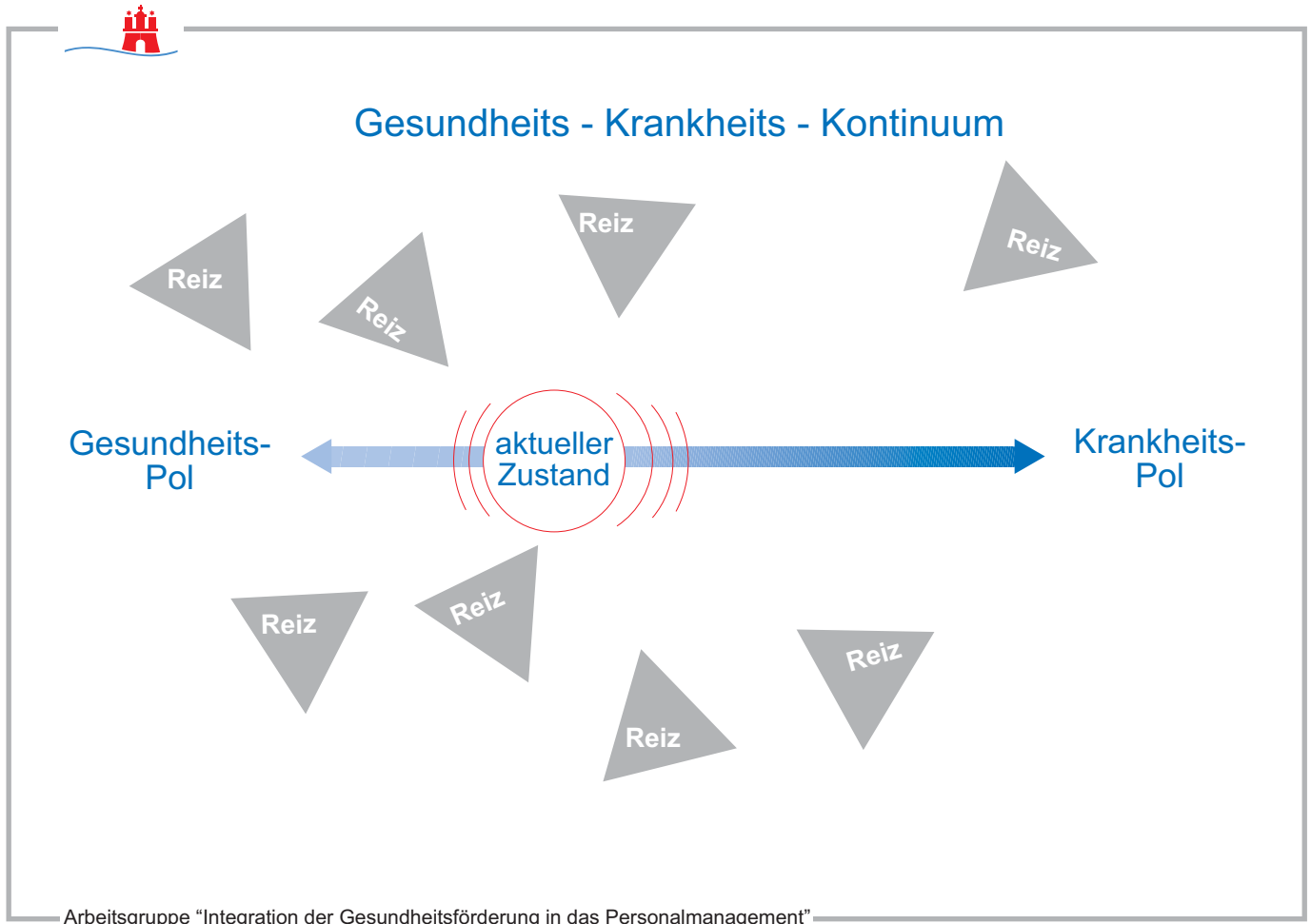


Abb. 3

Je eher Menschen innere und äußere Reize als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnehmen, über Ressourcen und Energien verfügen, den Anforderungen zu begegnen und den Eindruck gewinnen, dass sich Anstrengungen und Engagement lohnen, desto höher ist die Chance, dass sie diese Reize als Herausforderung empfinden. In diesem Fall wird eine Entwicklung in Richtung des Gesundheitspols stabilisiert und stimuliert. Vor diesem Hintergrund ist der Abbau von Reizen nicht per se gesundheitsförderlich, wichtiger ist es, den Einzelnen dabei zu unterstützen, bestärkende und fördernde Strategien im Umgang mit Stressoren entwickeln zu können (so genannte Coping-Strategien). Unternehmen brauchen dafür flexible, integrative und "lernende" Organisationsstrukturen.

Gesundheit ist vor diesem Hintergrund nicht ein „naturegebener“ Zustand, der "verloren" gehen kann; Gesundheit ist ein dynamischer Zustand, der immer wieder anzustreben und herzustellen ist und betriebliche Gesundheitsförderung hat die Aufgabe, organisationale Rahmenbedingungen dementsprechend mitzugestalten.



2.2 Der rechtliche Handlungs- rahmen

Die wichtigste Voraussetzung für erfolgreiche Gesundheitsförderung ist die Unternehmenskultur (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.1.2). Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung können dabei unterstützend wirken, da der Gesetzgeber z.T. bereits Verantwortlichkeiten und Aufgaben geklärt hat und daraus auch eine Verpflichtung zum Handeln im Feld Gesundheitsförderung abgeleitet werden muss.

2.2.1 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) - Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und menschengerechte Gestaltung der Arbeit

Eine einheitliche Rechtsgrundlage im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz für alle Tätigkeitsbereiche und Beschäftigungsgruppen auch im Öffentlichen Dienst wird erst 1996 mit dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) geschaffen, das die EG-Richtlinie Arbeitsschutz 89/391 EWG in nationales Recht umsetzt.

Ziele dieses Gesetzes sind neben der klassischen Verhütung von Arbeitsunfällen die im betrieblichen Gesundheitsschutz neuen Dimensionen "Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren" sowie die "menschengerechte Gestaltung der Arbeit" (§§ 1 und 2). Dabei ist der Arbeitgeber verpflichtet, die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu analysieren, zu dokumentieren und Maßnahmen einzuleiten, um ermittelte psychophysische Belastungen abzubauen (§§ 5 und 6). Arbeits- und Gesundheitsschutz soll in die betrieblichen Planungsprozesse und Entscheidungen integriert und prospektiv betrieben werden mit Hilfe eines Regelkreislaufs von Analyse des Ist-Zustands hin zu festzulegenden Maßnahmen, die dann zu evaluieren sind. Gleichzeitig sind die Beschäftigten über diese Maßnahmen zu informieren bzw. dazu zu hören (§14). Die Beschäftigten ihrerseits haben die betrieblichen Anstrengungen aktiv zu unterstützen (§§ 15/16 Vorschlagsrecht zu allen Fragen des Arbeitsschutzes im Betrieb). Der in der Gesundheitsförderung wesentliche Grundsatz der Partizipation wird hiermit also gesetzlich festgeschrieben.

Das im Arbeitsschutzgesetz festgelegte Ziel einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit verlangt eine ganzheitliche Betrachtung und Überprüfung aller Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz. Auf dem Prüfstand stehen Arbeitsumgebung, Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, Führungsverhalten etc.. Neben den hieraus resultierenden personenbezogenen Gestaltungsmaßnahmen muss eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Unternehmenskultur nachdrücklich gefördert und vorangetrieben werden, denn diese prägt ihrerseits das Verhalten der Beschäftigten. Erst Verhältnis- und Verhaltensprävention zusammen führen zu nachhaltigen Veränderungsprozessen.

2.2.2 Arbeitssicherheitsgesetz (ASIG) - Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen

Spezifiziert wird dies für die Arbeitswelt 1973 zunächst für Beschäftigte in der gewerblichen Wirtschaft im Arbeitssicherheitsgesetz (ASIG), das 1978 komplett auch für nicht-gewerbliche Berufe übernommen wurde. Es verpflichtet die Arbeitgeber, die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Vorschriften anzuwenden und sich dabei in allen Belangen der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz von den Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit sachkundig beraten zu lassen und zwar nicht nur in arbeitsphysiologischen

sondern auch in arbeitspsychologischen und arbeitsorganisatorischen Fragen. Ziel ist die Vermeidung "arbeitsbedingter Erkrankungen".

Damit wird erstmals der im staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutzrecht bisher übliche Blick auf physikochemische Belastungen erweitert auf "arbeitspsychologische und sonstige ergonomische" Aspekte.

2.2.3 Betriebliche Suchthilfe - Vereinbarung nach § 94 HmbPersVG

1994 wurde zwischen dem Senat und den Spitzenorganisationen der Gewerkschaften eine Vereinbarung zur betrieblichen Suchthilfe nach § 94 Hamburgisches Personalvertretungsgesetz (HmbPersVG) geschlossen. Demnach sind alle Dienststellen verpflichtet, eine betriebliche Suchthilfe einzurichten, zu konzeptionieren und durchzuführen; Näheres ist in Dienstvereinbarungen zu regeln. Mit dieser Dienstvereinbarung ist die so genannte Interventionskette geregelt, die den Umgang zunächst der Vorgesetzten, später der Dienststelle mit den Suchtkranken obligatorisch vorschreibt. Ziel der Interventionskette ist es gleichermaßen, die Verantwortung für die Suchterkrankung den Erkrankten (zurück) zu geben und sie auf ihrem Weg zu unterstützen, aber auch das betriebliche Umfeld der Erkrankten zu unterstützen.

2.2.4 Dienst- und Arbeitsrecht

- **Dienst- und arbeitsrechtliche Maßnahmen**
Welche Maßnahmen der Arbeitgeber und Dienstherr im Umgang mit erkrankten Beschäftigten ergreifen kann und/oder muss, ist im Dienst- und Arbeitsrecht abschließend geregelt. Das Spektrum der Maßnahmen bewegt sich hierbei zwischen Fürsorge und disziplinarischer Ahndung von Fehlverhalten. Ähnlich wie die Interventionskette im Umgang mit Suchtkranken zielen dienst- und arbeitsrechtliche Maßnahmen als Ultima-Ratio auch auf die Unterstützung des betrieblichen Umfeldes (dauerhaft) erkrankter Beschäftigter. Dienst- und arbeitsrechtliche Maßnahmen sind nicht Bestandteil betrieblicher Gesundheitsförderung.
- **Hamburgisches Personalvertretungsgesetz (HmbPersVG) / Mitbestimmung**
Maßnahmen zur Verhütung von Dienst- und Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und sonstigen Gesundheitsschädigungen unterliegen der Mitbestimmung der Personalräte. Die Verwaltung hat grundsätzlich alle Vorkehrungen dafür zu treffen, dass Dienst- und Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und sonstige Gesundheitsschädigungen verhindert werden. Um gerade in diesem Zusammenhang die Erfahrungen der Beschäftigten zu berücksichtigen, räumt § 86 Abs. 1 Nr. 16 des Hamburgischen Personalvertretungsgesetzes (HmbPersVG) der Personalvertretung ein Mitbestimmungsrecht an allen Maßnahmen der Unfallverhütung und des Gesundheitsschutzes ein. Das Mitbestimmungsrecht der Personalvertretung dient der vorbeugenden Bekämpfung von Unfall- und Gesundheitsgefahren. Maßnahmen zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen, bei denen die Personalvertretung mitzubestimmen hat, sind dabei nur solche, die auf den gesundheitlichen Arbeitsschutz abzielen und darauf gerichtet sind, die Beschäftigten vor konkreten Gefahren zu bewahren, die eine Tätigkeit an einem bestimmten Arbeitsplatz mit sich bringt. Der Personalvertretung steht kein Mitbestimmungsrecht zu, wenn die betreffenden Maßnah-



men gesetzlich vorgeschrieben sind oder durch eine allgemeine Regelung der obersten Dienstbehörde (Vereinbarung nach § 94 HmbPersVG) getroffen werden.

2.2.5 Sozialgesetzbuch (SGB)

- **SGB V – Neufassung des § 20 SGB V**

Der § 20 des Sozialgesetzbuches V wurde im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes neu gefasst und trat am 01.01.2000 in Kraft. Durch diese Änderung ist nun wieder eine finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Primärprävention möglich. Zur Umsetzung haben die Krankenkassen im Juni 2000 einen Handlungsleitfaden mit gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien als Grundlage für die Förderung erlassen. Zu den Handlungsfeldern gehören u.a. Bewegung, Stressreduktion, Vorbeugung und Prävention arbeitsbedingter körperlicher Belastungen. Ziel ist durch die Wiedereinführung der Förderung, den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren.

Werden bestimmte Voraussetzungen erfüllt, können Behörden bzw. Betriebe von den Krankenkassen gefördert werden. Damit eröffnet sich für die Behörden und Ämter eine Möglichkeit ggf. weitere finanzielle Ressourcen für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu erhalten.

- **SGB VII – Unfallversicherungsgesetz**

Seit 1996 ist der bisher auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beschränkte Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger entscheidend erweitert worden: Sie sind nun für die Verhütung aller arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zuständig (so genannter erweiterter Präventionsauftrag). Damit ist die Landesunfallkasse ein wesentlicher Ansprechpartner für die finanzielle Förderung und Unterstützung von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der hamburgischen Verwaltung.

- **SGB IX – Rehabilitation und Schwerbehinderung**

Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Regelungen des SGB IX bezüglich der Empfehlungen der Rehabilitationsträger und bezüglich der Präventionspflichten gegenüber den Schwerbehinderten von Interesse und zu berücksichtigen.

2.3 Programma- tische Ziel- setzungen von Senat und Bürger- schaft

Neben dem rechtlichen Rahmen prägen die programmatischen Aussagen von Senat und Bürgerschaft den normativen Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Diese Aussagen bewegen sich auf zwei unterschiedlichen Ebenen:

Im Kontext der Auseinandersetzung mit der jährlichen Berichterstattung über die durchschnittliche Krankenstandsquote im Unterausschuss Personalwirtschaft (seit 2002 UA Öffentliches Dienstrecht und Personalwirtschaft), haben Senat und Bürgerschaft wiederholt ihre Forderung nach einer Senkung der Krankenstandsquote und einer aktiven Gesundheitsförderung der Behörden und Ämter ausgedrückt. Gleiches gilt für die Diskussion im Senat und in der Bürgerschaft um Maßnahmen zur Senkung der vorzeitigen Dienstunfähigkeit [Bürgerschafts-Drucksachen 16/1356, 16/3076 und 16/4781 und Senatsdrucksache 2002/0044].

Diese Diskussionen haben sowohl eine klare personalpolitische als auch eine personalwirtschaftliche Dimension. Gerade der Grundsatz "Rehabilitation vor Versorgung" zeigt dies deutlich.

Die Diskussion von Senat und Bürgerschaft um das Projekt „Gesunde Städte“ haben dagegen eine gesundheitspolitische Dimension, die weit über die Zielgruppe der Beschäftigten der hamburgischen Verwaltung hinausgeht. Ziel ist eine integrierte Stadtpolitik im Sinne einer gesunden, sozialen und nachhaltigen Entwicklung der Stadt Hamburg für alle Bürgerinnen und Bürger. Dazu gehört z.B. die Koordination einer zielgerichteten Zusammenarbeit von Institutionen wie Behörden und Ämter, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Bildungseinrichtungen und der Ärzteschaft. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung macht es also durchaus Sinn das Expertenwissen und die Kontakte solcher Netzwerke zu nutzen.

3. Handlungsebenen und Zielsetzungen betrieblicher Gesundheitsförderung

Arbeitsbedingungen in einem von Misstrauen und Feindseligkeit geprägten Umfeld unter physisch ungünstigen Bedingungen, Tätigkeiten, die hohe Ansprüche stellen, aber keine nennenswerten Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung und Mitgestaltung anbieten, die keinen Stolz auf das Geleistete erlauben und Anerkennung nicht sicherstellen, sind Rahmenbedingungen, die die Anfälligkeit für häufiges Erkranken, Frühverrentungen und vorzeitigen Tod beträchtlich erhöhen. Sie führen zu einseitiger körperlicher Belastung und vorzeitigem Verschleiß, lösen Ängste und Hilflosigkeit aus und können damit die Immunabwehr und das Herz-Kreislauf-System schwächen. Vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses fördern solche Arbeitsbedingungen die Entwicklung hin zum Krankheitspool. Deshalb zielt betriebliche Gesundheitsförderung gleichermaßen auf die Stärkung der Handlungskompetenz des Einzelnen zur Erhaltung der eigenen Gesundheit (Verhaltensprävention) wie auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsverhältnisse (Verhältnisprävention). Gesundheits- und krankheitsfördernde Faktoren, die im Privatleben der Beschäftigten wirken, sind aus Sicht der Organisation nicht beeinflussbar und werden deshalb im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung auch nicht betrachtet. Fokussiert wird die Gestaltung der Arbeitsverhältnisse, dabei werden das räumliche und soziale Arbeitsumfeld, aber auch ablauforganisatorische Aspekte oder sonstige die Aufgabenwahrnehmung beeinflussende Faktoren mit einbezogen.

Im Einzelnen ergeben sich die in Abbildung 4 dargestellten konkreten und strategischen Handlungsebenen:

3.1 Handlungsebenen und Zielgruppen





Handlungsebenen betrieblicher Gesundheitsförderung "vor Ort"

Abbau von Belastungen

Aufbau von betrieblichen
Energien und Ressourcen

Räumliches Arbeitsumfeld

- Verbesserung der Arbeitssicherheit
- Abbau von Lärm-, Staub- und Geruchsbelastungen
- Moderne EDV-Ausstattung (z.B. strahlungsarme Bildschirme)

- Ergonomische Arbeitsplatzausstattung
- Schaffung von Sozialräumen: Kantinen, Pausen-, Fitnessräume, Teeküchen
- Ausstattung, Farbgebung, Beleuchtung

Soziales Arbeitsumfeld

- Konfliktmediation
- Coaching
- Betreuung langzeiterkrankter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Strategien gegen Mobbing
- Einzel- und Gruppensupervision

- Anerkennung und Wertschätzung
- Führungskräfteunterstützung
- Verbesserung von Führung und Zusammenarbeit, Verbesserung der personalen Führung
- Teamentwicklung, Gesundheitszirkel
- Kommunikationsförderung

Aufgaben und Arbeitsorganisation

- Arbeitszeitflexibilisierung
- Training-on-the-Job
- Job Enrichment
- Aufgabenkritik
- Job Rotation
- Job-Design

- Schaffung von Freiräumen und Gestaltungsmöglichkeiten
- Teamdesign
- MAVG
- Zielvereinbarungen und Commitments
- Mobilitätsförderung
- Projektarbeit und Prozesssteuerung
- AKV-Prinzip

Person

- Stressmanagement
- Rehabilitationsprogramme zum Abbau körperlicher Beschwerden
- Nichtrauchertraining
- Seh- und Rückenschulungen

- effektive Arbeitstechniken
- Suchtberatung
- Psychosoziale Beratung
- Zeitmanagement
- Förderung der körperlichen Aktivität
- Ernährungsberatung

Arbeitsgruppe "Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement"

Abb. 4

3.1.1 Handlungsebenen betrieblicher Gesundheitsförderung vor Ort

Subjektiv empfundene und objektiv vorhandene physische und psychische Belastungen und Herausforderungen am Arbeitsplatz können sich ergeben aus den Arbeitsmitteln, der Arbeitsorganisation, der Lage und Dauer der Arbeitszeit, den sozialen Beziehungen und den Arbeitsanforderungen. Da selten isoliert einzelne Ursachen für eine Erkrankung bestimmt werden können, müssen gesundheitserhaltende Maßnahmen immer das gesamte Arbeitssystem mit einbeziehen.

Betriebliche Gesundheitsförderung muss - wie dargestellt - auch auf klassischen Handlungsfeldern der Personalentwicklung agieren. Eine enge inhaltliche Verknüpfung betrieblicher Gesundheitsförderung wird vor diesem Hintergrund sowohl auf der Ebene der Ziele (vergl. Punkt 3.2.1) als auch der instrumentellen Ebene (vgl. Anhang Abschnitt 2) deutlich. Die Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in das Personalmanagement im Sinne eines personalpolitischen Managementkreislaufs (Zielbildung, Ableitung von Maßnahmen, Erfolgskontrolle und erneute Zielbildung) ist aus Sicht der Organisation also sowohl ergebnisorientiert wie kosteneffizient.

Wird die klassische Gesundheitsförderung im Sinne des Abbaus krankmachender Faktoren und der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im beschriebenen Sinne erweitert, vergrößert sich einerseits die Zielgruppe und andererseits das Spektrum der einzelnen Maßnahmen. Die traditionelle Orientierung lenkt den Blick auf die Analyse krankmachender Faktoren und deren Abbau und auf die Identifizierung Kranker und potenzieller Risikogruppen. Ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit als einem Kontinuum hingegen lenkt den Blick auf die Entwicklung von Möglichkeiten aktiver Adaption der uns allgegenwärtig umgebenden Stressoren, des so genannten "Copings". Diese Betrachtung eröffnet weitgehende Verknüpfungsmöglichkeiten von biologischen, psychosozialen und organisationspsychologischen Erkenntnissen.

3.1.2 Strategische Handlungsebenen betrieblicher Gesundheitsförderung

Wird betriebliche Gesundheitsförderung um eine strategische Dimension erweitert, ist die Unternehmenskultur mit der entscheidende Faktor für das Gelingen.



Abb. 5

Ein gesundheitsorientiertes Unternehmen sollte eine Kultur schaffen, in der Gesundheit einen zentralen Wert darstellt. Dazu gehört, den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten als ein dauerhaftes Unternehmensziel zu verstehen und zu verankern. Unter dem Begriff "Unternehmenskultur" ist ein Bündel von gelebten Zielsetzungen, Werten und Ritualen zu verstehen. Die in einem Unternehmen vorhandene Kultur spiegelt sich in der Art



und Weise wider, wie die vorgegebenen formalen Strukturen und (Geschäfts-) Prozesse in Alltagshandeln umgesetzt werden, nach welchen Grundsätzen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geführt und Entscheidungen getroffen werden, wie informiert und kommuniziert wird und wie sehr Offenheit, Transparenz und Vertrauen tatsächlich den Arbeitsalltag kennzeichnen. Unternehmenskultur kann nicht vorgegeben, wohl aber vorgelebt werden. Sie zeigt sich in erster Linie in der wechselseitigen Wertschätzung von Unternehmensleitung, Führungskräften und Beschäftigten sowie in der Anerkennung, die die Beschäftigten für ihre Arbeit erfahren.

Für die Praxis der Gesundheitsförderung im Unternehmen bedeutet dies:

Gesundheitsförderung kann nicht nur top-down verordnet werden – sie muss immer auch vorgelebt und sie sollte zugleich bottom-up erarbeitet werden, z.B. in Gesundheitszirkeln oder Projektgruppen. Eine Unternehmenskultur des Vertrauens schafft die Voraussetzung für Gesundheitsförderung. Die betriebliche Gesundheitspolitik kann aber auch umgekehrt als Instrument eingesetzt werden, um den Übergang von einer Kultur des Misstrauens zu einer Kultur des Vertrauens, der Offenheit und Kooperation zu erleichtern. Gesundheitsförderung eignet sich ggf. auch als vertrauensbildende Maßnahme, um einen möglicherweise ins Stocken geratenen Dialog im Unternehmen - über Abteilungsgrenzen und Hierarchieebenen hinweg - wieder in Gang zu bringen.

Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass das Modell des Copings - der erfolgreichen Bewältigung von inneren und äußeren Stressoren - nicht nur für den Organismus des Einzelnen gilt. Um in diesem Bild zu bleiben: Die Verwaltung ist einem extremen Veränderungsdruck (Stressor) ausgesetzt und benötigt zur erfolgreichen Bewältigung flexible und antizipierende Organisationsstrukturen sowie Beschäftigte, die aktiv und motiviert mit diesen Anforderungen umgehen können. Betriebliche Gesundheitsförderung muss vor diesem Hintergrund immer sowohl auf der Ebene der Beschäftigten wie auf der Ebene der Gesamtorganisation kohärent wirken.

Kohärenz setzt voraus, dass

1. Einwirkungen von innen und außen als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrgenommen werden können;
2. Ressourcen vorgehalten werden, um den Anforderungen begegnen zu können;
3. die Anforderungen als Herausforderungen erscheinen, die Anstrengung und Engagement lohnen.

Eine Organisation, die sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung des Gesundheitspols entwickeln will, braucht daher ein Klima, das offen ist für Impulse, Transparenz und Engagement. Dazu gehört vor allem die Einsicht von Führungskräften, dass Anerkennung und ein Empfinden der eigenen Bedeutsamkeit ein grundlegender Einflussfaktor auf die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist, aktiv für die eigene Gesundheit und Leistungsfähigkeit Sorge zu tragen. Damit wird auch deutlich, dass sich die Zielgruppen für betriebliche Gesundheitsförderung verändert haben. Die klassische Gesundheitsförderung richtete sich an bereits erkrankte Beschäftigte und Beschäftigte mit einem hohen Erkrankungs-

risiko. Ein modernes und von einem ganzheitlichen Verständnis getragenes Gesundheitsmanagement richtet sich potenziell an alle Beschäftigte einer Organisation.

Die Diskussion um Ziele und Erfolgskriterien in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist intensiv und offen zu führen, da in keinem anderen Feld des Personalmanagements so sehr die persönliche Betroffenheit der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berührt wird und gleichzeitig die organisationalen Interessen im Sinne aller Beschäftigten zu wahren sind. Sensibilitäten und Konfliktpotenziale sind somit vorgezeichnet.

3.2 Ziele, Erfolgskriterien und mögliche Konflikt- potenziale

3.2.1 Ziele

Werden die Ziele der Organisation mit denen der Beschäftigten verglichen, ergibt sich eine hohe Deckung, wie die folgende Abbildung veranschaulicht. Da zum Zeitpunkt der Konzepterarbeitung keine flächendeckende Mitarbeiterbefragung zu diesem Thema vorlag, werden die Ziele aus Ergebnissen von Gesundheitszirkeln und Erfahrungswerten aus den Fachbehörden und Ämtern geschlossen, sie sind in Mitarbeiterbefragungen noch zu verifizieren.



Abb. 6



Aus Sicht des Arbeitgebers und Dienstherrn leitet sich für betriebliche Gesundheitsförderung aus dem normativen Rahmen heraus eine personalwirtschaftliche und eine (personal)politische Dimension ab. Ausgangspunkt für die Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung oder auch allein die Umsetzung konkreter Maßnahmen ist zunächst in der Regel die Absenkung des Krankenstandes sowie die Vermeidung vorzeitiger Dienstunfähigkeit und der damit verbundenen Kosten. Ein hoher Krankenstand ist zudem eng verbunden mit Leistungs- und Qualitätseinbußen und auf dem Dienstleistungssektor natürlich auch mit einer Verminderung des Serviceangebots für die Bürgerinnen und Bürger.

Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil des Personalmanagements geht aber über die ökonomische Notwendigkeit hinaus und beinhaltet strategisch ausgerichtet an den normativen Zielen von Senat und Bürgerschaft auch eine soziale und ethische Verpflichtung. Gerade hier kann das Personalmanagement ansetzen und die hohe Deckungsgleichheit zwischen Organisations- und Mitarbeiterzielen nutzen, um einen auf breite Partizipation angelegten Prozess erfolgreich in Gang zu bringen.

Da die Gesundheit für den Einzelnen einen sehr hohen und zentralen Stellenwert einnimmt - und infolge dessen gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren am Arbeitsplatz meist auch als besonders belastend erlebt werden - kann angenommen werden, dass die Beschäftigten das Thema "Wertschätzung" auch mit der Art und Weise verbinden, wie ihr Arbeitgeber und Dienstherr betriebliche Gesundheitsförderung institutionell verankert und bewertet. Anders ausgedrückt: Die dahinter liegende Erwartung der Beschäftigten wäre, betriebliche Gesundheitsförderung auch mit einem den Prioritäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechenden Stellenwert zu betreiben.

Eine Organisation, die Gesundheitsförderung zu einem wesentlichen Bestandteil ihres Personalmanagements macht, drückt damit auch eine hohe Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten aus. Hier kann ein Zirkelschluss vermutet werden: Eine Organisation, die bereit ist, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu "investieren", fördert damit sicherlich auch die Bereitschaft des Einzelnen, aktiv zur Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit und der seiner Kolleginnen und Kollegen beizutragen und dies dürfte auch umgekehrt in einer negativen Verstärkung gelten.

Betriebliche Gesundheitsförderung darf dabei allerdings nicht missverstanden werden als Delegierung der Sorge um die eigene Gesundheit an den Arbeitgeber und Dienstherrn. Die primäre Verantwortung für den aktiven Erhalt und die Förderung von Gesundheit liegt bei den einzelnen Beschäftigten selbst. Betriebliche Gesundheitsförderung muss diese Bereitschaft aufgreifen, unterstützen und einbinden. Sie wird damit zu einem "verteilten Arbeitsfeld", dass sowohl von der Zielsetzung und den Zielgruppen wie auch von den Instrumenten her in das gesamte Personalmanagement integriert werden kann und muss.

3.2.2 Voraussetzungen für Erfolg

Für die Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit ist in erster Linie jede Mitarbeiterin / jeder Mitarbeiter selbst verantwortlich. Damit betriebliche Gesundheitsförderung Beschäftigte dabei erfolgreich unterstützen kann, muss das betriebliche Gesundheitsmanagement sowohl kulturell wie auch strukturell in die gesamte Organisation eingebunden werden. Damit ist auch die interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit der handelnden Akteure gesichert, ohne die betriebliche Gesundheitsförderung zum isolierten

Aufgabenbereich innerhalb des Unternehmens werden würde. Bevor einzelne Maßnahmen geplant werden, müssen Bedarfe analysiert und Ziele operationalisiert werden. Maßnahmen richten sich dabei immer an Person und Organisation und wirken auch auf beiden Ebenen. Grundlagen, Ziele und Ergebnisse eines strategisch abgesicherten Gesamtkonzepts werden offen kommuniziert und fördern damit die Bereitschaft aller Beschäftigten, sich aktiv zu beteiligen. Und nur die kontinuierliche und konsequente Umsetzung erhält die Partizipationsbereitschaft.

Zusammenfassend können folgende Kriterien für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung benannt werden:

- Das Unternehmen muss sich einen konkreten, ökonomisch nachweisbaren Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung versprechen.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich einen konkreten, individuellen Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung versprechen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung muss in die Führungskultur integriert werden.
- Betriebliche Gesundheitsförderung muss in betriebliche Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse eingebunden werden, damit Synergie-Effekte erzielt werden können. Dadurch kann außerdem eine breitere Zielgruppe erreicht werden.
- Die ersten Maßnahmen sollten in besonders belasteten Bereichen starten, weil dort die Effekte am besten sichtbar werden

3.2.3 Messbarkeit von Erfolg

Erfolgreiche Gesundheitsförderung braucht ein effektives Management und wird damit zu einer wesentlichen Aufgabe von Führungskräften. Sowohl gesundheitsschädigende wie auch gesundheitsförderliche Prozesse verlaufen sehr vielschichtig und auf unterschiedlichsten Handlungsebenen. Arbeits- und Gesundheitsschutz ist sowohl in aus gesellschaftlicher als auch aus betrieblicher Perspektive ursprünglich eine eigenständige humanitäre und soziale Aufgabe und unterlag insofern auch keinem fallweisen betriebswirtschaftlichen Begründungszwang oder hatte einen wirtschaftlichen Nutzen nachzuweisen. Dies hat sich in den letzten Jahren zunehmend verändert und die in der betrieblichen Gesundheitsförderung angestrebte Optimierung von Belastung und Beanspruchung der arbeitenden Menschen wird allgemein mit einem ökonomischen Prinzip verbunden. Die Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung ist vor diesem Hintergrund also durchaus auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu verstehen.

3.2.4 Evaluation durch Kennzahlen

Für die Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung werden klassische Kennzahlen wie z.B. die Fehlzeiten mit nicht-finanziellen Kennzahlen verknüpft. Es geht dabei darum, Faktoren wie Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit einzubeziehen und deren Einfluss auf den finanziellen Erfolg eines Unternehmens messbar zu machen. Weiche Faktoren beziehen sich auf Verhaltensweisen oder Einstellungen der Beschäftigten, Kooperationspartner eines Unternehmens und deren Kunden. Kundenzufriedenheit und Mitarbeitermotivation z.B. las-



sen sich nicht ausschließlich mit harten Daten messen, da sie von Verhaltensweisen und Einstellungen abhängen, die mit den klassischen Kennzahlen nicht zu erfassen sind. Konzepte wie Balanced Scorecard beziehen deshalb vier Perspektiven in das Kennzahlensystem ein:

- die finanzielle Perspektive;
- die Kundenperspektive;
- die innere Prozessperspektive
- und die Lern- und Entwicklungsperspektive (letztere stellt die notwendige Infrastruktur zur Erreichung der Ziele der ersten drei Perspektive dar).

Dabei werden drei Hauptkategorien unterschieden: Qualifizierung von Beschäftigten, Leistungsfähigkeit des Informationssystems sowie Wohlbefinden, Motivation und Zielausrichtung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Vermeidung von Gesundheitsstörungen stellt ein Nutzenpotenzial dar, das sich vor diesem Hintergrund ökonomisch quantifizieren lässt.

Aus betrieblicher Sicht dient die Gesundheitsförderung, neben den sozialen und ethischen Zielen, der Vermeidung von Störungen im Produktionsprozess. Daraus lassen sich u.a. folgende quantitativen und qualitativen Kennzahlen ableiten:

- Mitarbeiterzufriedenheit;
- Mitarbeitermotivation;
- Kundenzufriedenheit;
- Wirtschaftlichkeit;
- Grad der Auftragserfüllung;
- Termintreue;
- Qualitätssicherheit;
- Fehlzeiten.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, sollte die Mitarbeiterzufriedenheit in Hinblick auf die Arbeitsbedingungen und –organisation, Führungsstil, Beteiligungschancen, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Arbeitsklima, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung differenziert erhoben werden.

Häufig wird die Fluktuationsrate als weitere Kennzahl genutzt. Für die Verwaltung mit ihren spezifischen Arbeitsverhältnissen ist eine geringe Fluktuationsrate aber eher eine negative Kennzahl, weil damit eine geringe Mobilität auf dem internen Arbeitsmarkt ausgewiesen wird, was einen Verzicht auf interne Qualifizierungsmöglichkeiten bedeutet. Hier wird sichtbar, dass betriebswirtschaftliche Kennzahlen nicht immer im Verhältnis 1:1 für den öffentlichen Sektor übernommen werden können, weil sie – wie die Kennzahl Fluktuation besonders deutlich zeigt – anders bewertet und interpretiert werden müssen.

Um die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu überprüfen, können unterschiedliche Kennzahlen bzw. Indikatoren einzeln oder in einer Verknüpfung miteinander genutzt werden. Eine klassische Korrelation ist z.B. die Anzahl der kurzfristigen Fehlzeiten (1-3 Tage) und die Mitarbeiterzufriedenheit. Untersuchungen zeigen,

dass in Bereichen mit hoher Anzahl an Kurzfristabwesenheiten oft auch die Mitarbeiterzufriedenheit deutlich geringer ist und umgekehrt.

3.2.5 Fehlzeiten als Kennzahl

Die Fehlzeitenquote ist als Indikator für eine Erfolgskontrolle betrieblicher Gesundheitsförderung nur bedingt geeignet. Dies hat zum einen mit der bereits beschriebenen Komplexität gesundheitlicher Prozesse zu tun, zum anderen werden mit der Größe "Fehlzeiten" sehr unterschiedliche Daten erfasst. Die Begriffe "Fehlzeiten", "Krankenstand" und "Absentismus" werden in der Literatur nicht allgemeingültig und exakt definiert, so dass verschiedene empirische Untersuchungen nicht oder nur unzureichend miteinander vergleichbar sind und damit auch Aussagen aus Vergleichsanalysen ein sehr verzerrtes Bild ergeben können.

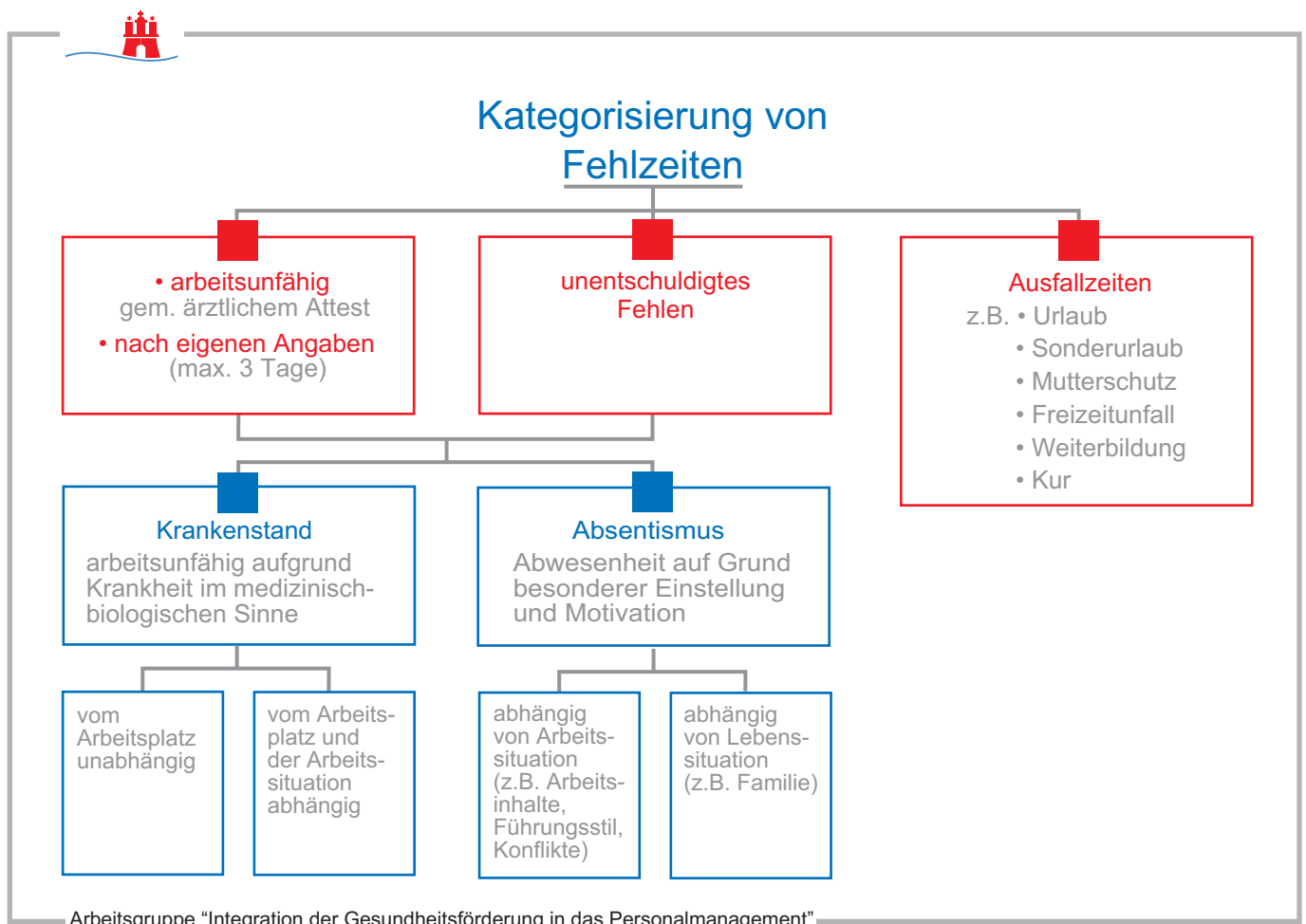


Abb. 7

Vorstehendes Schaubild verdeutlicht die unterschiedlichen Kategorien, in die der allgemeine Begriff "Fehlzeiten" untergliedert werden kann:

Eine begriffliche Unterscheidung kann hilfreich sein, um Größenordnungen abzuschätzen und problemadäquate Maßnahmen planen zu können. Motivationsbedingte Fehlzeiten sind beispielsweise eher über Integrationsgespräche beeinflussbar und verlangen einen systematischen Check des sozialen Arbeitsumfeldes. Ausschließlich krankheitsbedingte Fehlzeiten sind eher über die klassischen Instrumente der Gesundheitsförderung beeinflussbar (Ernäh-



rung, Rückenschule, ...). Ein gewisser "Krankheitssockel" (z.B. der klassische Beinbruch) wird in jeder Abwesenheitsstatistik auch nach der Implementierung eines effizienten Gesundheitsmanagements erhalten bleiben. Interessant für die betriebliche Gesundheitsförderung ist vor allem die Grauzone der motivationsbedingten Abwesenheiten und Erkrankungen. Auch die unspezifischen Krankheitsbilder, die in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben, sind durch gezielte Präventivmaßnahmen beeinflussbar.

Die Fehlzeitenquote hat nichtsdestotrotz eine wesentliche Funktion im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Hohe Fehlzeitenquoten sind in der Regel der Impuls für die Planung und konsequente Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit diese Kennzahl ihre Warnfunktion erfüllen kann, sind allerdings klare Differenzierungen und Aufschlüsselungen notwendig.

3.2.6 Abbildung und Funktion von Fehlzeitendaten

In enger Kooperation mit dem zentralen Personalcontrolling werden zurzeit von der zentralen Personalentwicklung die Grundlagen für ein Fehlzeitenmanagement erarbeitet, das strategisch und methodisch mit der betrieblichen Gesundheitsförderung verknüpft ist. Ein wesentlicher Bestandteil des Fehlzeitenmanagements ist die verständliche und einheitliche Abbildung von Fehlzeitendaten.

Durch die in 2000 erfolgte Umstellung der Erhebungsmethode der krankheitsbedingten Fehlzeiten von einer Stichtagserhebung auf eine Vollerhebung aus dem Personalabrechnungs- und Verwaltungssystem PAISY heraus, liegen erstmals differenzierbare Daten vor, die dem Management zur Steuerung verfügbar gemacht werden können. Die Daten werden deshalb nach folgenden Kriterien aufbereitet:

- Einzelpläne bzw. Einrichtungen und Landesbetriebe;
- Statusgruppen;
- Geschlecht;
- Berufskategorien;
- Alter;
- Krankheitsdauer (1 bis 3 Tage, 4 bis 10 Tage, 11 bis 20 Tage, 21 bis 30 Tage, mehr als 30 Tage);
- Monatliche Ausfalltage im Jahresverlauf;
- Fehlzeitenquote als Anteile der Fehltage an der Sollarbeitszeit;
- Häufigkeit von Erkrankungen und Neuerkrankungen nach Wochentagen;
- Anteil der Langzeiterkrankten an den krankheitsbedingten Fehltagen insgesamt;
- Bezahlte und unbezahlte Fehlzeiten.

Unter Fehlzeiten werden dabei ausschließlich Abwesenheiten wegen Krankheit, Unfall und Kur. Der Mutterschutz, der ebenfalls zu den bezahlten Abwesenheiten gehört, wurde nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Fehlzeiteauswertungen werden jährlich im zentralen Personalbericht veröffentlicht. Die Erhebungsmethoden sind in einem Kennzahlenblatt dokumentiert, das das zentrale PersonalControlling mit PersonalControllern aus den Behörden und Ämtern erarbeitet hat und den Fachkräften zusammen mit anderen Kennzahlen in einem Kennzahlenbuch zur Verfügung stellt. Damit Fehlzeitendaten auch aussagefähig sind, müssen sie allerdings von Struktureinflüssen bereinigt werden. Dazu gehören z.B. die Altersstruktur, aber ggf. auch Beschäftigtengruppen, die einem besonderen Erkrankungsrisiko unterliegen wie z.B. Schwerbehinderte.

Es ist außerdem zu diskutieren, ob nicht auch die kurzfristigen Fehlzeiten von Beschäftigten in besonderen sozialen Lebenslagen (z.B. Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder kleiner Kinder) die Ergebnisse über Kurzfristerkrankungen verzerren und die Daten daher auch in dieser Hinsicht strukturell bereinigt werden müssen, um sinnvolle Aussagen für die betriebliche Gesundheitsförderung möglich zu machen. So aufbereitete krankheitsbedingte Fehlzeitendaten können klarere und eindeutige Signalfunktionen übernehmen. Das dezentrale Berichtswesen, das in den Fachbehörden und Ämtern aufgebaut wird, muss die Fehlzeitendaten nach den genannten Kriterien differenzieren, um die problemadäquate Maßnahmenplanung betrieblicher Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Wenn z.B. bei einer detaillierten Auswertung deutlich wird, dass die Abwesenheitsquote einer Organisationseinheit in nicht unerheblichem Ausmaß von kurzfristigen Erkrankungen geprägt ist, kann die weitere Differenzierung in Geschlecht, Arbeitszeitumfang und Alter Hinweise für die Entwicklung passgenauer Maßnahmen anbieten. So sind für Bereiche mit hohem Frauenanteil in Vollzeitbeschäftigung andere Angebote möglich als für Bereiche mit ausgewogenem Frauen-Männer-Anteil und hoher Teilzeitdichte. Erfahrungsgemäß decken Teilzeitkräfte viele krankheitsbedingte Ausfallzeiten mit ihren arbeitsfreien Tagen ab, so dass eine hohe Abwesenheitsquote in einem Bereich mit vielen Teilzeit-Beschäftigten deutlich anders zu interpretieren ist als eine vergleichbare Quote in einem Bereich mit vielen Vollzeit-Beschäftigten. Auch der Ansatz des Gender Mainstreamings ist gerade im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgesprochen wichtig, da Ergebnisse der Gesundheitsforschung einen deutlich geschlechtsspezifischen Umgang mit Gesundheitsthemen ausweisen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Frauen und Männer klar zu unterscheidende Zielgruppen für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind.

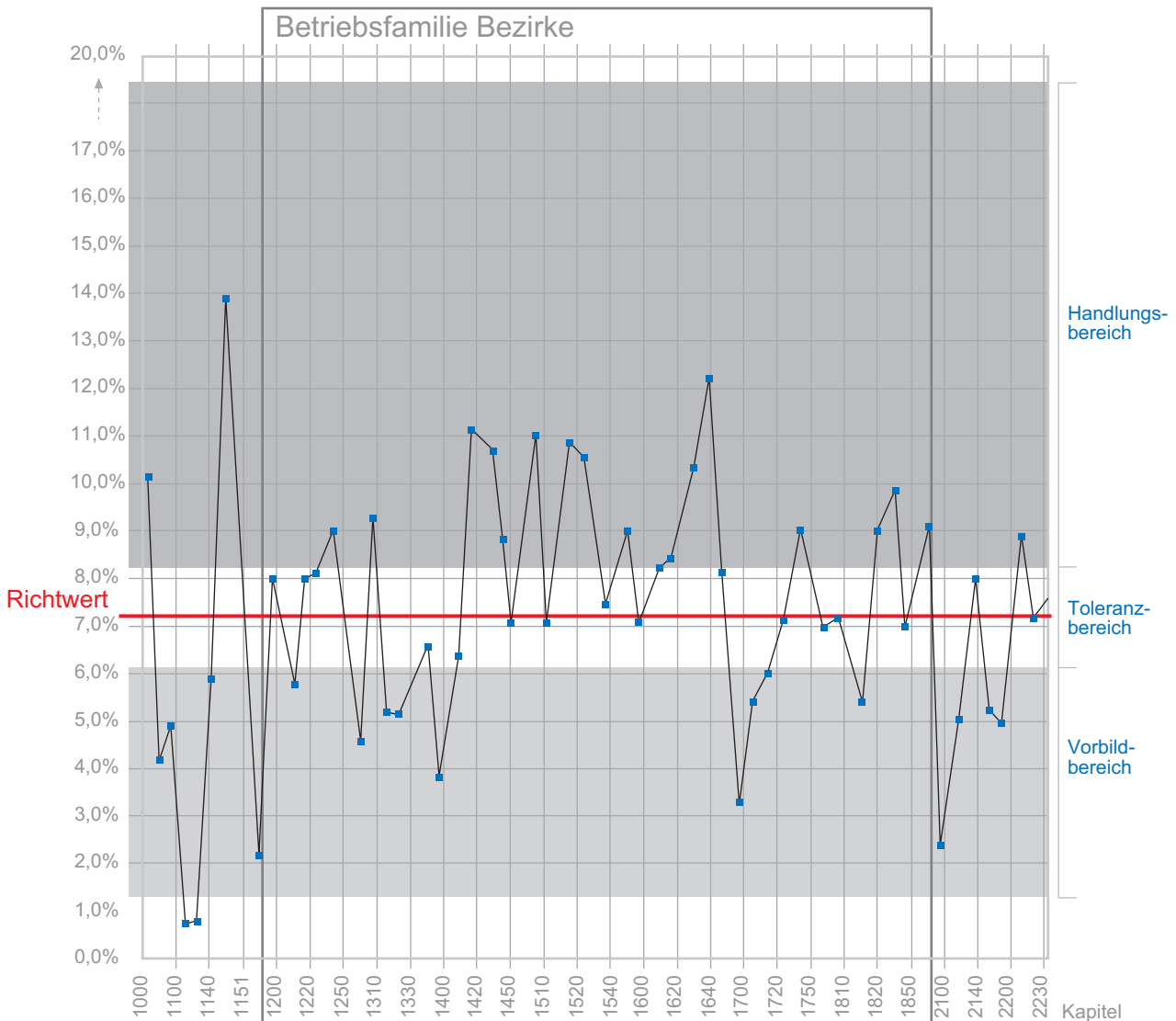
Die folgende Abbildung zeigt exemplarisch auf, wie eine Differenzierung von Fehlzeitendaten Vergleichbarkeit herstellen kann und Fehlzeiten so eine Signalfunktion für die betriebliche Gesundheitsförderung übernehmen können:





Fehlzeiten

Fehlzeitenquoten nach Berufskategorie und Kapitel
- Berufskategorie Bürofachkräfte (Stand 30.9.2001) -



Arbeitsgruppe "Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement"

Abb. 8

Die Abbildung zeigt die stark differierende Höhe der Fehlzeitenquote für die Berufskategorie der Bürofachkräfte in verschiedenen Kapiteln. Der Richtwert errechnet sich hier aus der durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeitenquote einer Berufskategorie über alle Kapitel und beinhaltet keine wertende Aussage. Der Richtwert und ein vorher zu definierender Toleranzbereich drücken lediglich den „Normalfall“ im erhobenen Zeitraum aus. Ein Toleranzbereich sollte deshalb immer zum Durchschnitt hinzu gerechnet werden, um eine mögliche Verzerrung des Gesamtbildes aufgrund statistischer Besonderheiten (z.B. mehrere Langzeit-erkrankungen in einem besonders kleinen Personalkörper) zu berücksichtigen.

Fehlzeitendaten, die unterhalb des Toleranzbereichs liegen, weisen auf Organisations-einheiten hin, die im Bereich der Gesundheitsförderung evtl. vorbildlich agieren. Hier können

möglicherweise durch eine genaue Analyse im Sinne des Modells „best practice“ Erkenntnisse für effektive gesundheitsförderliche Maßnahmen gewonnen werden. Fehlzeiten, die oberhalb des Toleranzbereichs liegen, weisen auf einen Handlungsbedarf hin, der immer im Einzelfall – also in der betreffenden Organisationseinheit – geklärt werden muss.

Um die Vergleichbarkeit der Fehlzeitendaten abzusichern, können z.B. betriebliche Risikogruppen gebildet werden, die nach bestimmten Berufs- und Tätigkeitsmerkmalen definiert werden. Weitere Möglichkeiten sind generelle Differenzierungen nach Fachbehörden und Bezirksamtern, ähnlich wie dies in großen Unternehmen unter dem Stichwort Bildung von Betriebsfamilien gemacht wird oder die Bildung von Vergleichsringen (IKO-Netz). Fehlzeitenquoten können außerdem in ihrer Streuung analysiert werden nach Organisationszugehörigkeit oder besonderen Arbeitsplatzmerkmalen (z.B. Schichtarbeit, Publikumsdienste).

Fehlzeitendaten als Kennzahlen sind damit keine Zielkennzahlen im Sinne anzustrebender Quoten, sondern bieten über ihre Vergleichbarkeit mit anderen Organisationseinheiten eine Warnfunktion, die es ermöglicht, gezielt Problembereiche zu identifizieren und dort über vertiefende Analyse zu effektiven und passgenauen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu kommen.

3.2.7 Umgang mit Fehlzeitendaten

Gerade im Umgang mit Fehlzeitendaten zeigt sich für Beschäftigte einer Organisation das Thema Wertschätzung sehr deutlich. Die Bereitschaft, für die eigene Gesundheitsförderung Verantwortung zu übernehmen, ist in der Regel bei den Beschäftigten sehr hoch. Unternehmen, die unter dem Stichwort der betrieblichen Gesundheitsförderung nur Vorgaben zur Absenkung der krankheitsbedingten Fehlzeiten verstehen, erreichen damit sicherlich kurzfristige Kostenziele, erzielen aber mittel- und langfristig eher demotivierende Effekte, wenn es darum geht, eigene Gesundheitspotenziale auch im Sinne des Erhalts der Leistungsfähigkeit selbstverantwortlich zu fördern. Außerdem verlangt der Umgang mit Fehlzeitendaten ein hohes Maß an Sensibilität, um nicht ein Klima von Misstrauen und Repression zu erzeugen. Deshalb ist zum einen sicherzustellen, dass Fehlzeitendaten anonymisiert bleiben. Zum anderen muss allen Beteiligten deutlich sein, dass Fehlzeitendaten Möglichkeiten aufzeigen können, negative Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu identifizieren und abzubauen. Krankheitsbedingte Abwesenheiten bedeuten auf der individuellen Ebene Leid, Schmerz und Beeinträchtigungen. Dies gilt in der Regel auch für die motivationsbedingten Fehlzeiten, denn dahinter verbergen sich häufig entmutigte, demotivierte und unter- oder überforderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Da die finanziellen und personellen Ressourcen, die wir für betriebliche Gesundheitsförderung aufwenden können, begrenzt sind, brauchen wir Indikatoren, die aufzeigen, wo und in welcher Form spezielle Maßnahmen zur Gesundheitsprävention sinnvoll sind.

3.2.8 Mögliche Konfliktpotenziale

Obwohl es in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine hohe Deckungsgleichheit bei Beschäftigten- und Organisationsinteressen gibt, existieren nichtsdestotrotz natürlich auch Konfliktpotenziale und Stolpersteine. Sie auszusparen kann bedeuten, innerhalb der Umsetzungsphase mühsam Interessensgegensätze ausgleichen zu müssen, immer wieder



gegen Widerstände anzukämpfen und manchmal sogar zu scheitern. Erfahrungsgemäß ist es effizienter, mögliche Widerstände und Quellen von Konflikten frühzeitig zu identifizieren und in die Planung mit einzubeziehen. Auch wenn eine konkrete Analyse nur maßnahmebezogen sein kann, gibt es einige "klassische" Konfliktfelder, die bedacht werden sollten.

- Übereinstimmung von Zielsetzungen und dem alltäglichen Erleben der Beteiligten?
Das Bekenntnis zur Förderung von Gesundheit und die davon abgeleiteten Ziele wie z.B. Motivation und wertschätzender Umgang miteinander können schnell einen "Präambel-Charakter" annehmen, wenn sie nicht im beruflichen Alltag gelebt werden. Die daraus entstehenden Frustrationen werden dann das Klima sogar noch weiter verschlechtern. In so einem Fall wirkt betriebliche Gesundheitsförderung z.T. eher kontraproduktiv, weil Widersprüche nicht offen gelegt werden, sondern "mit schönen Worten" verdeckt werden sollen. Die Bereitschaft der Beteiligten, zur Veränderung der Situation beizutragen, sinkt dann oft beträchtlich. Expertinnen und Experten raten daher, bei der Formulierung der Ziele mit weichen Faktoren realistische kurz-, mittel- und langfristig angestrebte Veränderungen deutlich zu machen und auch kleinste Entwicklungen explizit zu würdigen.
- Akzeptanz für die Problembeschreibung durch Betroffene?
Beschäftigte wissen oft am genauesten, wo es an ihrem Arbeitsplatz "kriselt", was krank macht und wo motivierende Herausforderungen liegen, die keinesfalls als Belastungen kategorisiert und abgebaut werden dürfen. Für die Erarbeitung maßgeschneiderter Lösungsvorschläge ist das Erfahrungswissen der Betroffenen unverzichtbar, ihre Beteiligung dient der Feinanalyse. Eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für die Planung und Schwerpunktsetzung einzelner Maßnahmen ist daher die Problembeschreibung durch Betroffene. Schwierig wird es immer dann, wenn diejenigen, die entscheiden, welche Konsequenzen abgeleitet werden müssen, die Einschätzung der Betroffenen nicht akzeptieren und zu anderen Schlussfolgerungen kommen. Betriebliche Gesundheitsförderung läuft dann Gefahr, in der Auseinandersetzung der unterschiedlichen Akteure instrumentalisiert zu werden, um eigene Interessen durchzusetzen. Bei unterschiedlichen Auffassungen und Interpretationen von Problemlagen sollte daher eine externe Moderation in Anspruch genommen werden, um Vertrauen und Transparenz (wieder) herzustellen und eine konsensfähige Entscheidung treffen zu können.
- Modernisierungsmüdigkeit bei den Beschäftigten?
Die hamburgische Verwaltung hat zu Beginn der 90er Jahre einen partizipativ angelegten Modernisierungsprozess angestoßen. In Organisationseinheiten, in denen die Beschäftigten in der Vergangenheit nicht nur positive Erfahrungen mit der Beteiligung an Veränderungen gemacht haben, wird die Bereitschaft, sich für betriebliche Gesundheitsförderung zu engagieren, voraussichtlich nicht sehr hoch sein. Betriebliche Gesundheitsförderung lebt aber von einer breiten Unterstützung der Beschäftigten. Hier kann ein Kreislauf von immer neuen Misserfolgserfahrungen und zunehmender Ablehnung partizipativer Modelle entstehen. In negativ vorbelasteten Bereichen muss also evtl. eine Phase der Aufarbeitung vorgeschaltet werden, bevor mitarbeiterorientierte Instrumente greifen können.
- Konstruktiver Umgang mit Einwänden?
Bei der Vorstellung eines Konzeptes zur betrieblichen Gesundheitsförderung schlägt den Akteurinnen und Akteuren häufig gerade von Vorgesetzten eine eher ablehnende Haltung entgegen. Statt partizipativ angelegter Instrumente zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit

werden eher Sanktionsmöglichkeiten gefordert wie sie u.a. in der Autoindustrie eine Zeit lang praktiziert wurden. Dahinter steht die Vermutung, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich seltener krank melden, wenn der Anwesenheitsdruck erhöht wird und von entsprechenden auch disziplinarischen Repressionen begleitet wird. Diese Einwände zu ignorieren, kann die Akzeptanz für betriebliche Gesundheitsförderung massiv gefährden. Eine offene Diskussion über Vor- und Nachteile repressiver Instrumente und deren kurz-, mittel- und langfristige Wirkungen, Informationen über den aktuellen Stand wissenschaftlicher Begleitforschungen und eine genaue Analyse der Erfahrungswerte der Vorgesetzten sind zwar zeitaufwändig, ersparen den Beteiligten aber zermürende Auseinandersetzungen in der Umsetzungsphase.

4. Rollen, Aufgaben und Kompetenzen im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung gibt es bereits seit einigen Jahren innerhalb der hamburgischen Verwaltung. In den verschiedenen Behörden und Ämtern existieren aber zum Teil sehr unterschiedliche inhaltliche und konzeptionelle Vorstellungen. Hier ist die Frage, ob ein solches Vorgehen zeitgemäß ist und wie wir sicherstellen können, dass tatsächlich auch immer wieder neue Erkenntnisse und Ergebnisse der Forschung in unser Handeln einfließen. Ein Blick auf die bisherigen Ansätze offenbart aber auch, welche Kompetenzen bereits vorhanden sind und welche Anknüpfungspunkte sich ergeben können.

4.1 Bisherige Ansätze der betrieblichen Gesundheits- förderung

4.1.1 *Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Arbeitsmedizin*

Es gibt mittlerweile in den Behörden und Betrieben der FHH zahlreiche Beispiele für Gesundheitsförderungsprojekte, die von den Betriebsärztinnen und -ärzten des Arbeitsmedizinischen Dienstes (AMD) initiiert worden sind und Elemente der Verhältnisprävention mit solchen der Verhaltensprävention verknüpfen.

Die detaillierte Kenntnis der Arbeitsplätze und der Arbeitssituation aber auch des Gesundheitszustandes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind für die Betriebsärztinnen und -ärzte Grundlage bei der Beratung der Behörden hinsichtlich gesundheitsförderlicher Organisationsstrukturen und Arbeitsweisen.

4.1.2 *Betriebliche Gesundheitsförderung als erweitertes Arbeitsfeld der Suchtberatung*

Betriebliche Gesundheitsförderung wird zunehmend als Arbeitsfeld von Suchtberaterinnen und Suchtberatern verstanden. Ausgehend von spezifischen Problemstellungen Suchtkranker werden suchtpreventive Maßnahmen eingeleitet und Angebote vorgehalten, die in den Bereich Gesundheitsförderung hineinreichen (z.B. Teamentwicklungsmaßnahmen, überbehördliche Projekte). Eine Vernetzung von Suchthilfe und Gesundheitsförderung wird angestrebt und z.T. schon verwirklicht, konzeptionelle Grundlagen dafür wurden und werden erar-



beitet. Der Kreis der Suchtberaterinnen und Suchtberater hat damit den Impuls gegeben, die behördlichen Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung konzeptionell und organisatorisch miteinander zu verknüpfen.

4.1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Personalentwicklung

Hier wird betriebliche Gesundheitsförderung als Bestandteil der Personalentwicklung verstanden. Dieser Ansatz betreibt Verhaltens- und Verhältnisprävention gleichwertig und bietet individuelle Leistungen für betroffene Personen und Bereiche an. Aus erkannten Problemlagen heraus (z.B. hoher Krankenstand) werden Fortbildungsmaßnahmen eingeleitet, die die Arbeitszufriedenheit und Motivation erhöhen sollen und spezielle Angebote zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit vorgehalten.

4.1.4 Betriebliche Gesundheitsförderung als „verteiltes Arbeitsfeld“ des Personalmanagements

Hier wird betriebliche Gesundheitsförderung als dauerhaftes, viele Bereiche berührendes Unternehmensziel verstanden. Dieser ganzheitliche und erweiterte Ansatz bezieht sowohl die Ebene der Verhältnis- wie auch die der Verhaltensprävention mit ein. Alle eingeleiteten Maßnahmen zielen dabei auf den Abbau von Belastungen, den Aufbau von Ressourcen und Unterstützung in der Entwicklung von Coping-Strategien sowohl auf der Ebene des Einzelnen wie der gesamten Organisationseinheit. Um Maßnahmen zu planen, zu koordinieren und zu evaluieren werden Daten und Erkenntnisse aus unterschiedlichen Quellen genutzt (z.B. Krankenstandsberichte, Gefährdungsanalysen, Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews) und zusammengeführt (Betrieblicher Gesundheitsbericht). In besonders betroffenen Bereichen können Gesundheitszirkel eingesetzt werden. Die Bedeutung betrieblicher Gesundheitsförderung kann durch die Einrichtung eines dauerhaften, hierarchisch hoch aufgehängten behördlichen Steuerungsgremiums bekräftigt werden, das über Entscheidungskompetenzen verfügt, den Ressourceneinsatz steuert, betriebliche Gesundheitsdaten sammelt und bewertet und auch außerbetriebliche Instanzen einbeziehen kann (Arbeitskreis Gesundheit).

Fazit:

Die bisherigen Organisationsmodelle für betriebliche Gesundheitsförderung in der hamburgischen Verwaltung sind verstärkt in das Personalmanagement zu integrieren und miteinander zu verknüpfen, damit Ressourcen besser genutzt werden können und eine einheitliche strategische Ausrichtung sichergestellt ist.

In dem personalpolitischen Handlungsfeld „betriebliche Gesundheitsförderung“ wirken verschiedene Personen, interne organisatorische Einheiten und externe Institutionen, deren Verantwortungsspektrum und –reichweite variieren und die unterschiedliche (fachliche und methodische) Kompetenzen mitbringen. Unabhängig davon, ob diese Personengruppen und Einheiten ihre Rolle und Aufgaben tatsächlich wahrnehmen, kann ein Soll-Bild aufgezeigt werden, dass klare Verantwortungszuschreibungen ermöglicht:

4.2 Soll-Bild eines Verantwortungs- und Kompetenzspektrums

4.2.1 *Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter*

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernehmen die Verantwortung für die Gestaltung ihrer persönlichen Lebensumstände und bringen sich aktiv in die Gestaltung ihrer Arbeitsverhältnisse ein. Sie tragen eine Mit-Verantwortung für das Wohlbefinden ihres betrieblichen Umfeldes, insbesondere ihrer Kolleginnen und Kollegen. Ihr Kommunikations- und Kooperationsverhalten prägt das Betriebsklima und die innerbetriebliche Kommunikation. Sie holen sich das für Gesundheitsförderung notwendige Wissen und verhalten sich selbstverantwortlich und gesundheitsbewusst, ihre Vorgesetzten unterstützen sie auf diesem Weg.

Ihre Kernkompetenz sind das Wissen um den eigenen Gesundheitszustand und das eigene Leistungsvermögen sowie das Wissen um belastende oder förderliche Faktoren. Darüber hinaus verfügen nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die erforderliche Problemlösekompetenz. Je ausgeprägter ihre kommunikativen und kooperativen Kompetenzen sind (Teamfähigkeit), desto besser kommen die anderen Kompetenzen zum Tragen.

4.2.2 *Die Führungskräfte*

Wie in anderen Feldern der Personalentwicklung trägt auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung die Führungskraft vor Ort Verantwortung dafür, dass Bedarfe erkannt und im Dialog mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. An die Stelle der strukturellen Stressoren (z.B. Monotonie, Akkordarbeit) sind überwiegend subjektive, sozial konstruierte Stressoren getreten, die von Führungskräften gezielt beeinflussbar sind. Deshalb werden die kommunikativen und koordinativen Kompetenzen von Vorgesetzten immer wichtiger.

Die Führungskräfte setzen daher auch bei der Gesundheitsförderung auf das AKV-Prinzip und schaffen die dafür notwendigen Voraussetzungen wie Transparenz und Offenheit, zeigen sich aufgeschlossen bei der Umsetzung der Vorschläge zur Gesundheitsförderung, Teamentwicklung etc. und fördern aktiv durch ihr Verhalten eine konstruktive Konfliktbewältigung und ein Klima, das Veränderungen zulässt. Eine grundlegende Rolle für die Umsetzung spielt dabei die kommunikative Kompetenz von Führungskräften. Dazu gehört die Fähigkeit, Kommunikation offen, direkt und vertrauensvoll zu gestalten und aktiv auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugehen zu können. Untersuchungen zeigen, dass gesundheitsförderliches Führungsverhalten sich vor allem durch eine starke Mitarbeiterorientierung und eine intensive Wahrnehmung der Führungsrolle auszeichnet.

Ihre Kernkompetenzen bewegen sich auf zwei Ebenen: Zum einen entscheiden die kommunikativen und kooperativen Kompetenzen von Führungskräften, ob die sozialen Beziehungen so gestaltet werden können, dass Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung



greifen können, zum anderen ist die Fähigkeit der Führungskräfte, Arbeitsorganisation und Arbeitsabläufe gesundheitsförderlich zu gestalten, für den Erfolg von Gesundheitsförderung maßgeblich.

4.2.3 Die Personalvertretungen

Initiativ und in den Fällen, wo die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mitbestimmungspflichtig ist (siehe 2.2.4) und die Personalräte in den Dienststellen gemeinsam mit den Personalverantwortlichen entscheiden, bringen die Personalräte die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein. Ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus den vertraulichen Beratungsgesprächen mit den Beschäftigten trägt wesentlich dazu bei, psychosoziale Belastungen zu identifizieren und auf deren Abbau hinzuwirken.

Ihre Kernkompetenz liegt in dem Wissen um psychosoziale Rahmenbedingungen, über das sie aufgrund ihrer Stellung als Vertrauenspersonen der Beschäftigten außerhalb der Hierarchie verfügen. Sie stellen sicher, dass die Mitarbeiterperspektive in Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zum Tragen kommt.

4.2.4 Das überbehördliche Personalmanagement

Das überbehördliche (zentrale) Personalmanagement – organisatorisch im Personalamt angebunden – ist verantwortlich für das Setzen des normativen Rahmens und für die strategische Ausrichtung und Planung der Gesundheitsförderung in der hamburgischen Verwaltung sowie die Koordinierung verschiedener Aktivitäten.

Das Personalamt leistet konzeptionelle Unterstützung und bietet moderierte Facharbeitsgruppen an, berät bei der Initiierung von behördenspezifischen Maßnahmen wie Projekten, Gesundheitszirkeln oder Identifizierung von Brennpunkten mittels Fragebögen. Es vermittelt Ansprechpartnerinnen und –partner zu speziellen Themen und Fragestellungen. Es entwickelt gemeinsam mit den Beteiligten die Ziele von Projekten und Maßnahmen und unterstützt das "Marketing", also die Öffentlichkeitsarbeit. Es berät außerdem Führungskräfte in den Fachabteilungen bei der Umsetzung von Ergebnissen und vorgeschlagenen Maßnahmen. Es bietet in der zentralen Fortbildung Seminare zur Gesundheitsförderung an und moderiert bei Bedarf Workshops und Seminare für verschiedene Zielgruppen im Rahmen der dezentralen Fortbildung. Prinzipiell delegiert das überbehördliche Personalmanagement die Umsetzung aber an die dezentralen Einheiten, denn betriebliche Gesundheitsförderung kann nur konkret "vor Ort" umgesetzt werden.

Kernkompetenzen sind die strategische Ausrichtung und konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie das Anbieten daraus abgeleiteter Beratungsleistungen (Fach- und Methodentransfer).

4.2.5 Das behördliche Personalmanagement

Das behördliche Personalmanagement ist organisatorisch unterschiedlich angebunden, in der Regel zentral im Amt für Verwaltung/Verwaltungsdezernat. Es ist verantwortlich für die

strategische Ausrichtung der betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb einer Behörde oder Bezirksamtes (einschließlich der Koordinierung der von den Fachämtern/-bereichen verfolgten Ansätze) sowie deren Integration in weitere behördliche personalpolitische Ansätze und Schwerpunktsetzungen.

Analog zu den Kernkompetenzen des überbehördlichen Personalmanagements sind die Kernkompetenzen hier ebenfalls die strategische Ausrichtung und konzeptionelle (Weiter-) Entwicklung der behördlichen Gesundheitsförderung sowie das Anbieten daraus abgeleiteter Beratungsleistungen. Das Anbieten von Beratungsleistungen auf behördlicher Ebene setzt eine gewisse Größenordnung der jeweiligen Behörde, des jeweiligen Amtes voraus.

4.2.6 Behördliche Personal- und Organisationsentwicklung

Die behördliche Personal- und Organisationsentwicklung ist Teil des behördlichen Personalmanagements, unabhängig von ihrem konkreten organisatorischen Ort. Die Personalentwicklung oder gegebenenfalls eine der Personalentwicklung angegliederte Stabsstelle für Gesundheitsförderung entwickelt behördenspezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Sie ermittelt in Zusammenarbeit mit den Führungskräften der Fachämter und –bereiche Bedarfe und schlägt auf dieser Grundlage Aufgabenschwerpunkte und Handlungsstrategien vor. Sie plant Projekte zur Gesundheitsförderung und erhält von der Behördenleitung die hierfür erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen. Des Weiteren sorgt sie für Erfolgskontrolle und Evaluation der durchgeführten Maßnahmen.

Die Kernkompetenzen liegen in der Regel im Bereich der methodischen Kompetenzen, dies gilt insbesondere für Kenntnisse und Erfahrungen in der Prozessberatung, der Projektsteuerung, der Organisationsentwicklung und im Maßnahmendesign (einschließlich der Erfolgskontrolle). Der Erhalt dieser Kernkompetenzen verlangt eine kontinuierliche eigene Qualifizierung im Bereich verschiedener (neuer) Methoden und Ansätze. Im Einzelnen sind die tatsächlich vorhandenen Kompetenzen von den in diesem Aufgabenspektrum konkret handelnden Personen abhängig.

4.2.7 Betriebliche Sucht- und Sozialberatung

Die betriebliche Sucht- und Sozialberatung gehört von ihrem Auftrag und ihrer spezifischen Dienstleistung her zum behördlichen Personalmanagement. Neben der klassischen Beratung und Betreuung gefährdeter und abhängiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen weitere Schwerpunkte in der Hilfe und Intervention bei sozialen Problemen und Krisen sowie bei der Suchtprävention.

Suchtprävention meint hier zum einen die Verhinderung von suchtspezifischem Verhalten, d.h. die Förderung eines kritischen Umgangs mit Suchtmitteln, sowie aufmerksamer und konsequenter Reaktionen bei Auffälligkeiten. Zum anderen versteht sie sich zunehmend als suchtspezifische Prävention, indem sie einen Beitrag zur Gesunderhaltung, bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Beschäftigten insgesamt leistet. Suchtprävention wird damit zu einem integralen Bestandteil betrieblicher Gesundheitsförderung, die umfassend erst wirksam und erfolgreich wird, wenn sie in enger Kooperation und organisatorischer Vernetzung aller für Gesundheitsförderung Verantwortlicher stattfindet.



Die betriebliche Sucht- und Sozialberatung entwickelt insbesondere Lösungen für unterschiedliche Konfliktsituationen, dazu gehören Suchtprobleme, soziale und psychische Probleme, sowie Konflikte am Arbeitsplatz. Dabei geht es darum, sowohl den Bedürfnissen der Ratsuchenden (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Vorgesetzte) gerecht zu werden, als auch dem Interesse des Arbeitgebers an einem funktionsfähigen Arbeitsablauf zu entsprechen. Gleichzeitig entwickelt und fördert die betriebliche Sucht- und Sozialberatung die Kompetenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Vorgesetzten und Funktionsträgern, mit dem Thema Sucht aktiv und sicher umzugehen. Dazu gehören die Entwicklung von wirksamen Fortbildungs- und Schulungskonzepten, sowie die Durchführung entsprechender Fortbildungsveranstaltungen.

Kernkompetenz für dieses Aufgabenspektrum ist zunächst die individuelle Beratung von Betroffenen und Ratsuchenden. Sie verlangt Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Kommunikation. Darüber hinaus liegen weitere Kernkompetenzen einerseits in der Übernahme der Verantwortung für einen systematischen Prozess, in dem unterschiedliche Funktionsträger, Ratsuchende und Betroffene auf ein gemeinsames Ziel nach einem festgelegten Regelwerk hinsteuern.

Andererseits ist für eine erfolgreiche betriebliche Sucht- und Sozialberatung eine zielgenaue Projektentwicklung, eine öffentlichkeitswirksame Selbstdarstellung und eine systematische Dokumentation der Arbeitsfelder erforderlich. Dies wiederum verlangt methodische Kenntnisse und Erfahrungen, die denen der Personal- und Organisationsentwicklung vergleichbar sind. Hinzu kommen Erfordernisse in konzeptionellen und didaktischen Arbeitsfeldern. Die Vielfalt dieser Kompetenzen verlangt daher eine kontinuierliche und systematische Qualifizierung im Bereich verschiedener (neuer) Ansätze der Suchtberatung und Suchtprävention.

4.2.8 Die Betriebsärztinnen und –ärzte des Arbeitsmedizinischen Dienstes

Die Betriebsärztinnen und –ärzte sind – unabhängig von ihrer organisatorischen (behördlichen) Verankerung – Teil des überbehördlichen Personalmanagements. Aufgrund ihrer engen Einbindung in die Arbeitsprozesse vor Ort werden sie von Funktionsträgerinnen und –trägern, Vorgesetzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern de facto allerdings eher als Teil des behördlichen Personalmanagements erlebt.

In der Verantwortung der Betriebsärztinnen und –ärzte liegt die Analyse körperlicher und psychischer Arbeitsbelastungen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten. Daneben beraten sie Funktionsträger und Vorgesetzte bei der gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung unter Berücksichtigung aktueller arbeitswissenschaftlicher und arbeitsmedizinischer Erkenntnisse. Die Beschäftigten beraten sie zu allen Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. Darüber hinaus geben die Betriebsärztinnen und –ärzte Empfehlungen zu speziellen Anforderungen an die Arbeitsplatzgestaltung bei besonders schutzbedürftigen Personengruppen (Jugendliche, Schwangere, Schwerbehinderte). Außerdem leisten sie den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.

Ihre Kernkompetenzen liegen in der Analyse der bestehenden Arbeitsplätze im Rahmen der gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung sowie in der Beratung zur gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Aufgrund ihrer Kenntnis einerseits der Arbeitsbedingungen andererseits aber

auch des Gesundheitszustandes der Beschäftigten sind die Betriebsärztinnen und –ärzte in der Lage, innerbetriebliche Brennpunkte zu erkennen und Projekte gezielt anzustoßen. Für diese Aufgabe sind spezifische Fach- und Beratungskompetenzen gleichermaßen gefragt. Der Erhalt dieser Kernkompetenzen verlangt eine kontinuierliche eigene Qualifizierung im Bereich der Arbeitswissenschaft, der Arbeitsmedizin und angrenzender Fachgebiete.

4.2.9 Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind - unabhängig von ihrer organisatorischen Verankerung- Teil des behördlichen Personalmanagements. Ihrer Verantwortung obliegt es, Arbeitsplätze und Betriebsstätten im Hinblick auf die Umsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes zu überprüfen und so dazu beizutragen, arbeitsbedingte Erkrankungen weitgehend zu vermeiden. Darüber hinaus leisten sie den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.

Ihre Kernkompetenzen liegen in der Analyse der bestehenden Arbeitsplätze im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung sowie in der Beratung zur gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse von Sicherheitstechnik und Ergonomie. Damit sind - analog zu den Betriebsärztinnen und -ärzten - spezifische Fach- und Beratungskompetenzen gleichermaßen gefragt. Der Erhalt dieser Kernkompetenzen verlangt eine kontinuierliche eigene Qualifizierung im Bereich der Arbeitssicherheit und angrenzender Fachgebiete.

4.2.10 Das überbehördliche und behördliche PersonalControlling

Das überbehördliche und behördliche PersonalControlling ist Teil des überbehördlichen bzw. behördlichen Personalmanagements, unabhängig von der gewählten organisatorischen Struktur. Seine Aufgabe besteht darin, dem Management entscheidungsrelevante Informationen zur Verfügung zu stellen. Vor diesem Hintergrund muss das PersonalControlling in die Zielbildungsprozesse eingebunden werden und steuerungsrelevante Kennzahlen entwickeln. Im weiteren Verlauf des Prozesses hat das PersonalControlling die Aufgabe, die Evaluation der Ergebnisse durchzuführen und die Ergebnisse der Managementebene vorzulegen. Es leistet im Zusammenwirken die Standardisierung, Erhebung und Auswertung der Basisdaten und Kennzahlen, die für die Analyse und Ableitung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung relevant sind. Hierzu gehören neben den personalstatistischen Basisdaten, die für die Analyse der Personalstruktur maßgeblich sind, vor allem die Krankenstandsquote, die Dienstunfähigkeits- / Frühverrentungsquote sowie die Fluktuationsrate.

Kernkompetenz sind das methodische Wissen um Statistik und Stochastik und die Beratung von Funktions- und Entscheidungsträgern im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

4.2.11 Spezialisierte interne und externe Dienstleister im Bereich der Gesundheitsförderung

Wenn für die Planung bzw. Umsetzung von Maßnahmen spezielles Know-how erforderlich ist, greifen Funktionsträgerinnen und -träger sowie Führungskräfte auf fest etablierte Dienst-



leister in der Gesundheitsförderung zurück. Dazu gehören insbesondere Fachwissenschaftler wie Arbeitsmediziner und Arbeitspsychologen, interne und externe Experten für Arbeitssicherheit, externe Beratungseinrichtungen und Fortbildungsträger.

Kernkompetenz des *Amtes für Arbeitsschutz* (Behörde für Umwelt und Gesundheit) ist die Bereitstellung des Methoden- und Erfahrungswissens aus der Arbeit mit Betrieben zum Thema Gesundheitsförderung.

Kernkompetenz der *Beratungsstelle Gesundheit des Amtes für Gesundheit* (Behörde für Umwelt und Gesundheit) ist die Vermittlung von Informationen und Anlaufstellen rund um das Thema Gesundheit.

Kernkompetenz des *Personalärztlichen Dienstes* ist die fach- und sachgerechte Begutachtung des Gesundheitszustandes von Bediensteten als Grundlage für Verwaltungsentscheidungen zu speziellen und individuellen gesundheitsfördernden Maßnahmen. Besondere Aufmerksamkeit gilt der gesundheitlichen Eignung zur Diensttätigkeit und der Vermeidung von vorzeitigem Ruhestand.

Kernkompetenz des *Integrationsteams* (ehemals Hauptfürsorgestelle) ist die Bereitstellung der fachlichen und finanziellen Ressourcen zur schwerbehindertengerechten Ausstattung von Arbeitsplätzen.

Kernkompetenzen der *Landesunfallkasse und der (Betriebs-)Krankenkassen* sind die finanzielle Förderung und methodische Unterstützung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Kernkompetenz der *Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.* (HAG) ist die Information über externe Dienstleister und deren Angebote. Darüber hinaus bietet die HAG durch regelmäßige Veranstaltungen zu spezifischen Themen und die Vorstellung von Projekten aus ganz Deutschland ein Forum für die fachliche Diskussion und den Austausch der unterschiedlichen Akteure der Gesundheitsförderung in Hamburg.

Eine Kompetenz des *Mobilitätsbüros* (Personalamt) ist - einzelfallbezogen - die Vermittlung akut Betroffener aus für sie besonders belastenden Organisationseinheiten und/oder Tätigkeitsfeldern in andere Bereiche.

In einzelnen Behörden und Ämtern gibt es darüber hinaus Kompetenzen in Form von Interventions- und Beratungsteams (z.B. in der Behörde für Soziales und Familie oder in der Behörde für Inneres bei Feuerwehr und Polizei), die psychosoziale Konflikte in den Dienststellen lösen helfen.

5. Ressourcen bündeln - vom Kompetenzmodell zum organisatorischen Zusammenwirken

Fazit der vorangegangenen Ausführungen ist, dass die hamburgische Verwaltung über eine Vielzahl von organisatorisch und institutionell bedingter Kompetenzen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung verfügt, die entweder Teil des überbehördlichen oder des behördlichen Personalmanagements sind. Zum Teil sind diese Kompetenzen zwar institutionell bedingt, aber dennoch an bestimmte Personen gebunden. Dies gilt insbesondere für die

im Feld der Personal- und Organisationsentwicklung sowie die in der Sucht- und Sozialberatung handelnden Personen.

Die Vernetzung dieser Kompetenzen ist sowohl überbehördlich als auch auf behördlicher Ebene eher suboptimal. Zum einen sind die Kompetenzen nicht ausreichend transparent, als dass eine Vernetzung selbstorganisiert entstünde, zum anderen fehlt bislang ein gemeinsames Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung - notwendige Voraussetzung für eine zielgerichtete und effektive Vernetzung.

Die Verantwortung für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung liegt in der Verantwortung der jeweiligen Behörden und Ämter und muss dort auch entsprechend der individuellen Gegebenheiten betrieben werden.

Solange dies vor dem Hintergrund eines gemeinsamen Verständnisses der Grundlagen von betrieblicher Gesundheitsförderung geschieht, wie mit dem vorliegenden Konzept abgesichert wird, ist trotzdem eine gemeinsame strategische Ausrichtung sichergestellt. Um eine optimale inhaltliche Verknüpfung und eine effektive Ausschöpfung bereits vorhandener personeller und fachlicher Ressourcen zu gewährleisten, wird eine organisatorische Anbindung der betrieblichen Gesundheitsförderung an die behördliche Personal- und Organisationsentwicklung empfohlen. Dies ist auch aus Sicht einer zukünftigen überbehördlichen Vernetzung sinnvoll, da wir damit sowohl die inhaltliche Integration weiter vorantreiben können als auch auf bereits institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit aufbauen können. Alternativ dazu sollten zumindest jede Fachbehörde und die Bezirksämter dem Personalamt, das die Verknüpfung federführend betreibt, einen Ansprechpartner für den Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung benennen, um den Informationsfluss sicher zu stellen.

Effektiver ist die Steuerung über interne Arbeitskreise oder Arbeitsgruppen. Als Beispiel sei hier die Berliner Senatsverwaltung für Inneres zitiert, die im August 2000 ein "Rahmenkonzept zur Vereinbarung zum Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung" vorgelegt hat. Sie geht mit ihren Vorschlägen für die dezentrale Organisation betrieblicher Gesundheitsförderung noch einen Schritt weiter. Sie empfiehlt die Einrichtung dezentraler Arbeitsgruppen Gesundheitsmanagement in den einzelnen Dienststellen. Diese örtlichen Arbeitsgruppen sollen als Planungs-, Steuerungs- und Entscheidungsgremium installiert werden und mit folgender Zielsetzung arbeiten:

- Erarbeitung eines Zeit- und Maßnahmenplanes mit klarer Schwerpunktsetzung;
- Analyse besonders belasteter Bereiche;
- Förderung zur Einrichtung von Gesundheitszirkeln;
- Evaluation der Maßnahmen;
- Erstellung eines dienststellenbezogenen Gesundheitsberichts.

5.1

Innerbehördliche Steuerung und Vernetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung





Innerbehördliche Arbeitsgruppe Gesundheitsmanagement

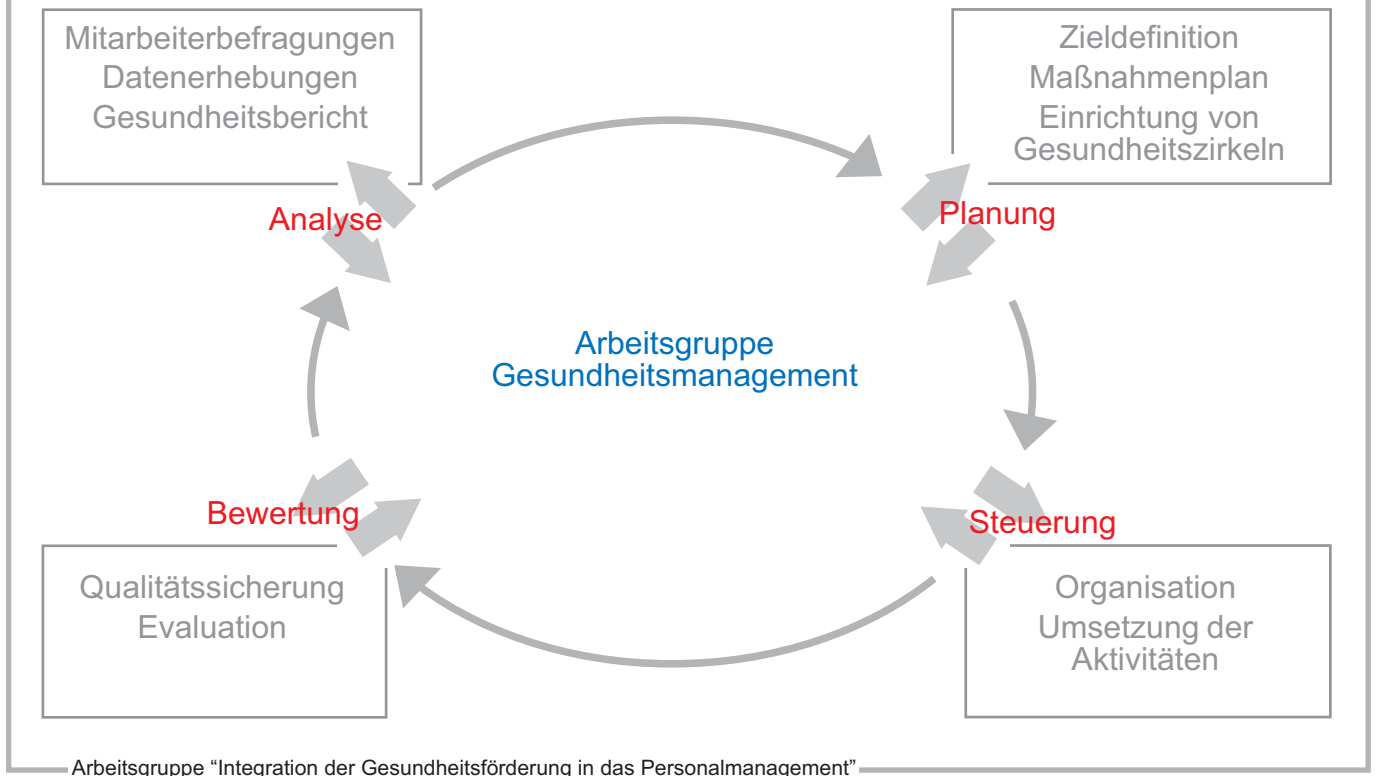


Abb. 9

Als ständige Mitglieder werden u.a. die Dienststellenleiterin/ der Dienststellenleiter bzw. deren Vertretungen, die Personalentwicklerin/ der Personalentwickler oder entsprechend die Leitung des Bereiches Personalservice, eine Vertretung des Personalrates, eine Gleichstellungsbeauftragte/Frauenbeauftragte, eine Vertretung der Schwerbehinderten und verschiedene Experten vorgeschlagen. Zusammensetzung, Aufgaben und Rechte der Arbeitsgruppen können jedoch im Rahmen von Dienstvereinbarungen konkret festgelegt werden.

Der Vorteil solcher Arbeitsgruppen liegt in der passgenauen Erarbeitung von Maßnahmen, zeitnahen Evaluationsmöglichkeiten und einer engen Rückkoppelung an die dezentrale Fortbildung, die unterstützende Qualifizierung zur Verfügung stellen kann.

Auch die Krankenkassen verlangen im Übrigen die Bildung von entsprechend besetzten Arbeitskreisen oder Steuerungsgruppen, wenn Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung über die Kassen finanziert werden sollen.

Eine eindeutige Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Fachbehörden und Ämtern wie sie in 5.1 vorgeschlagen wird, ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende überbehördliche Vernetzung. Gleichzeitig mit diesen dezentralen Aktivitäten können aber bereits erste Schritte für eine überbehördliche Zusammenarbeit eingeleitet werden. Dazu gehört auf der organisatorischen Ebene die Einrichtung eines zentralen Koordinationsgremiums mit fachlicher Beratung. Von dort ausgehend können gemeinsame Projekte initiiert und begleitet werden.

5.2 Überbehördliche Steuerung und Koordinierung der betrieblichen Gesundheitsförderung



Abb. 10

5.2.1 Strategie- und Expertenkreis: Strategische Absicherung und inhaltliche Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Als ersten Schritt zur überbehördlichen Vernetzung schlagen wir die Bildung eines Strategiekreises vor. Dieses regelmäßig tagende Gremium soll sich aus Entscheidungsträgern aus den Fachbehörden und Bezirksämtern zusammensetzen und die strategische Absicherung des Handlungsfeldes betriebliche Gesundheitsförderung betreiben. Damit wird die Umsetzung und Weiterentwicklung des vorliegenden Konzeptes ermöglicht. Der Strategiekreis sorgt außerdem für:



- die Auswahl gemeinsamer (überbehördlicher) Projekte, deren Koordination und die fachliche Diskussion der Projektergebnisse;
- die Planung der erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen;
- interne und externe Öffentlichkeitsarbeit,
- die Entwicklung von Standards für die dezentralen Gesundheitsberichte sowie
- die regelmäßige Erstellung eines Gesundheitsberichts der hamburgischen Verwaltung.

Ein Expertenkreis berät dieses Gremium fachlich, bereitet den aktuellen Wissensstand der einzelnen Fachgebiete auf und unterstützt den Strategiekreis damit in seinen Entscheidungen. Der Expertenkreis stellt außerdem die fachliche Weiterentwicklung der einzelnen Disziplinen sicher. Der Strategiekreis sollte mindestens halbjährlich zusammentreffen, der Expertenkreis könnte sich anlassbezogen treffen.



Abb. 11

5.2.2 Gemeinsame Projekte und Aktivitäten

In einem weiteren Schritt finden sich verschiedene Akteure zu gemeinsamen Projekten zusammen. Auf diese Weise kann der Strategiekreis fachliche Aufgaben an Experten delegieren, zum anderen können so Formen der überbehördlichen Zusammenarbeit im Feld betrieblicher Gesundheitsförderung erprobt werden. Eine Leitlinie für die ersten gemeinsamen Projekte sollte sein, dass nichts erfolgreicher ist als der Erfolg. D.h., neben den fachlich

wichtigen Aufgaben sollten gerade zu Beginn Projekte gestartet werden, die überzeugend, effektiv und innovativ sind und helfen, weitere Bündnispartner für die betriebliche Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Um einen optimalen Wissenstransfer der Projekte untereinander sicherzustellen, werden die aktuellen Entwicklungen und Ergebnisse der Projekte regelmäßig an Strategiekreis und Expertenkreis zurückgemeldet.

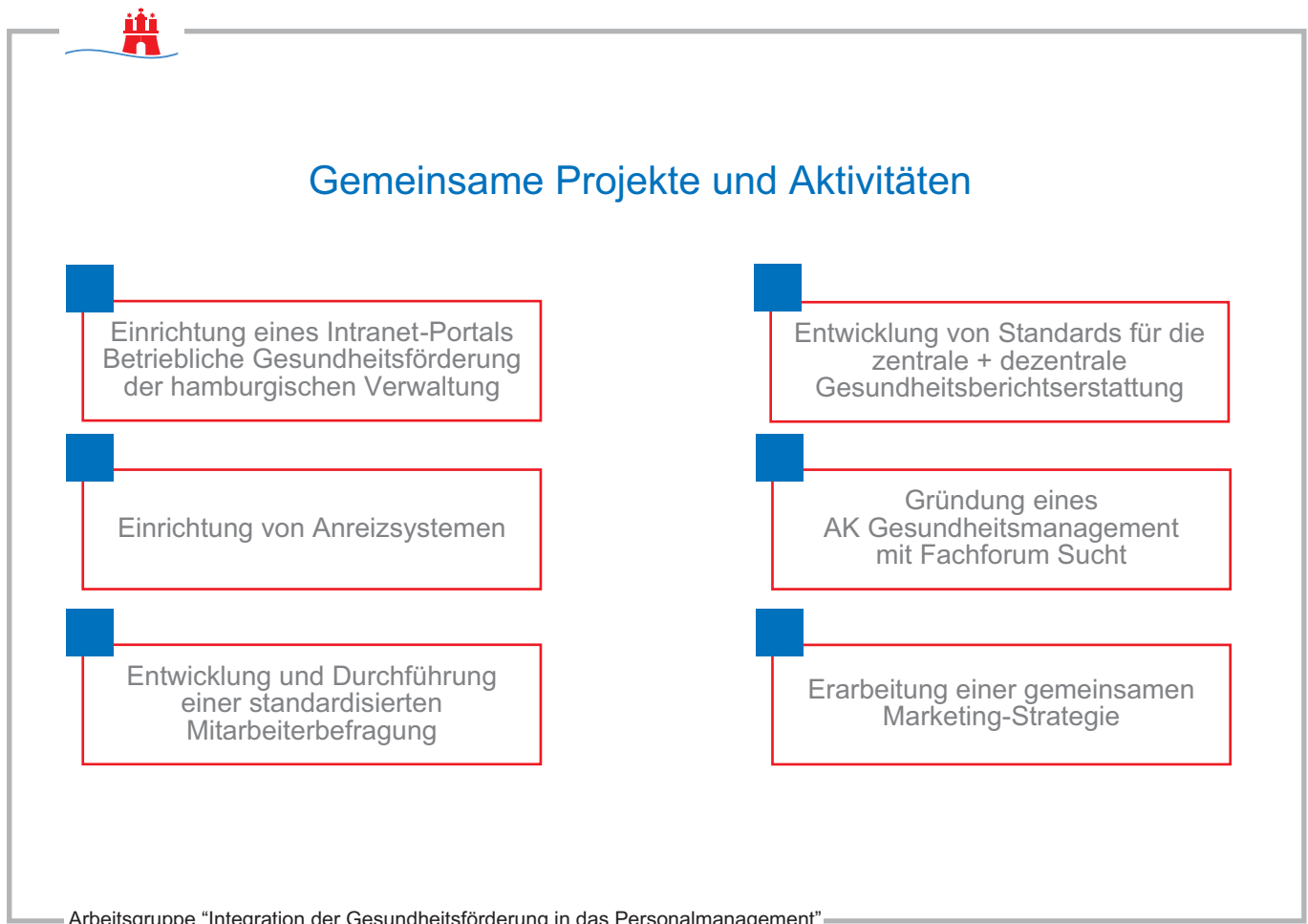


Abb. 12

Beispiele für gemeinsame Projekte sind:

- Einrichtung eines Portals Betriebliche Gesundheitsförderung der hamburgischen Verwaltung im Intranet
Eine Expertengruppe aus dem Arbeitsfeld betriebliche Gesundheitsförderung und IuK erarbeitet Inhalte und technische Voraussetzungen für einen gemeinsamen Intranetauftritt. Das Portal Betriebliche Gesundheitsförderung der hamburgischen Verwaltung bietet allen behördlichen Akteuren aus diesem Aufgabenbereich die Gelegenheit, ihre Aktivitäten zu präsentieren und Angebote, die auch anderen Behörden zur Verfügung gestellt werden können, vorzustellen. Die so entstehende Sammlung und Dokumentation kann Anregungen und Hilfestellungen aufzeigen, als Ideenbörse dienen und die Beteiligten untereinander stärker vernetzen. Um eine beständige Aktualisierung sicherzustellen, erhalten die von den Behörden benannten Ansprechpartner für die betriebliche Gesundheitsförderung



ein Kennwort, das ihnen den Zugriff auf die Datenbank erlaubt. Die Pflege der Projektdarstellungen und Angebote liegt damit in den Händen der Anbieter. Das Hamburger Büro für Suchtprävention entwickelt zurzeit ein Internetportal für suchtpreventive Projekte und Aktionen. Hier bietet sich eine Zusammenarbeit an, um evtl. von den Erfahrungen zu profitieren und über gegenseitige links auch eine Vernetzung mit externen Angeboten zu ermöglichen. Zu überlegen wäre, ob der Einrichtung eines solchen Portals eine Behördenabfrage vorausgehen müsste, um einmal zu Beginn den aktuellen Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in allen Behörden und Ämtern in Erfahrung zu bringen.

- Erarbeitung einer gemeinsamen Marketing-Strategie
Ziel eines solchen Projektes ist die Entwicklung einer konsistenten Strategie für die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Entwicklung und Durchführung einer standardisierten Mitarbeiterbefragung zum Thema Gesundheit
Um mittel- und langfristige Auswirkungen des vorliegenden Konzeptes zu messen, wird regelmäßig eine standardisierte Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Ähnlich den vom Statistischen Landesamt durchgeführten Bürgerbefragungen können so Aussagen zur Arbeitszufriedenheit, Motivation, Sensibilisierung für das Thema Gesundheit etc. erhoben und über bestimmte Zeiträume (z.B. zwei Jahre) miteinander verglichen werden. Die Entwicklung der Befragungsinhalte sowie eine erste konkrete Durchführung ist Ziel dieses Projektes.
- Entwicklung von Standards für die zentrale und dezentrale Gesundheitsberichterstattung
Wie bereits beschrieben ist eine eindeutige Bestimmung von „Fehlzeiten“, „Krankenstand“ und „Absentismus“ Voraussetzung für die Vergleichbarkeit empirischer behörden- und unternehmensübergreifender Vergleichsanalysen erforderlich. In Zusammenarbeit mit dem PersonalControlling, dem AMD und externen Institutionen (z.B. Krankenkassen) sind hier verbindliche Standards zu entwickeln.
- Gründung eines AK Gesundheitsmanagement mit Fachforum Sucht
Ähnlich wie die Gesundheitsförderung wird das Feld Personalentwicklung dezentral und zentral organisiert. Um Streuverluste zu minimieren und den fachlichen Austausch zu koordinieren, wurde der überbehördliche Arbeitskreis Personalentwicklung eingerichtet, der seit einigen Jahren mit guten Erfolgen fünf Mal pro Jahr tagt. Die Personalentwicklerinnen und –entwickler der Fachbehörden und Ämtern bereiten hier miteinander Themen auf und formulieren gemeinsame Positionen, informieren über neue Entwicklungen und organisieren interne und externe Fachvorträge. Nach diesem Vorbild ist ein Arbeitskreis Gesundheitsmanagement einzurichten, der die inhaltliche und fachliche Diskussion dieses Aufgabenfeldes ermöglicht und damit auch die fortlaufende Qualifizierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sicherstellt. Einzuladen sind die im Bereich Gesundheitsförderung und Sucht- und Sozialberatung Tätigen aus den Behörden und Ämtern. Die Protokolle des Arbeitskreises sind regelmäßig dem Strategie- und dem Expertenkreis zur Verfügung zu stellen. Der Arbeitskreis Gesundheitsmanagement unterstützt so diese beiden Gremien in der fachlichen Auseinandersetzung mit neuen Themen und Methoden der Gesundheitsförderung und stellt Entscheidungshilfen zur Verfügung. An den Arbeitskreis Gesundheitsmanagement kann zusätzlich ein Fachforum Sucht angegliedert werden, in dem die Sucht- und Sozialberaterinnen und –berater Expertendiskussionen führen können, die nicht in den Rahmen des Arbeitskreises passen.

- **Entwicklung von Anreizsystemen**
Um Organisationseinheiten für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu gewinnen, könnten zusätzliche erfolgsbezogene Anerkennungen in Form von Preisen, Ressourcenrückflüssen o.ä. angeboten werden.
Eine Projektgruppe entwickelt verschiedene Anreizsysteme und klärt, evtl. in Kooperation mit (Betriebs-)Krankenkassen, die Rahmenbedingungen.
- **Entwicklung eines Leitfadens für Vorgesetzte**
Da der Erfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung wesentlich vom Führungsverhalten innerhalb eines Unternehmens mitbestimmt wird, wird ein Leitfaden zum Thema "Gesundheitsförderliches Führungsverhalten" erstellt, der Beschäftigten in Führungsfunktionen kurz, anwendungsorientiert und pragmatisch bei der Umsetzung unterstützt und über die wesentlichen Angebote informiert.
- **Vorbereitung für die systematische Einführung von Integrationsgesprächen**
Das Integrationsgespräch (siehe Anhang 2.2.4) ist ein relativ neues Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Um eine kompetente Umsetzung sicherzustellen, wird eine behördenübergreifende Einführungsstrategie entwickelt. Wesentlicher Bestandteil sollten sowohl ein anwendungsorientierter Leitfaden für Führungskräfte als auch entsprechende Qualifizierungsangebote der zentralen und dezentralen Fortbildung sein.
- **Organisation von Gesundheitstagen**
Um möglichst vielen Beschäftigten das Thema betriebliche Gesundheitsförderung und vorhandene Angebote bekannt zu machen, werden Gesundheitstage organisiert. Gesundheitstage sind ein offenes Forum, auf dem zu bestimmten Schwerpunktthemen durch Experten in Workshops, Live-Demonstrationen und Vorträgen informiert wird.

6. Schlussbemerkung

Das vorliegende Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung in das Personalmanagement leistet aus Sicht der an seiner Entstehung Beteiligten Folgendes:

- Entwickelt wird in diesem Konzept für den hamburgischen öffentlichen Dienst ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung, das die Diskussionspole „Fehlzeitenmanagement“ und Führungs- respektive Selbstverantwortung konsequent miteinander verbindet.
- Es betont die strategische Dimension der Gesundheitsförderung als Teil eines umfassenden, ganzheitlichen Personalmanagements und verankert die Verantwortung für die Gesundheitsförderung im (Personal-)Management der Behörden und Ämter einerseits und im Personalamt andererseits.
- Es zeigt auf, welche fachlichen Kompetenzen bereits vorhanden sind und wie diese behördenübergreifend sinnvoll (vernetzt) genutzt werden können.



- Mit einer Reihe von konkreten Projekten und gemeinsamen Aktivitäten wird versucht, eine Übersetzung dieses Konzeptes in die betriebliche Praxis der hamburgischen Verwaltung zu leisten.

Darüber hinaus bietet der ausführliche Anhang eine Art „Handwerkskasten“, in dem konkrete Ansätze und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt und erläutert werden.

Die regelmäßige Evaluation des Gesamtansatzes aber auch der einzelnen Projekte und Vorhaben ist immanenter Bestandteil des vorliegenden konzeptionellen Ansatzes. Davon zeugt u.a. die ausführliche Auseinandersetzung mit den Zielen und Erfolgskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch die inhaltliche Beratung der Arbeitsgruppe durch interne und externe Experten. Die an der Entstehung des Konzeptes Beteiligten sowie die beratenden Experten sind dem Anhang zu entnehmen.

ANHANG



A1. Zu der Entstehung dieses Konzeptes

Ausgangspunkt zur Entwicklung eines Konzeptes zur Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in das Personalmanagements war der Senatsauftrag [s. Senatsdrucksache 2000/0754 Personalmanagement aus einem Guss], alle Felder des Personalmanagements ganzheitlich zu betrachten und die Gestaltung einzelner Handlungsfelder im Kontext der anderen Handlungsfelder sowie übergeordneter Zielsetzungen wie die der Verwaltungsmodernisierung, anderer programmatischer Ansätze (z.B. Projekt „Gesunde Städte“) und gesellschaftlicher Entwicklungen (z.B. der demografischen Entwicklung) auszurichten. Um eine möglichst breite Akzeptanz bereits in der Anfangsphase zu gewährleisten, wurde eine überbehördliche Arbeitsgruppe unter Federführung des Personalamtes eingesetzt, die das vorliegende Konzept entwickelte. Mitglieder dieser AG waren Expertinnen und Experten aus dem Bereich Personalentwicklung, betrieblicher Gesundheitsförderung und Suchtberatung und Verwaltungsleiter aus verschiedenen Fachbehörden und Ämtern. Die interdisziplinäre und interhierarchische Zusammensetzung stellte sicher, dass die unterschiedlichen Perspektiven auf und Anforderungen an betriebliche Gesundheitsförderung einbezogen werden konnten. Eine Folge dieses mehrdimensionalen Ansatzes war, dass das vorliegende Konzept zu einem beträchtlichen Umfang angewachsen ist. Dies ist im Sinne der fachlichen Diskussion der Expertinnen und Experten auch zu verantworten. Zur breiten Information von Führungskräften wird ein anwendungsorientierter, stark zusammenfassender Leitfaden für Führungskräfte erstellt werden. Der bereits vorliegende Managementletter soll die Ebene der Entscheidungsträgerinnen und -träger informieren.

A1.1 Mitglieder der Arbeits- gruppe „Integration der Gesundheits- förderung in das Personal- management

Mitglied			Funktion	Behörde
Frau	Maria	Maderyc	Leiterin der Abteilung P3 (bis 7.11.01)	Personalamt
Frau	Petra	Lotzkat	P 30, Personalmanagementkonzepte	Personalamt
Frau	Stefanie	Keller	P 30, Personalmanagementkonzepte	Personalamt
Herr	Dr. Michael	Peschke	Arbeitsmedizinischer Dienst	Personalamt
Frau	Gabriele	Andersen	Arbeitsmedizinischer Dienst	Personalamt
Herr	Rainer	Müller-Broders	Suchtberatung und Ingus	BWF - Hochschulamt -
Herr	Juergen	Allemeyer	Verwaltungsleiter	Behörde für Soziales und Familie
Frau	Rena	Schloo	Sozial- und Suchtberatung	Behörde für Soziales und Familie
Frau	Marion	Heller	Signal Krankenstand	Behörde für Soziales und Familie
Herr	Klaus-Dieter	Müller	Verwaltungsleiter	Behörde für Soziales und Familie
Frau	Karin	Robrecht	PE und Fach-AG Gesundheitsförderung	Behörde für Inneres / Amt A
Herr	Günther	Büttner	PE und Fach-AG Gesundheitsförderung	Behörde für Inneres / Polizei
Frau	Hedi	Maciuga-Lipsky	Suchtberatung	Behörde für Umwelt und Gesundheit
Frau	Regina	Steffen	Suchtberatung und Ingus	Oberfinanzdirektion
Herr	Detlef	Christiansen	Suchtberatung und Ingus	Senatsamt für Bezirksangelegenheiten
Herr	Achim	Buttler	Suchtberatung	Bezirksamt Altona
Frau	Gudrun	Weingärtner	Suchtberatung	Bezirksamt Hamburg-Nord
Herr	Gerd	Hünerberg	Verwaltungsleitung Bezirk	Bezirksamt Wandsbek
Frau	Ute	Walther	PE und Ingus	Bezirksamt Bergedorf

A1.2 Externe und interne Experten

Mitglied		Institution		Funktion
Herr	Herbert	Schulz	Betriebskrankenkasse Stadt Hamburg	Vorsitzender
Herr	Andreas	Dittmann	Landesunfallkasse der FHH	Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung
Frau	Susanne	Kolb	AOK Hamburg	Koordinatorin Betriebliche Gesundheitsförderung
Frau	Dr. Birgit	Krähe	Beiersdorf AG	Betriebsärztin
Herr	Prof. Dr. Alfred	Oppolzer	Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik	Schwerpunkt Gesundheitsförderung
Frau	Ulla	Vogt	Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften	Wiss. Mitarbeiterin von Herrn Prof. Dr. Badura
Herr	Gerd	Tiedemann	Deutscher Beamtenbund	Vorsitzender
Herr	Peter	Bremme	Ver.di	Gewerkschaftssekretär, Schwerpunkt Gesundheitsförderung
Herr	Dr. Michael	Michalik	Personalamt	Personalärztlicher Dienst
Herr	Klaus-Peter	Stender	Behörde für Umwelt und Gesundheit	Amt für Gesundheit

A2. Ansätze und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Ansätze und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung können unterschieden werden in Instrumente zur Diagnose, Intervention und Prävention, Instrumente zur Steuerung und Instrumente zum Aufbau fachlicher Kompetenzen. Folgende Abbildung zeigt dies im Überblick:



Ansätze und Instrumente der Gesundheitsförderung

Gemeinsame Ansätze zur / zum

Steuerung der Gesundheitsförderung

- Gesundheitsberichterstattung
- Arbeitskreis Gesundheit
- Dienst- / Rahmenvereinbarungen

sucht-präventiv Diagnose, Intervention und Prävention gesundheits-präventiv

- Gefährdungsanalysen
- Mitarbeiterbefragungen
- Gesundheitszirkel
- Integrationsgespräch
- Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch
- Gesundheitstage
- Fortbildung
- Strategien für den Umgang mit Mobbing

Aufbau von Kompetenzen

- Fortbildung der Fachkräfte
- Fortbildung der Personalvertretungen
- Suchtkrankenhilfe-Ausbildung
- Interne Tagungen/Kongresse
- Führungskräftefortbildung
- Fortbildung der Mitarbeiter/innen

Arbeitsgruppe "Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement"

Abb. 13



A2.1

Ansätze zur Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Um Aktivitäten im Aufgabenbereich betriebliche Gesundheitsförderung zu koordinieren und zu steuern, können verschiedene Ansätze genutzt werden. Im Folgenden werden einige bereits bestehende Möglichkeiten exemplarisch aufgeführt.

A2.1.1 Gesundheitsberichterstattung

Betriebliche Gesundheitsförderung sollte durch eine fundierte Analyse der Ausgangssituation vorbereitet werden. Ein betrieblicher Gesundheitsbericht kann Entscheidungsträgern und Fachkräften gezielte Informationen über Krankheiten der Beschäftigten und über Belastungen sowie Gesundheitsgefährdungen in der Organisation bieten. Ein standardisierter Gesundheitsbericht für die hamburgische Verwaltung ist zu entwickeln (siehe 3.2. Ziele und Erfolgskriterien sowie 5.2.2 Gemeinsame Projekte und Aktivitäten).

A2.1.2 Arbeitskreis Gesundheit

Ein Arbeitskreis Gesundheit ist ein regelmäßig tagendes Gremium, in dem Vertreter der Unternehmensleitung, die Mitarbeitervertretung, Betriebsärztin/-arzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Personalentwicklung und Personalabteilung Lösungsvorschläge und Maßnahmen, die zuvor z.B. in einem Gesundheitszirkel erarbeitet wurden, zur Gesundheitsförderung beraten und über deren Umsetzung entscheiden.

Unter Umständen kann es themenabhängig auch sinnvoll sein, externe Fachleute z.B. der Berufsgenossenschaft oder der Krankenkassen in den Arbeitskreis hineinzuholen. Das Gremium bestimmt darüber, welche Informationen für eine Bestandsaufnahme im Betrieb genutzt werden. Es setzt auf der Basis eines Gesundheitsberichts die Prioritäten und plant und steuert die zu ergreifenden Maßnahmen. Beispielsweise kann der Arbeitskreis die Einrichtung eines Gesundheitszirkels in einer bestimmten Abteilung beschließen und aufgrund der dort erarbeiteten Ergebnisse z.B. ergonomische Verbesserung und Veränderungen im Arbeitsablauf initiieren.

Auch Angebote zur individuellen Verhaltensprävention können dazu gehören wie Ernährungsberatung oder Kurse zur Stressbewältigung. Die Steuerungsgruppe bewertet abschließend die erzielten Ergebnisse, damit die gewonnen Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung einfließen.

Die Beteiligten im Arbeitskreis Gesundheit sind häufig dieselben Akteure, die auch den Arbeitsschutzausschuss (ASA) besetzen. Es ist daher nicht immer zwingend erforderlich, dass ein AK Gesundheit zusätzlich zum ASA installiert wird. Allerdings sollten einige Besonderheiten in den Rahmenbedingungen, die ASA und AK Gesundheit unterscheiden, bereits bei der Konstituierung dieses Gremiums geklärt sein. Dazu gehören: Vereinbarungen über die Arbeitsweise, über die Frequenz der Sitzungen (ggf. in kürzeren Zeitabständen als der ASA, immer dann, wenn Entscheidungen notwendig werden), über die Moderation, über die Behandlung möglicher Konflikte etc..

A2.1.3 Dienst-/Rahmenvereinbarungen

Dienst- und Rahmenvereinbarungen nach dem Hamburgischen Personalvertretungsgesetz (HmbPersVG) sind eine Möglichkeit, Ziele, Ansätze und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in einzelnen Dienststellen oder in der Gesamtverwaltung im Einzelfall oder strategisch abzusichern.

A2.1.4 Evaluation

Evaluation ist ein wesentlicher Teil von Qualitätssicherung und kann bereits bei der Vorbereitung von Maßnahmen den Bezug zu Planungselementen herstellen, bei der Durchführung von Maßnahmen deren Ablauf kontrollieren und als Nachbereitung legitimierend und lernfördernd wirken. Evaluation in diesem Sinne sollte integraler Bestandteil jeder gesundheitsfördernder Maßnahme sein, weil sie grundlegende Funktionen erfüllt: Kontrolle der Zielerreichung, Formulierung erreichbarer Ziele und beobachtbarer Ziele (Indikatoren für Zielerreichung), Definition von Zielgruppen, Prozess- und Zielkorrektur, Dokumentation und Legitimation, Vergleichbarkeit mit anderen ähnlichen Maßnahmen und Anregungen zur Publikation.

Praxisnahe Evaluation muss im Gegensatz zu wissenschaftlicher Evaluation nicht mit hohem methodischem Anspruch durchgeführt werden. Sie kann auch darin bestehen, dass systematisch die ablaufenden Prozesse beobachtet und nachvollziehbar dokumentiert werden. Evaluation hat allerdings nicht die Funktion der "Zauberwaffe", die ihr oftmals zugesprochen wird: sie kann ein durchdachtes Konzept nicht ersetzen.

Ein Problem von Evaluation in der Gesundheitsförderung kann in der fehlenden Vergleichbarkeit von Ergebnissen liegen. Daher werden für die hamburgische Verwaltung behördenübergreifende Standards erarbeitet (vgl. 5.2.2 im konzeptionellen Teil).

Mögliche Kennzahlen und Datenquellen werden in der folgenden Abbildung dargestellt:



Kennzahl/Indikator	Datenquelle
Abwesenheitsdaten	PAISY bzw. dezentrales Berichtswesen
Fluktuationsrate	Personalbericht
Frühverrentungen/-pensionierungen	Personalbericht
Grad der Auftragserfüllung	Kundenbefragungen
Produktqualität	Kundenbefragungen
Arbeitszufriedenheit	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
<i>Kommunikation I:</i> Betriebsklima (Umgang mit Konflikten, Respektvoller Umgang, Zusammengehörigkeit)	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
<i>Kommunikation II:</i> Informationsgrad der Vorgesetzten und Mitarbeiterinnen /Mitarbeiter über Ziele, Maßnahmen, Institutionen der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihren Bereichen)	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
Bereitschaft, an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilzunehmen	Statistiken (Teilnahme Gesundheitszirkel, Seminare, ...)
Motivation	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
Identifikation mit den Aufgaben/ der Organisation	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
Beteiligung an Entscheidungsprozessen	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
Sicherheit am Arbeitsplatz	Sicherheitsvorschriften,
Sicherheitsempfinden	Mitarbeiterbefragungen, strukturierte Interviews
Attraktivität des Arbeitgebers	Anzahl der Bewerbungen auf offene Stellen

Um Erfolge zu messen, können u.a. auch Korrelationen zwischen der Anwendung bereits eingeführter Instrumente und dem Krankenstand oder der Arbeitszufriedenheit in einzelnen Bereichen geprüft werden, z.B. Anzahl der geführten MAVG und Krankenstand/Arbeitszufriedenheit, Umsetzung von Leitlinien und Krankenstand/Arbeitszufriedenheit etc..

Es gibt zahlreiche Unterscheidungskriterien für verschiedene Evaluationsformen. Wesentlich ist die Unterscheidung zwischen

- formativer Prozessevaluation, die die Planung, Durchführung und Wirkung der einzelnen Elemente einer Maßnahme oder eines Programms in ihrem Verlauf ("Prozess") untersucht und durch die Rückkopplung von Zwischenergebnissen zu ihrer Optimierung beiträgt ("formativ") und

- summativer Produktevaluation, die das Endergebnis einer Maßnahme oder eines Programms untersucht ("Produkt") und dabei den Gesamteffekt einer Teilmaßnahme bewertet ("summativ").

Eine Mischform von Prozess- und Produktevaluation entfaltet erfahrungsgemäß den größten Nutzen. Evaluation sollte bereits während der Planungs- und Durchführungsphase berücksichtigt werden. Typische Fragestellungen bei der Planung und Durchführung einer Evaluation lauten:

- Was soll mit der Maßnahme/dem Programm erreicht werden, welche Auswirkungen sollen vermieden werden?
- In welche Teilziele lässt sich das Erreichbare untergliedern, welcher Maßnahmeteil trägt zum Erreichen welchen Teilziels bei?
- An welche Zielgruppen richtet sich die Maßnahme und wurden sie erreicht?
- Woran lässt sich die Erreichung der Teilziele messen (Indikatoren)?
- Welche Erfolge lassen sich an einer sorgfältigen Dokumentation ablesen?
- Welche Evaluationsmethoden sollen angewandt werden (Befragung, Beobachtung, Gruppendiskussion, Presseanalyse etc.)?

Im Folgenden werden klassische Instrumente der Gesundheitsförderung aufgeführt. Daneben werden PE-Instrumente wie z.B. das MAVG hinsichtlich ihrer Anwendung für die betriebliche Gesundheitsförderung erläutert.

A2.2 Instrumente zur Diagnose, Intervention und Prävention

A2.2.1 Gefährdungsanalysen/Arbeitsplatzanalyse

Die in § 5 Arbeitsschutzgesetz als Arbeitgeberpflicht festgeschriebene Beurteilung der Arbeitsplätze im Hinblick auf eine mögliche Gesundheitsgefährdung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bildet die Grundlage für die Entscheidung, welche Arbeitsschutzmaßnahmen im Einzelnen zu treffen sind, damit Unfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhütet werden. Diese Gefährdungsbeurteilung ist somit auch ein wesentliches Instrument für die IST-Analyse, mit der jeder Gesundheitsförderungsprozess im Betrieb beginnt.

Dabei sollten neben den ergonomischen Bedingungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung und den klassischen Gefährdungen aufgrund physikalischer, chemischer und biologischer Einwirkungen auch die arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz in die Beurteilung der Arbeitsbedingungen einbezogen werden.

Gerade im Hinblick auf das im Arbeitsschutzgesetz festgelegte Ziel "menschengerechte Gestaltung der Arbeit" ist die Betrachtung dieser arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen mit Aspekten wie Gestaltung der Arbeitsabläufe, Handlungsspielräume, Führungskultur, innerbetriebliche Kommunikation und Zusammenarbeit von entscheidender Bedeutung. Insofern ist der Begriff "Gefährdungsanalyse" inhaltlich zwischenzeitlich eigentlich zu eng gefasst und könnte durch den Begriff "Arbeitsplatzanalyse" abgelöst werden.



Sinnvollerweise sollte sich der Arbeitgeber bei der Gefährdungsbeurteilung von den betrieblichen Arbeitsschutzexperten, den Betriebsärztinnen und –ärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit, beraten und unterstützen lassen, denn die Beratung des Arbeitgebers gehört ausdrücklich zu ihren gesetzlichen Pflichten (ASiG §§ 3 und 6) und ermöglicht aufgrund deren detaillierter Kenntnisse der Arbeitsplätze ein auf das Unternehmen zugeschnittenes und effizientes Vorgehen bei der Gefährdungsbeurteilung.

Die meisten Unfallversicherungsträger – so auch die LUK – und die staatlichen Arbeitsschutzbehörden bieten als Unterstützung eine Vielzahl von so genannten Checklisten an, die für die Beurteilung der Arbeitsbedingungen mit herangezogen werden können.

A2.2.2 Mitarbeiterbefragungen

Mit Mitarbeiterbefragungen können Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen aus der Perspektive der Beschäftigten erfasst werden. Für die Durchführung werden standardisierte Fragebögen entwickelt. Dabei kann das gesamte Belastungsspektrum im Blickfeld stehen, d.h. neben physischen werden auch psychische und psychosoziale Faktoren berücksichtigt oder einzelnen Aspekte fokussiert. Befragungen können in großen Organisationseinheiten durchgeführt werden, um belastete Bereiche zu identifizieren, aber auch gezielt in bereits identifizierten Bereichen zur differenzierten Situationsanalyse eingesetzt werden. Die Ergebnisse einer Befragung basieren damit auf spezifischen, nur für diesen Zweck erhobenen Daten über die jeweilige Situation am Arbeitsplatz. Sie erfassen gesundheitliche Beeinträchtigungen und Ressourcen und verknüpfen diese mit Aussagen zu den subjektiv empfundenen Arbeitsbelastungen. Mitarbeiterbefragungen sind damit das klassische Diagnoseinstrument für so genannte "weiche" Daten wie z.B. Arbeitszufriedenheit und Motivation. Für die Entwicklung eines Fragebogens, die Durchführung und Auswertung können interne und externe Fachleute wie Betriebsärzte (AMD), Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften (LUK) hinzugezogen werden, die entweder selbst über entsprechende Erfahrungen verfügen oder Experten vermitteln können.

Über Erfahrungen in der Konzeption und Auswertung von Mitarbeiterbefragungen verfügt auch das Statistische Landesamt. Dieses sollte insbesondere bei der Entwicklung und dem Einsatz eines behördenübergreifend einsetzbaren Fragebogens beteiligt werden, der notwendig ist, um vergleichbare Aussagen über verschiedene Organisationseinheiten zu erzielen.

Grundsätzlich lassen sich Befragungen mit Fragebögen auch in Bereichen durchführen, die z.B. aus Datenschutzgründen zu klein für einen auf Arbeitsunfähigkeitsdaten beruhenden Gesundheitsbericht sind, eine Mindestzahl von 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollte aus Gründen der Validität aber erreicht werden.

Fragebogenaktionen sind immer freiwillig. Um eine möglichst breite Beteiligung zu ermöglichen, muss Anonymität gewährleistet werden, d.h. die Beschäftigten müssen sicher sein, dass der ausgefüllte Fragebogen keine Rückschlüsse auf ihre Person zulässt. Befragungen, die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlichem Befinden untersuchen, werden nur in einem Klima des Vertrauens zu relevanten Ergebnissen kommen. Die Befragten müssen daher auch im Vorfeld umfassend über Ziele, Durchführung und den Umgang mit den Ergebnissen informiert werden, empfehlenswert ist außerdem eine Begleitung durch betriebliche Entscheidungsgremien.

A2.2.3 Gesundheitszirkel

Leitidee der Gesundheitszirkel ist die aktive Einbeziehung der Beschäftigten in Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung. Als Expertinnen und Experten ihrer Arbeitssituation tragen sie entscheidend zum Erfolg bei. In dem von Krankenkassen in der Vergangenheit praktizierten Konzept gehören dem Gesundheitszirkel neben fünf bis sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch die/der unmittelbare Vorgesetzte, die Sicherheitsfachkraft, die Betriebsärztin/der Betriebsarzt und eine Personalvertretung an. Die Leitung einer Organisationseinheit wird häufig zu Beginn und zum Abschluss der Zirkelsitzungen eingeladen, wenn es um die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen geht.

Bei Bedarf können weitere betriebliche Expertinnen und Experten wie Schwerbehindertenvertretungen oder Frauenbeauftragte hinzugezogen werden. Diese Zusammensetzung soll die Kommunikation aller Beteiligten im Arbeitsalltag verbessern, das Expertenwissen aller Seiten bündeln und die Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge erleichtern.

Ein anderes Zirkelmodell sieht vor, die Beschäftigten mit der Moderation allein zu lassen, da dies eher eine offene und vertraute Gesprächsatmosphäre ermöglicht, wenn über so sensible Themen wie Belastungsempfinden gesprochen wird. Kritiker der gemischten Zirkel verweisen auf die Gefahr einer Expertendominanz und/oder, dass sich Beschäftigte schwertun, wenn Vorgesetzte dabei sind. In der Praxis haben sich inzwischen auch Mischmodelle durchgesetzt. Häufig arbeiten die Beschäftigten mit der Moderation zu Beginn der Zirkel allein. Diese Phase ist beendet, wenn die gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen aufgelistet worden sind.

Vor dem Zirkelbeginn sollten Verfahrensregeln vereinbart werden. Hierzu gehört zum Beispiel, dass die Treffen kontinuierlich stattfinden, sich die gewählten Beschäftigten zur regelmäßigen Teilnahme verpflichten und persönliche Äußerungen im Raum bleiben. In der abschließenden Sitzung des Gesundheitszirkels werden die Verbesserungsvorschläge systematisiert und ein Umsetzungsplan erarbeitet. Wenn es in der entsprechenden Fachbehörde/dem Amt einen Arbeitskreis Gesundheit gibt, entscheidet er über die Umsetzung der erarbeiteten Lösungen, setzt die Prioritäten, steuert die einzelnen Maßnahmen und bewertet die erzielten Ergebnisse. Ansonsten ist das weitere Vorgehen mit der Leitung und dem Personalrat abzustimmen. Die Ergebnisse der Arbeit und die beschlossenen Maßnahmen sollten allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern präsentiert werden.

Der Erfolg der Zirkelarbeit hängt entscheidend von der Bereitschaft des Unternehmens ab, die Änderungsvorschläge in die Tat umzusetzen. Unter den Beschäftigten kann sich schnell Enttäuschung breit machen, wenn Maßnahmen mit geringem Aufwand zu lange auf sich warten lassen. Abgelehnte Vorschläge sollten auf jeden Fall begründet werden. Nach allen bisherigen Erfahrungen kommen von den Beschäftigten meist sehr praxisnahe Lösungsideen, die häufig ohne großen finanziellen Aufwand verwirklicht werden können.

A2.2.4 Integrationsgespräch

Das Integrationsgespräch ist ein relativ neues Instrument für Führungskräfte, um arbeits- und sozialbedingte Belastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besser zu erkennen und auf deren Abbau hin zu wirken. Ausgehend von den eher negativen Erfahrungen großer privater Unternehmen (vornehmlich aus der Autoindustrie) mit so genannten Rückkehr-



gesprächen liegt der Schwerpunkt dieses Gesprächs auf der (Re-) Integration von Beschäftigten nach längeren und/oder häufigen Abwesenheiten. Die Gründe der Abwesenheit spielen dabei keine Rolle. Wichtigster Unterschied zum Rückkehrgespräch ist die völlige Vermeidung von Schuldzuweisungen und Repressionen.

Ein Integrationsgespräch führt die/der direkte Vorgesetzte mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die z.B. nach längerer Beurlaubung, Fortbildung, häufigen Kurzzeiterkrankungen etc. an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Die Ziele des Gesprächs sind:

- Information der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters über die den Arbeitsbereich betreffenden Veränderungen während der Abwesenheit
- Eventuell Erstellung eines Arbeitsplans, wenn Arbeiten in größerer Menge liegen geblieben ist. Dies ist besonders wichtig, wenn jemand aus einer Erkrankung zurückkehrt, um den Gesundungsprozess nicht durch zu große Arbeitsbelastung zu gefährden.
- Klärung des evtl. vorhandenen Unterstützungsbedarfs und möglicher Lösungen. Dies ist vor allem dann angezeigt, wenn sich im Gespräch zeigt, dass die vorhergegangene Abwesenheit motivationsbedingt war oder ablauf- und/oder arbeitsorganisatorisch bedingte Belastungen eine Rolle spielen.
- Eventuell soziale Reintegration: Wenn Beschäftigte nach langer Abwesenheit zurückkehren, hat sich manchmal der Kollegenkreis verändert. Vorgesetzte müssen dann neue Aufgabenzuschnitte erläutern und die Beteiligten bei der Gestaltung der Zusammenarbeit unterstützen. Die (Re-) Integration kann aber auch bei Beschäftigten mit häufigen Kurzzeitabwesenheiten besonders wichtig sein. Gerade wenn durch die Abwesenheit die Arbeitsbelastungen der Kolleginnen und Kollegen deutlich angestiegen ist, kann es Verunsicherungen in den Arbeitsbeziehungen der Beteiligten auslösen. Im Integrationsgespräch können Befürchtungen oder Konflikte thematisiert werden und Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Dies hilft häufig, schleichende Konflikte aufzulösen oder sogar im Vorwege zu verhindern. Bleiben daraus resultierende soziale Konflikte ungelöst, kann dies die psychische Belastung ganzer Organisationseinheiten erhöhen und das Betriebsklima empfindlich stören. Daraus entsteht oft eine Art Kreislauf: Die steigenden psychischen Belastungen zermürben die Beteiligten und steigern das Erkrankungsrisiko, dies hat wiederum steigende Fehlzeiten zur Folge und die Rückkehr zu einem gesundheitsförderlichen Arbeitsklima wird noch schwieriger. In der Regel ist die Klärung solcher Konflikte im Anfangsstadium leichter und entlastet Betroffene deutlich.

Integrationsgespräche sind vertraulich zu führen. Beide Beteiligten sollten am Ende des Gesprächs explizit vereinbaren, ob und welche Inhalte an Dritte weitergegeben werden dürfen und/oder müssen.

Integrationsgespräche erfordern sowohl von Vorgesetzten wie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommunikative und soziale Kompetenzen. Beide Gesprächspartnerinnen und –partner müssen bereit sein, sich in die Situation des anderen hineinzuversetzen und sachlich mögliche, die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit beeinträchtigende Faktoren besprechen können. Die bei der Einführung dieser Gespräche entstehenden Qualifizierungsbedarfe sind über die Angebote der Dezentralen und der Zentralen Fortbildung abzudecken. Ein zu entwickelnder Leitfaden könnte Vorgesetzte dabei unterstützen, dieses Gespräch zu führen.

A2.2.5 Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch

Das Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch kann für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsverhältnissen besonders gut genutzt werden. Alle drei Themenbereiche (Aufgaben und Arbeitsumfeld, Zusammenarbeit und Führung, Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten) können aus der Perspektive des Aufbaus von Gesundheitspotenzialen und des Abbaus von Belastungen betrachtet und besprochen werden. Da das Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch mit verbindlichen Vereinbarungen abgeschlossen wird und regelhaft einmal pro Jahr geführt werden soll, bietet es eine sehr gute Gelegenheit für beide Beteiligten, kontinuierlich und pragmatisch Gesundheitsförderung im Berufsalltag zu verankern.

A2.2.6 Gesundheitstage

Gesundheitstage sind klassische Foren zur Information aller Beschäftigten. Sie können von einer oder mehreren Fachbehörden/Ämtern in Kooperation mit externen Anbietern auf dem Gesundheitssektor (z.B. LUK, Betriebs- und Krankenkassen, Fitnessstudios, Ernährungsberatungen) zu speziellen Themen der Gesundheitsförderung veranstaltet werden. Sie sind oft ein motivierender und schwungvoller Start in mittel- und langfristige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und fördern den Kontakt der handelnden Personen und Institutionen.

A2.2.7 Strategien für den Umgang mit Mobbing

Nicht jeder Konflikt im Arbeitsleben ist ein „Mobbing-Fall“. Im Arbeitsalltag wird der Begriff des Mobbing geradezu inflationär gebraucht. Zur Abgrenzung folgende Erläuterung:

Mobbing kommt vom englischen „mob“ für Meute, randalierender Haufen; „to mob“ heißt wörtlich übersetzt „pöbeln“. Mobbing bezeichnet einen Prozess der systematischen, bewussten und vorsätzlichen Ausgrenzung oder auch Erniedrigung eines anderen Menschen, die von einer oder mehreren Personen betrieben werden. Diese ausgrenzenden Handlungen geschehen mit einer gewissen Regelmäßigkeit, also mindestens einmal die Woche und über eine bestimmte Dauer, d.h. mindestens ein halbes Jahr.

Wissenschaftler, die Psychoterror am Arbeitsplatz genauer untersucht haben, unterscheiden fünf Kategorien von ausgrenzenden Handlungen.

- Beeinflussung der Möglichkeit, sich mitzuteilen: Der oder die Betroffene wird ständig kritisiert oder beschimpft;
- Belastung der sozialen Beziehungen: Die Opfer werden geschnitten, „wie Luft“ behandelt;
- Beeinträchtigung des sozialen Ansehens: Sie erfolgen durch Klatsch, Beleidigungen usw.;
- In-Zweifel-ziehen der Qualität der Arbeit: Man entzieht den Betroffenen Arbeitsaufgaben, gibt ihnen ständig neue Aufgaben oder solche, die ihre Qualifikation übersteigen oder weit unter ihrem Können liegen;
- Angriffe auf die Gesundheit: Hierunter fallen Gewaltandrohungen oder –anwendungen, z.B. um jemanden einen Denkkzettel zu verpassen, sexuelle Belästigung usw..



Bei Mobbing-Betroffenen führen die hohen seelischen Belastungen oft zu Erkrankungen des Körpers, also zu psychosomatischen Krankheiten. Anti-Mobbing-Strategien sind also sowohl präventiv wie auch als Intervention im konkreten Fall ein klassisches Instrument zur Gesundheitserhaltung und –wiederherstellung.

Die Aufgabe von Führungskräften und Kolleginnen und Kollegen ist in diesem Zusammenhang das sofortige Einschreiten, wenn jemand mobbt. Wichtig ist, dass eine möglichst frühe Intervention stattfindet. Wer zuschaut, wie andere mobben, macht sich selbst mitschuldig. Gespräche im Kollegenkreis können Problembewusstsein wecken. Es erfordert viel Zivilcourage allein gegen Mobber aufzutreten. Zumindest können der Personalrat oder je nach Einzelfall auch die Vorgesetzten informiert werden. Mobbingopfer benötigen soziale Unterstützung. Mobber werden um so eher in ihre Grenzen gewiesen, je höher für sie selbst die sozialen Kosten weiteren Mobbings ausfallen.

Strategien von Personen, die von Mobbing betroffen sind:

- Kummer über Kränkungen nicht in sich hineinfressen;
- Gerade wenn der ursprüngliche Konflikt noch nachvollziehbar ist, kann versucht werden mit dem Mobber bzw. der Mobberin ein Gespräch zu führen;
- Vor allem für Rückendeckung bei Kolleginnen und Kollegen und/oder Vorgesetzten sorgen, den Personalrat einschalten;
- Beratungsangebote wahrnehmen.

Personalvertretungen sind aufgrund ihrer Stellung außerhalb der Hierarchie oft die erste und meist auch die einzig hilfreiche Anlaufstelle. Die Zentrale Fortbildung stellt daher auch im Rahmen ihrer Schulungsangebote für Personalvertretungen entsprechende Qualifizierungen zur Verfügung.

A2.3 **Aufbau** **fachlicher** **Kompetenzen**

Um das vorliegende Konzept umzusetzen, ist eine umfassende Qualifikation der Akteure Voraussetzung. Zum Teil sind diese Qualifikationen bereits vorhanden und können im Rahmen einer Vernetzung auch genutzt werden, zum Teil werden flankierende Qualifizierungsmaßnahmen erforderlich sein. Der erste Schritt für eine Planung ist daher eine Bestandsaufnahme, z.B. im Rahmen der unter 5.2.2 vorgeschlagenen Behördenabfrage. Der Strategiekreis muss darüber hinaus kontinuierlich den Bedarf und die zur Verfügung stehenden Angebote prüfen und falls notwendig weitere Maßnahmen initiieren.

Für den Aufbau der fachlichen Kompetenzen sind folgende Zielgruppen und spezifische Angebote zu unterscheiden:

A2.3.1 Fachkräfte

Hierzu gehören die von den Behörden benannten Ansprechpartner, die Personalentwicklerinnen und –entwickler, Beschäftigtenvertretungen und Expertinnen und Experten im Aufgabenfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie benötigen umfassende Kenntnisse zu Zielsetzung und Grundlagen eines Gesundheitsmanagements im Sinne des vorliegenden Konzeptes, praxisorientiertes Wissen über Instrumente und Methoden und Evaluationsverfahren.

Die Zentrale Fortbildung kann hier im Rahmen der neuen Flexibilisierung ihres Angebots auch kurzfristig auf Bedarfe reagieren und entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten zur Förderung der Methoden- und Prozessgestaltungskompetenzen anbieten. In der Planung des Abendkursprogramms 2001/2002 wurde bereits entsprechend gehandelt und als Schwerpunktthema die betriebliche Gesundheitsförderung gewählt. Dazu gehört neben Kursangeboten für die Beschäftigten auch ein Kurs für die Qualifizierung von Multiplikatoren.

Ein gemeinsames Portal im Intranet (vgl. 5.2.2) bietet außerdem die Möglichkeit, kollegiale Weiterbildungsmöglichkeiten zu vermitteln und auch der Arbeitskreis Gesundheitsmanagement ist eine Form der Qualifizierung.

A2.3.2 Personalvertretungen

Da die Personalvertretungen sowohl auf der Entscheidungsebene – immer dann, wenn die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mitbestimmungspflichtig ist – als auch auf der initiierenden Ebene – wenn sie aufgrund ihrer Position von besonderen Belastungen erfahren und auf deren Abbau hinwirken – beteiligt sind, benötigen sie grundlegende Kenntnisse zu Zielsetzung und Grundlagen eines Gesundheitsmanagements im Sinne des vorliegenden Konzeptes. Das Fortbildungsangebot der Gewerkschaften für Personalräte ist im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung relativ umfassend. Sollten dennoch Qualifizierungsbedarfe bestehen, können sie nach Absprache mit dem Personalamt über das Programm der Zentralen Fortbildung "Schulungs- und Bildungsveranstaltungen für Mitglieder von Personalvertretungen" abgedeckt werden.

A2.3.3 Verwaltungsinterne Ausbildung Suchtkrankenhilfe

Fast alle Dienstvereinbarungen zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz in der hamburgischen Verwaltung sehen den Einsatz von Suchtkrankenhelferinnen und -helfern vor. Beschäftigte, die diese Aufgabe übernehmen, müssen also entsprechend ausgebildet sein. Externe Ausbildungsangebote sind in der Regel sehr teuer und berücksichtigen nicht unbedingt die spezifischen Rahmenbedingungen der hamburgischen Verwaltung. Daher wurde eine verwaltungsinterne Ausbildung zur Suchtkrankenhelferin/zum Suchtkrankenhelfer konzipiert. Interessentinnen und Interessenten können sich an die betriebliche Sucht- und Sozialberatung der Behörde für Wissenschaft und Forschung oder den Bereich Suchtprävention und Beratung der Behörde für Inneres und des Senatsamts für Bezirksangelegenheiten wenden.

A2.3.4 Interne Tagungen/Kongresse

Gerade in der Einführungsphase eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements sichern interne Tagungen oder Kongresse die breite Information aller relevanten Zielgruppen ab. Außerdem können Veranstaltungen für Fachkräfte die behördenübergreifende Vernetzung und gegenseitige fachliche Unterstützung fördern.



A2.3.5 Qualifizierung der Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Fortbildung stärkt die persönlichen und organisationalen Gesundheitspotenziale:

- Der Ausbau fachlicher und sozialer Kompetenzen unterstützt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der erfolgreichen Bewältigung ihrer Arbeit und stärkt damit das Selbstwertgefühl und erhöht die Arbeitszufriedenheit;
- Sie beugt fachlicher Überforderung und damit gesundheitsschädigendem Stress vor;
- Sie erhöht die soziale Kompetenz und verstärkt damit gesundheitsförderliche Wirkungen wie das Gefühl des Eingebundenseins, den wertschätzenden Umgang miteinander, Offenheit und Vertrauen. Damit werden gleichzeitig gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Konflikten vermindert. So ist z.B. Angst im sozialen Kontakt ein wichtiger Indikator für Stress.
- Fortbildung eröffnet berufliche Entwicklungschancen und bestärkt damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aktiv für den Erhalt der eigenen Gesundheit und der Leistungsfähigkeit zu sorgen;
- Fortbildungsangebote für Beschäftigte drücken die Wertschätzung des Arbeitgebers aus. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass Anerkennung - sowohl sozial wie finanziell - einer der wesentlichsten Faktoren zur Stärkung bzw. Verminderung persönlicher Gesundheitspotenziale ist.

Gezielte Fortbildungsmaßnahmen für Beschäftigte werden immer dann angestoßen, wenn Organisationseinheiten mit besonderen Belastungen umgehen müssen (z.B. Umstrukturierungen, Umgang mit aggressionsbereitem Publikum, Mobbing, hohe Fehlzeiten). Aber auch Erkenntnisse aus Gesundheitszirkeln, der Gesundheitsberichterstattung etc. können Fortbildungsbedarfe erkennen lassen.

Fortbildungsbedarfe einzelner Personen werden über die Angebote der Zentralen Fortbildung abgedeckt, die ein breites Spektrum zu gesundheitsförderlichen Themen anbietet (Stressbewältigung, Gesprächsführung, fachliche Fortbildung etc.).


- **Führungskräfte**
Im Rahmen des Gesundheitsmanagements haben Führungskräfte eine Schlüsselfunktion. Unabhängig davon, ob sie ihre Führungsaufgabe bewusst auch im Hinblick auf Gesundheitsförderung gestalten oder nicht, nehmen sie durch die Gestaltung der Aufgaben, der Arbeitsorganisation und des sozialen Arbeitsumfelds stark Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gesundheitsförderliches Führungsverhalten bedarf daher nicht nur der Fach- und Methodenkompetenz, sondern auch in sehr hohem Ausmaß der Sozialkompetenz. Neben den bereits bestehenden Qualifizierungsangeboten für Führungskräfte zur Erweiterung ihrer Führungskompetenzen sollte dabei vor allem die Sensibilisierung von Vorgesetzten für ihren Einfluss auf das Gesundheitsempfinden ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vordergrund stehen. Dazu gehört sowohl die Möglichkeit, in bereits bestehende Angebote das Thema gesundheitsförderliches Führungsverhalten zu integrieren als auch die Überlegung, besonders belasteten Bereichen individuelle Fortbildungsmöglichkeiten wie z.B. Coaching anzubieten.

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter


In der Zentralen und Dezentralen Fortbildung wird seit einigen Jahren ein sehr breites Angebot für Beschäftigte in allen Funktionen zur Stärkung des persönlichen Gesundheitspotenzials vorgehalten und rege genutzt. Die konstant starke Auslastung dieser Angebote zeigt also einen sehr hohen Bedarf an und zurzeit gibt es keine Signale für ein rückläufiges Interesse. Die Veranstaltung von Gesundheitstagen in den einzelnen Behörden und Ämtern kann als ergänzende Qualifizierungsmaßnahme genutzt werden. Zusätzlich sollten alle bereits etablierten Angebote noch einmal inhaltlich auf eine Vereinbarkeit mit dem in diesem Konzept vorgestellten Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung überprüft werden, damit keine gegenläufigen Effekte erzielt werden.

A3. Maßnahmenplanung

Gute Maßnahmenplanung ist die Hälfte des Erfolgs, deshalb ist es sinnvoll, sich an einen "Fahrplan" zu halten, der alle wesentlichen Punkte abdeckt. Im Abschlussbericht der Fach-AG Gesundheit werden als Anhaltspunkte einer systematischen Maßnahmenplanung die folgenden Meilensteine genannt und ausführlich beschrieben:



Check-Liste zur Maßnahmenplanung



Zeitliche Planung

Was?	
Ist-Analyse	✓
Zielentwicklung	✓
Beteiligung der Beschäftigten	✓
Verantwortlichkeiten festlegen	✓
Bereitstellung von Haushaltsmitteln	
Informationspflicht	
Durchführungsplanung	
Maßnahmenplanung	
Maßnahmenumsetzung	
Evaluation	
Öffentlichkeitsarbeit	

Arbeitsgruppe "Integration der Gesundheitsförderung in das Personalmanagement"

Abb. 14



Impressum

Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Personalamt / P30
Steckelhörn 12
20457 Hamburg

Telefon: (040) 428 31- 15 11
Telefax: (040) 428 31- 22 26

Redaktion und Druckvorbereitung:
Stefanie Keller (verantwortliche Redakteurin)
Bettina Weisschnur

E-mail:
Stefanie.Keller@Personalamt.Hamburg.de

Erscheinungsdatum
Oktober 2002

Bezugsquelle:
Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Personalamt / P30
Steckelhörn 12
20457 Hamburg

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zur Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts- und Bundestagswahlen sowie für Wahlen zur Bezirksversammlung. Mißbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.