Erfolgsfaktor Arbeitsschutz

Erfolgsfaktor Sicherheit

Erfolgsfaktor Gesundheit

Erfolgsfaktor Personal

„Gesund in allen Lebensphasen“

Konzept des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Stadtverwaltung Aschaffenburg

Auftraggeber:

AG Gesundheit der Stadtverwaltung Aschaffenburg

01. Juli 2013

Erstellt von:

Zentrum für Betriebliches Gesundheitsmanagement
Stefan Bukies
Kreuzberger Ring 62
6505 Wiesbaden
Tel. 06 11. 160 271 0

Vorwort

„*Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter ist uns wichtig“,* so lautet einer der Grundsätze unseres Handelns.

Zur Umsetzung dieses Leitsatzes, hat die Stadt Aschaffenburg in enger Abstimmung mit den Sozialpartnern entschieden, ein nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zu implementieren. Damit möchten wir unserer Überzeugung, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Garant für den Erfolg und die Entwicklung der Stadtverwaltung Aschaffenburg sind, besonders Rechnung tragen.

Um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglichst lange ein gesundes Arbeiten zu ermöglichen, stellen wir das BGM unter das Motto „Gesund bis ins Rentenalter“/ “Gesund in allen Lebensphasen“.

Das vorliegende Konzept beschreibt die allgemeinen Grundlagen des BGM sowie die methodische Vorgehensweise. In weiteren Teilen definieren wir die Rahmenbedingungen und Vorgaben für die Umsetzung und skizzieren Handlungsfelder und Projektschritte. Ziel ist die nachhaltige Schaffung alternsgerechter Arbeitsplätze und Unternehmenskultur.

Dieses Konzept dient als langfristige Orientierung unseres BGM und wird jährlich bewertet und weiterentwickelt.

Wir sind überzeugt, mit diesem Leitfaden für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen auch die Voraussetzungen zu schaffen, den Bürgern der Stadt Aschaffenburg auf Dauer qualitativ hochwertige Dienstleistungen anbieten zu können.

Aschaffenburg, im Juli 2013

Klaus Herzog
Oberbürgermeister

Inhalt

Teil I Grundlagen und Methodik im Betrieblichen Gesundheitsmanagement 5

1. Wozu Betriebliches Gesundheitsmanagement? 6

1.1. Zielsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement 6

1.2. Grundlage für das Betriebliche Gesundheitsmanagement: Sozialkapital 7

1.3. Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements 8

2. Motivation der Stadt Aschaffenburg, ein Demografie-Projekt umzusetzen 9

2.1 Bedeutung des demografischen Wandels für die Stadt Aschaffenburg 9

2.2 Demografische Entwicklung und Herausforderungen 10

2.2.1 Bundesweite Entwicklung 10

2.2.2 Alter in der Diskussion 11

2.2.3 Einstellungen zum Alter: Vom Defizit- zum Kompetenzmodell 14

2.2.4 Fazit 15

2.3 Demografiefestes Personalmanagement 16

2.3.1 Haus der Arbeitsfähigkeit 16

2.3.2 Werte und Bewusstsein 17

2.2.3 Gesundheitsressourcen 18

2.3.4 Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung 20

2.3.5 Kompetenzentwicklung und Qualifikation 21

2.3.6 Führung 21

2.3.7 Laufbahngestaltung 23

2.3.8 Lebensphasenorientiertes Personalmanagement 24

Teil II Umsetzung in der Stadtverwaltung Aschaffenburg 25

1. Ausgangslage 26

1.1 Bisheriger Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements 26

1.2 Beschäftigten- und Altersstruktur 27

1.3 Fehlzeitenstruktur 29

1.3.1 Allgemeine Entwicklungen 29

1.3.2 Entwicklungen in der Vergleichsregion 30
1.4 Die wichtigsten Ergebnisse der MAB 36
1.5 Strukturdaten zur Schwerbehinderung 38
2. Herausforderungen bei der Implementierung 39
3. Aufbau und Umsetzung eines BGM 40
3.1 Strategie und Führung 40
3.1.1 Formulierung einer Gesundheitspolitik 40
3.1.2 Strategieentwicklung 41
3.1.3 Gesundheitsziele 42
3.1.4 Managementbewertung 45
3.1.5 Einbindung von Führungskräften 45
3.2 Betriebliche Voraussetzungen schaffen 47
3.2.1 Bereitstellung von Ressourcen 47
3.2.2 Steuerung: BGM-Lenkungskreis 47
3.2.3 Die Betriebliche Gesundheitsmanagerin/ der Betriebliche Gesundheitsmanager 50
3.2.4 Qualifizierung der BGM-Verantwortlichen 52
3.2.5 Budget 52
3.3 PDCA-Prozessmanagement des BGM-Systems 54
3.3.1 Plan 55
3.3.2 Do: Umsetzung der Maßnahmen 60
3.3.3 Check: Evaluation der Umsetzung 60
3.3.4 Act: Anpassen der Ziele, Vorgehensweise und Maßnahmen 61
3.4 Integration in betriebliche Unternehmensentwicklung und Gesundheitsschutz 61
3.4.1 Vernetzung mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz 61
3.4.2 Zusammenarbeit mit dem Personalmanagement 61
3.4.3 Synergien im Fortbildungsbereich 62
3.5 Handlungsfelder Gesundheitsverhalten, Gesundheitsverhältnisse 62
3.6 Gesundheitskommunikation und Beteiligung 63
3.6.1 Aufbau einer Gesundheitskommunikation 63
3.6.2 Beteiligung 65
5. Projektplanung 66
Literaturverzeichnis 67

Teil I Grundlagen und Methodik im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

1. Wozu Betriebliches Gesundheitsmanagement?

1.1. Zielsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen hängen von Motivation und Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten ab, deren Denken und Handeln maßgeblich von ihrem Wohlbefinden und ihrer Gesundheit beeinflusst wird. Arbeit ist mehr als der Einsatz physischer Kräfte oder kognitiver Fähigkeiten.

Eine wachsende Zahl von Unternehmen erkennt in der Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) ein modernes Instrument der mitarbeiterorientierten Führung, das dazu beiträgt,

- Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern,
- die Betriebsergebnisse zu verbessern und
- die Kosten der sozialen Sicherung zu dämpfen (Badura in Badura et al 2010: 1).

Dabei richtet sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement nicht allein auf die Verbesserung der individuellen Gesundheitsressourcen, sondern hat „die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiter/innen unterstützt, im Fokus“ (Badura in Badura et al 2010: 33).

Im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) von 1973 und dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) von 1996 werden bereits die Kernprozesse und Aufgaben zum Schutz der Beschäftigten beschrieben. Allerdings steht hier zunächst die Verhütung und Vermeidung von berufsbedingten Gefahren und schädigenden Belastungen im Vordergrund.

Ziel des klassischen Arbeitsschutzes ist demnach die Arbeitssicherheit und Arbeitserleichterung der Beschäftigten.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist darüber hinaus auf die Prävention von Folgen zu hoher Beanspruchung und auf die Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten und Gesundheitskomplikationen gerichtet.

Abb. 1: Schnittstelle zwischen dem Aufgabenbereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement

1.2. Grundlage für das Betriebliche Gesundheitsmanagement: Sozialkapital

In der Soziologie, der Politikwissenschaft und der Volkswirtschaft hat sich das Konzept zum „Sozialkapital“ als Grundlage des BGM durchgesetzt. Es zielt auf die Grundlagen menschengerechter Kooperation.

Das Sozialkapital einer Organisation besteht aus der Qualität, dem Umfang und der Reichweite zwischenmenschlicher Beziehungen (soziale Netzwerke), aus dem Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, aus Werten und Regeln (Kultur) sowie der Qualität zielorientierter Koordination (Führung) (Badura in Badura et al, 2010: 71).

Es trägt dazu bei, dass die Mitglieder einer Organisation einander vertrauen und ihre Arbeit als sinnhaft, verständlich und beeinflussbar erleben. Sozialkapital „treibt“ Humankapital, fördert Lernen, Gesundheit und Produktivität.

Die zentralen „Hebel“ dafür sind die Förderung sozialer Kompetenz aufseiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Qualifizierung zum mitarbeiterorientierten Führungsverhalten.

Die Treiber von Gesundheit und Unternehmenserfolg werden durch das Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital, die fachliche Kompetenz sowie die Arbeitsbedingungen beschrieben.

In Abbildung 2 wird die Beziehung zwischen den Treibern und den Unternehmens-ergebnissen dargestellt:

„Frühindikatoren“ sind Parameter wie Work-Life-Balance, Commitment, physisches und psychisches Befinden.

Sie zeigen, ob sich die Prozesse im Unternehmen in die richtige Richtung entwickeln oder ob das Eintreten unerwünschter Ergebnisse wahrscheinlich wird.

Die „Spätindikatoren“ drücken sich in Fehlzeiten, Arbeitsunfällen, Fluktuation, Produktivität und der Qualität der Arbeitsleistungen aus.

(Quelle: Badura in Badura et al, 2010: 72)

Abb. 2: Treiber von Gesundheit und Unternehmenserfolg im Rahmen des Sozialkapitalkonzepts

1.3. Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Standardisierung ist für die Qualitätsentwicklung unerlässlich – dies zeigen Erfahrungen aus der Industrie und dem Gesundheitswesen. Auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement spielen Standards eine wichtige Rolle: um das Handeln zu systematisieren sowie als Maßstab, um die Qualität des Handelns zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern.

> „Jede Organisation sollte vor dem Hintergrund ihrer eigenen Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Ziele beim Aufbau und der Ausgestaltung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ihren eigenen Weg finden“ (Walter in Badura et al 2010: 147).

Darüber hinaus gibt es aber organisatorische und prozessbezogene Standards, z.B. nach der DIN SPEC 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, die für den Erfolg und die Nachhaltigkeit eines BGM unabdingbar sind:

1. Bereich: Strategie und Führung
   - Strategische Zielrichtung festlegen
   - Gesundheitspolitik und Gesundheitsziele entwickeln
   - Führungskräfte einbinden
   - Regelmäßige Bewertung des BGM-Erfolges
2. Betriebliche Voraussetzungen schaffen
   - Festlegung von Verantwortlichen
   - Zuständigkeiten regeln
   - Notwendige Ressourcen einsetzen
   - Qualifizierung interner BGM Ansprechpartner
3. Umsetzung der Kernprozesse des BGM im (PDCA-Lernzyklus)
4. Kooperation mit Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalmanagement u.a.
5. Handlungsfelder der Gesundheitsverhalten und –verhältnisse
6. Gesundheitskommunikation und Beteiligung
   - Mitarbeiter beteiligen
   - Aufbau einer internen Kommunikationsstruktur (internes BGM-Marketing)

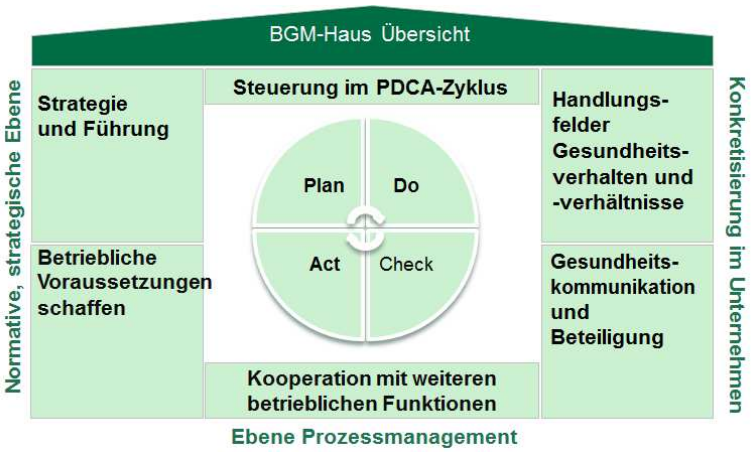


Abb. 3: BGM-Haus Übersicht

Nach diesen Kategorien werden im zweiten Teil dieses Konzeptes die Handlungen für die Stadtverwaltung Aschaffenburg konkretisiert.

2. Motivation der Stadt Aschaffenburg, ein Demografie-Projekt umzusetzen

2.1 Bedeutung des demografischen Wandels für die Stadt Aschaffenburg

Der demografische Wandel ist eine der großen Herausforderungen, die aktuell und mit wachsender Bedeutung gesellschaftlich zu bewältigen sind. Die Stadt Aschaffenburg betrifft dies auf verschiedenen Ebenen: Sie ist für die urbanen Lebensbedingungen ihrer Bürger und – in gewissem Umfang – für die Rahmenbedingungen ihrer ansässigen Unternehmen verantwortlich. Veränderungen der Bevölkerungsstruktur mit Auswirkungen auf die Inanspruchnahme sozialer Leistungen, Anzahl qualifizierter Nachwuchskräfte oder die Höhe des Steueraufkommens sind zu antizipieren und ggf. negativen Auswirkungen entgegenzusteuern. Der Umgang mit dem demografischen Wandel und anderen Trends – Globalisierung, Mobilität, kulturellem Wandel – ist auch ein Faktor, der die Attraktivität der Stadt im kommunalen Wettbewerb mitbestimmt.

Wirtschaftlich steht die Stadt Aschaffenburg im zuletzt verfügbaren Ranking der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (mit Daten aus dem Jahr 2009) in den Bereichen Wirtschaftsleistung, Pendlersaldo, Steueraufkommen und Anteil der Beschäftigung gut da. Sie erreichte bundesweit den 5. Rang unter den 100 bevölkerungsreichsten Städten.[1]

Im Hochschulranking des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) schnitt die Hochschule Aschaffenburg mit seinen betriebswirtschaftlichen und technischen Studiengängen mit Platzierung in der Spitzengruppe ab[2] – ein für die regionale Rekrutierung von Nachwuchskräften wichtiger Faktor.

Auch im Zukunftsatlas 2010 der Prognos AG erreichte der Standort Aschaffenburg mit Rang 26 unter den 412 untersuchten kreisfreien Städten und Gemeinden eine sehr gute Platzierung. Der Stadt Aschaffenburg werden damit sehr hohe Zukunftschancen zugeschrieben. Beim Thema Demografie erreicht die Stadt Aschaffenburg allerdings „nur“ den Rang 75. [3]

Im Prognos-Familienatlas 2012 werden der Stadt gute Bedingungen für Familien sowie Wohn- und Arbeitsbedingungen bescheinigt und ein Platz im oberen Drittel zugeordnet (kein Gesamtwert vorhanden). Auch hier fallen in der Einzelwertung die Demografiewerte – dahinter stehen z.B. der Saldo der Familienwanderung oder die Entwicklung der Geburtenhäufigkeit – zurück auf mittlere bis untere Plätze[4].

Die insgesamt guten Werte in den Städte-Rankings zeigen, dass die Stadt Aschaffenburg für gute Wirtschafts- und Lebensbedingungen sorgt und sich in der Rolle einer aktiv steuernden Kommune sieht. Gleichwohl ist Demografie für die Stadt ein wichtiges Thema der Zukunft.

---

[1] http://www.insm-regionalranking.de/2009_k_kreisfreie-stadt-aschaffenburg.html
[2] http://www.h-ab.de/schueler-studieninteressenten/studieren-in-aschaffenburg/rankings/
[3] http://www.prognos.com/Zukunftsatlas-2010-Regionen.753.0.html
[4] http://www.prognos.com/familienatlas/12 Ergebnisübersicht Stadt Aschaffenburg

2.2 Demografische Entwicklung und Herausforderungen

2.2.1 Bundesweite Entwicklung

Die demografische Entwicklung ist gut vorhersehbar, denn die Bevölkerungs-fortschreibung basiert auf den bereits Geborenen und der Geburtenquote, die nur gering schwankt.

Neben einer Verschiebung der Alterspyramide ist bedeutsam, dass sowohl bei der Gruppe der Jüngeren als auch bei der mittleren Altersgruppe die Bevölkerung abnimmt. Wachstum verzeichnet nur die Gruppe der über 60-Jährigen.

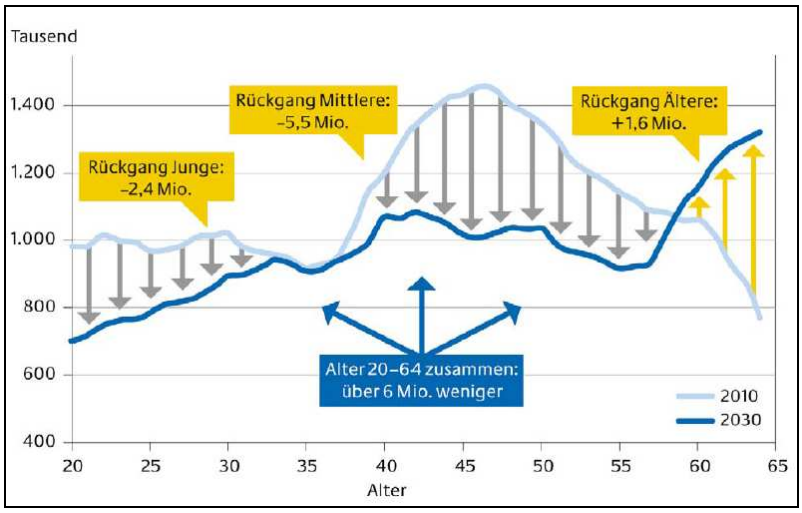


Abb. 4. Altersstruktur der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren, 2010 und 2030 (in 1.000)
Quelle Grafik: Bundesministerium des Innern, Demografiebericht 2012; S.106.
Daten: Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W2

Schaut man sich diese Trends einmal nur für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter an (aus Gründen der Datenverfügbarkeit hier nur bis 65 Jahre), zeigt sich ein Rückgang der Dichte der Arbeitsbevölkerung.

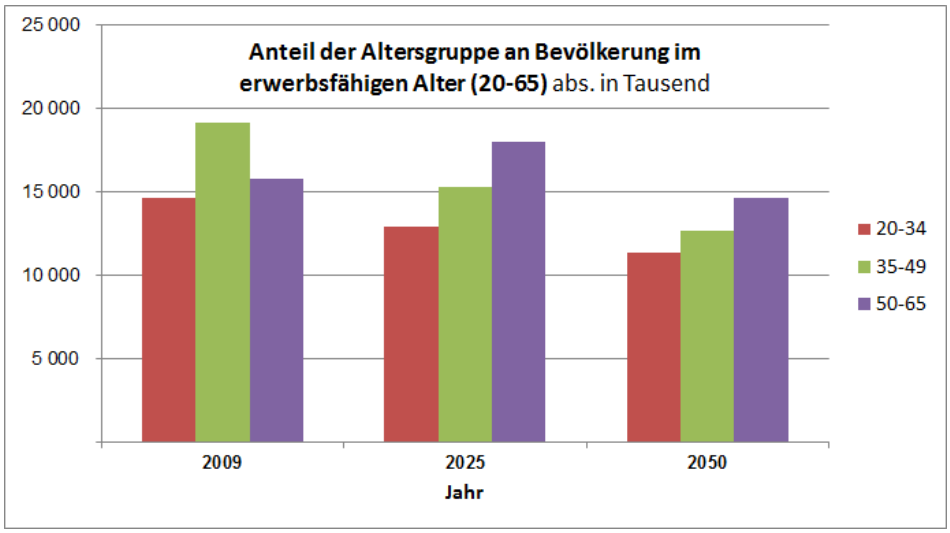


Abb. 5: Anteil der Altersgruppen im erwerbsfähigen Anteil im Zeitverlauf (abs.)
Daten: Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W2

Altersgruppe	Anteil an Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 20-65 Jahre (in Prozent)		
	2009	**2025**	**2050**
20-34	29,5%	28,0%	29,4%
35-49	38,6%	33,0%	32,8%
50-65	31,9%	39,0%	37,9%

Tab.1 : Anteil der Altersgruppen im erwerbsfähigen Anteil im Zeitverlauf (prozentual)
Daten: Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W2

Zwar ist der Saldo der Zu- und Abwanderung nach einer mehrjährigen konstanten Phase von 100.000 pro Jahr (plus/minus 20.000) im Jahr 2011 wieder auf plus 320.000 gestiegen[5]. Zugleich ergab die Volkszählung 2011 aber eine Korrektur der Gesamtbevölkerung um minus 1,5 Millionen auf jetzt rund 80,2 Millionen.

Das Verhältnis von jung zu alt in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter verschiebt sich durch Geburtenrückgang, Verlängerung der Lebensarbeitszeit (Heraufsetzen Renteneintrittsalter auf 67) sowie den Rückgang staatlich subventionierter Ausstiege (Auslaufen der Altersteilzeitregelung und Rückgang des Anteils der Erwerbsminderungsrenten). Die Erwerbsquote älterer Menschen (55-65-Jährige) stieg von 52% im Jahr 2005 auf 63,8% im Jahr 2011.

Diese parallelen Entwicklungen werden auch für Unternehmen relevant in Form von:

- Mangel an qualifizierten Nachwuchskräften,
- Erhöhung des Durchschnittsalters in den Unternehmen,
- stärkere Beteiligung der Altersgruppe von 60-67 an altersgemischten Teams.

Wie mit diesem anwachsenden Altersdurchschnitt in den Unternehmen umgegangen wird, hängt stark von deren Einstellung zum Alter ab.

2.2.2 Alter in der Diskussion

Altern ist nach heute herrschender Fachsicht kein kalendarisches oder rein physisches Merkmal, sondern ein sozialer, psychischer und darüber hinaus sehr individueller Prozess. Menschen in den höheren Altersgruppen sind hinsichtlich ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten innerhalb ihrer Altersgruppe viel unterschiedlicher als die in den jüngeren Altersgruppen. Faktoren wie Motivation, Nutzung von Erfahrungswissen und Lernfähigkeit streuen in den höheren Lebensaltern ebenfalls sehr stark.

Auch bei der altersbezogenen Untersuchung der krankheitsbedingten Fehlzeiten muss differenziert werden (siehe nächste Seite).

[5] Bundesamt in Zahlen 2011: Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration, S.70

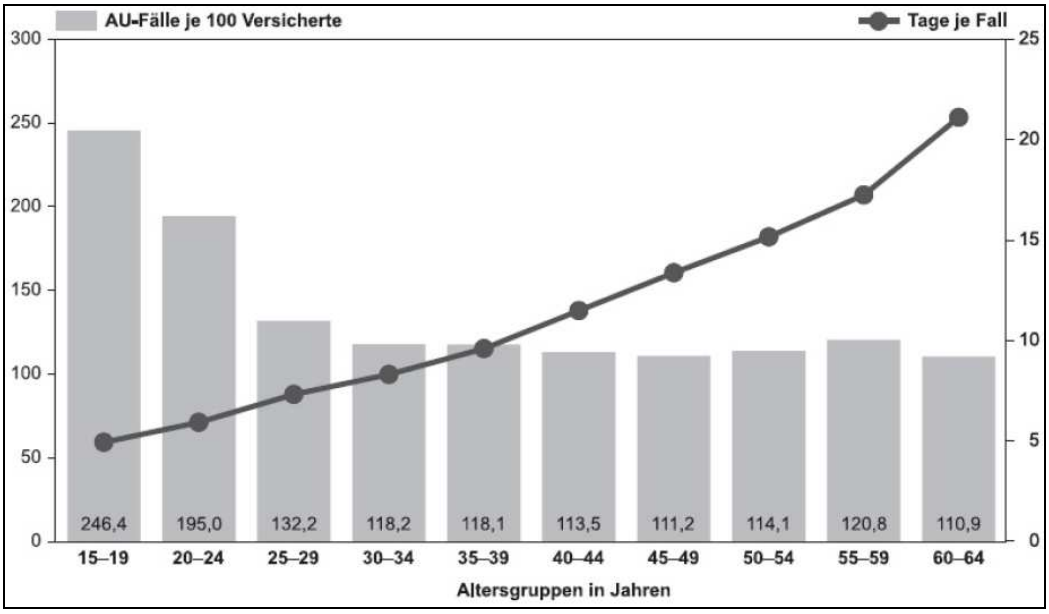


Abb.6: Anzahl der Dauer und Fälle der Arbeitsunfähigkeit der AOK-Mitglieder im Jahr 2011 nach Alter
Quelle: WIdO, Fehlzeitenreport 2012

Die AU-Fallzahlen nehmen mit dem Alter tendenziell ab. Dies mag daher rühren, dass öfter bzw. schwerer Erkrankte bereits vorzeitig aus dem Berufsleben ausgeschieden sind.

Das AU-Tagevolumen – auf dieser Basis berechnet sich der Krankenstand – weist aber einen deutlichen Zusammenhang mit dem Alter auf: Die AOK-versicherten Arbeitnehmer zwischen 60 und 64 Jahren sind im Versicherungsjahr im Schnitt etwas über 20 Tage krankgeschrieben. Hier wirkt sich die altersbedingte Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und die längeren Erholungs- und Genesungszeiten aus. Dieser Altersgradient (weniger oder gleich viele Fallzahlen, höhere Anzahl der AU-Tage) hängt aber wiederum stark von der Tätigkeit ab. So kann der Einfluss der Tätigkeiten entscheidender sein als der des Alters, wie die Grafik zu den Berufsgruppen zeigt.

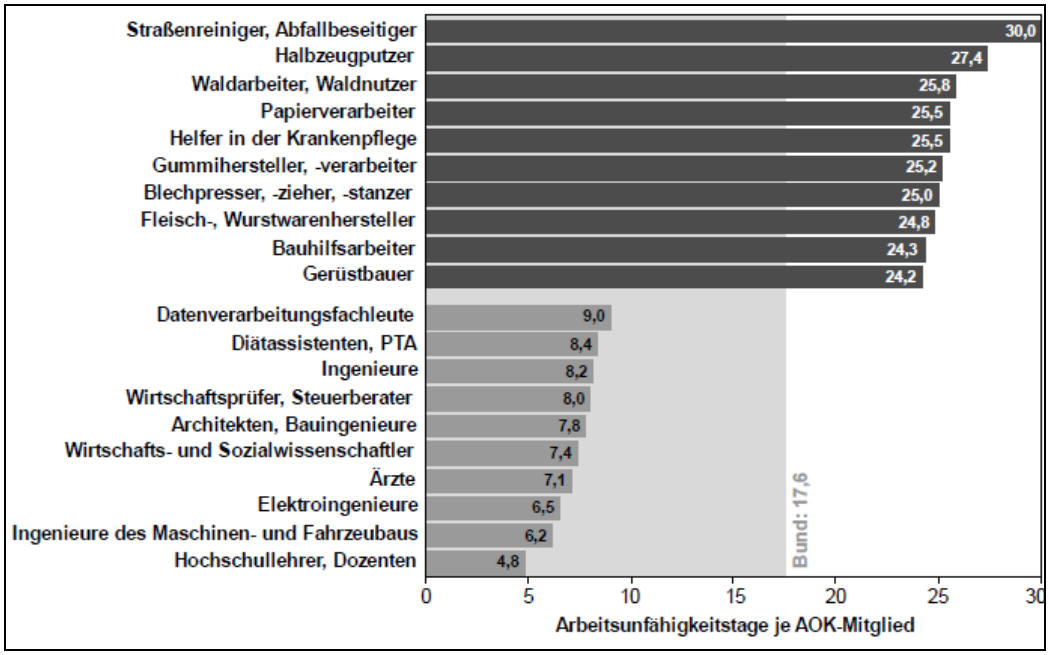


Abb. 7: Berufsgruppen mit hohen und niedrigen Fehlzeiten, AOK-Mitglieder im Jahr 2010
Quelle: WIdO Fehlzeitenreport 2011

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Übrigen auch bei den Anträgen zur Erwerbsunfähigkeitsrente. Hier fallen Personen mit körperlich anstrengenden, gering qualifizierten Tätigkeitsfeldern bei geringen Entscheidungsspielräumen quantitativ sehr deutlich auf.

Der im Altersverlauf wichtigste Erkrankungsbereich bei den AU-Tagen (hier der AOK-versicherten Beschäftigten bundesweit) ist nach wie vor der des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes: Ab der Alterstufe 40 plus berägt ihr Anteil an den AU-Tagevoumen mehr als 25%. In den höheren Alterstufen steigt der Wert bis 28,8% an. Der Anteil der psychischen Störungen ist in der höchsten Altersstufe mit 7,3% deutlich geringer als in den mittleren Altersgruppen, wo diese Diagnosehauptgruppe bis über 11% erreicht.

Es ist hier darauf hinzuweisen, dass 2011 rund 41 Prozent der Arbeitnehmer, die eine Erwerbsminderungsrente beantragten, wegen einer Erkrankung aus dem Bereich der psychischen Störungen vorzeitig aus dem Berufsleben ausschieden – ein neuer Höchststand. Das bedeutet, dass viele Personen mit diagnostizierten psychischen Störungen im höheren Erwerbsalter bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

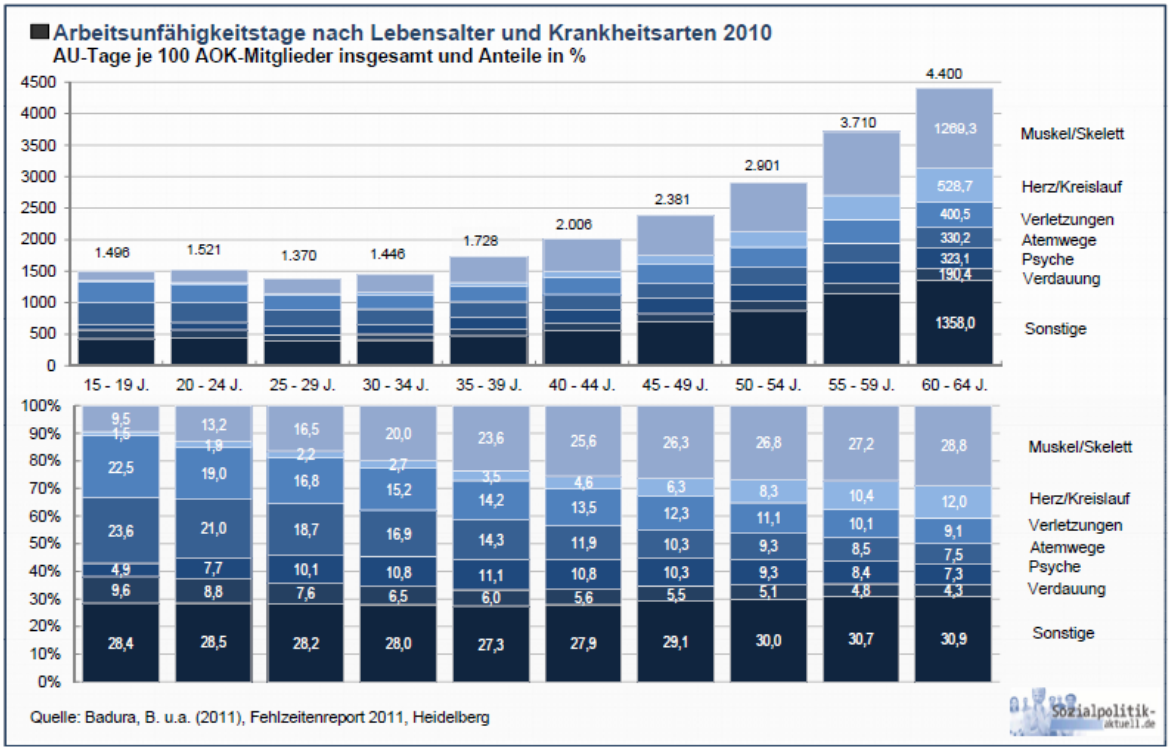


Abb. 8: Arbeitsunfähigkeitstage nach Lebensalter und Krankheitsarten, AOK-Mitglieder im Jahr 2010
Quelle: WIdO, Fehlzeitenreport 2011

2.2.3 Einstellungen zum Alter: Vom Defizit- zum Kompetenzmodell

Die Stigmatisierung des Alters hat seine Geschichte: Nach dem ersten Weltkrieg wurden Ergebnisse der ersten Intelligenz- und Reaktionstests nur als Abnahme der Körperkräfte und intellektuellen Funktionen ab einem Alter Mitte 20 interpretiert. Es entstand das „Defizitmodell des Alters“. Für das berufliche Umfeld wirkte lange die Vorstellung nach, dass Ältere einen negativen Einfluss auf die Produktivität von Betrieben haben und sowohl in Zeiten des Wohlstandes wie auch bei hoher Arbeitslosigkeit wurden Programme aufgelegt, die die Betriebe von Menschen über 55 und zuweilen auch über 50 Jahren „leerfegte“ (vgl. M. Sporket 2011, S. 106).

Das Defizitmodell sah Altern als einen Prozess des Verlustes von Gesundheit, Kraft, Attraktivität und Fähigkeiten – alles Elemente, die im Erwerbsleben hoch bewertet werden (INQA, 2005).

Die Einstellungen zum Alter sind nach wie vor von diesem Modell gezeichnet. Das Defizitmodell gilt aber seit den 90er Jahren als empirisch widerlegt (Richenhagen, G. 2003, S. 5).

Die aktuellen Ergebnisse der Alternsforschung weisen in eine andere Richtung: Tests zeigen zwar Leistungsbereiche, die mit dem Alter abnehmen, wie Schnelligkeit der Reaktion, Koordination, Kraft, Hör- und Sehvermögen sowie die „flüssige“ (fluide) Intelligenz (Schnelligkeit der Informationsaufnahme, -verarbeitung, Orientierung in neuen Situationen). Diese Leistungsgrenzen werden aber in der Wirklichkeit der

Berufswelt oft gar nicht erreicht und ihre Abnahme wirkt meist erst im höheren Alter nach der Erwerbsphase.

Andere Kompetenzbereiche nehmen hingegen zu: Erfahrung, Persönlichkeit, Intuition, Wissen, Vernetzung des Wissens, emotionale Stabilität etc.

Weitere Kompetenzen bleiben gleich (kristalline Intelligenz wie Erfahrungs- und Allgemeinwissen sowie Wortschatz, Sprachvermögen…). Das Gehirn insgesamt bleibt im Alternsprozess sehr viel länger „plastisch“, d.h. anpassungs- und lernfähig, als angenommen.[6]

Eine Untersuchung zu altersbezogenen Zuschreibungen von Personalverantwortlichen in Unternehmen ergab, dass „älteren Beschäftigten mehr Erfahrungswissen und Arbeitsdisziplin, eine bessere Einstellung zur Qualität, mehr Zuverlässigkeit, Loyalität und Führungsfähigkeit zugeschrieben [werden], jüngere Beschäftigte punkten bei den Potentialen Kreativität, Lernbereitschaft, Flexibilität, körperliche Belastbarkeit und beruflicher Ehrgeiz.“ (Richenhagen 2003, S.6).

Heute hat sich in der Fachwelt das „Kompetenzmodell des Alters“ durchgesetzt. Es spiegelt auch den Wandel der Arbeitswelt in Deutschland: Der Anteil der Produktion am Bruttosozialprodukt (2012: 26%) geht in Deutschland stark auf Dienstleistungen und forschungs- und humankapitalintensive Arbeit (68,4%) zurück. Mit abnehmender Bedeutung körperlicher Arbeiten und Zunahme dieser „Wissensarbeit“ ist die Leistungsfähigkeit im höheren Erwerbsalter neu zu bewerten. Bei altersgerechter Qualifikation können Kompetenzen erhalten, entwickelt und auch neue Qualifikationen erworben werden, die für die heutige Arbeitswelt mit ihren Anforderungen an Wissens- und Emotionsarbeit bedeutsamer sind als Testergebnisse zur Reaktionsgeschwindigkeit.

2.2.4 Fazit

Als wichtigste Herausforderung stellt sich vor allem die Veränderung von Werten und Überzeugungen gegenüber dem Alter in Unternehmen dar. Hier ist z.B. dem Vorurteil der geringeren Veränderungsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft zu begegnen. In einem geeigneten Altersklima, einer altersgerechten Führung und durch Kompetenzförderung und Aufgabenanreize sind Ältere nicht weniger motiviert und flexibel als Jüngere (vgl. Roßnagel 2011).

Eine weitere Herausforderung ist der tatsächlich wirkende körperliche Leistungsabbau im zunehmend höheren Erwerbsalter, der in Tätigkeiten mit körperlichen Arbeitsanteilen eine wichtige Rolle spielt. Trotz anhaltender Anstrengungen zur Kompensation durch technische Innovationen und Hilfsmittel fordert dies weiterhin Aktivitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Die körperlichen Arbeitsanteile nehmen auch im Verhältnis zu den psychischen und qualifikatorischen Anforderungen der wachsenden Wissens- und Dienstleistungsbereiche ab. Hier ist die Herausforderung, das Kompetenzprofil auch der älteren Beschäftigten ständig weiter zu entwickeln. Die dritte große Herausforderung ist es deshalb, die Qualifikation aller Beschäftigten zu sichern. Dies

---

[6] vgl. Prümper 2011/ Brandenburg 2007, S.73ff/ Kraft, U. 2007

gilt insbesondere für ältere Beschäftigte, die spezifische Anforderungen an die Rahmenbedingungen von Qualifikation stellen und bei der innerbetrieblichen Weiterbildung mitunter nicht gut erreicht werden (siehe hierzu den Abschnitt in praktischen Teil). Aber nur mit ständiger Lernbereitschaft sind die durch Innovation bedingten neuen Anforderungen und der damit einhergehenden Entwertung des Erfahrungswissens zu bewältigen.

2.3 Demografiefestes Personalmanagement

In einem demografiefesten Personalmanagement werden die Entwicklungen im erwerbs- und lebensbiographischen Verlauf eines Menschen bei der Gestaltung der Personalentwicklung und der Arbeitsgestaltung – ihrer Aufgaben, Umgebung und Organisation – berücksichtigt.

Im Folgenden werden Ansätze hierzu aufgezeigt.

2.3.1 Haus der Arbeitsfähigkeit

Im Zusammenhang mit gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung steht das prominente Konzept der Arbeitsfähigkeit des finnischen Soziologen Juhani Ilmarinen (Soziologe) und des deutschen Arbeitsmediziners Jürgen Tempel:

„Arbeitsfähigkeit bezeichnet die Summe der Faktoren, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitsanforderung in die Lage versetzten, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen“ (Ilmarinen/Tempel zit. n. Prümper 2011, S.136).

Dieses arbeitswissenschaftliche Modell sieht Arbeitsfähigkeit durch Humanressourcen einerseits und Arbeitsanforderungen andererseits beeinflusst. Das Zusammenwirken beider Aspekte kann die Arbeitsfähigkeit weiterentwickeln und fördern, aber auch reduzieren und vermindern. Damit wird beim Konzept der Arbeitsfähigkeit die Sicht auf individuelle Gesundheitsressourcen mit der Sicht auf unternehmerische Verantwortung vereint. Ilmarinen und Tempel behalten damit den individuellen Nutzen wie auch den Unternehmenserfolg im Blick (Sporket 2011, S. 109).

Die Haupteinflussfaktoren oder „Stellschrauben“, die auf die Arbeitsfähigkeit wirken, werden im so genannten „Haus der Arbeitsfähigkeit“ zusammengefasst.

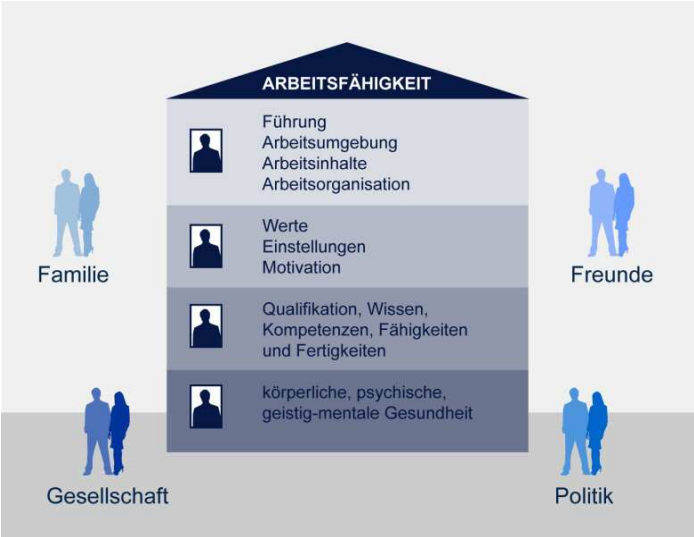


Abb. 9: Haus der Arbeitsfähigkeit (n. J. Ilmarinen, J. Tempel 2002)

Das Haus der Arbeitsfähigkeit besitzt vier Stockwerke, die aufeinander aufbauen:

- Die Basis bildet die Gesundheit der Beschäftigten, d.h. das persönliche körperliche und psychische Leistungsvermögen.
- Die zweite Stufe bezieht sich auf die Kompetenz der Beschäftigten als eine wichtige Ressource mit den Elementen der Qualifikation, der Fähigkeiten und des Wissens.
- Im dritten Stockwerk werden die Werte, d.h. die Einstellung und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschrieben.
- Unter dem Dach werden der Einfluss von Führung sowie die Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation eingeordnet.

Das Haus der Arbeitsfähigkeit ist mit der Außenwelt verbunden. Dies soll signalisieren, dass auch die Faktoren Familie, persönliches Umfeld und regionale Umgebung die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Hier ist der Einfluss des Unternehmens jedoch begrenzt.

Aus diesen und ergänzenden Aspekten einer alternsgerechten Gestaltung der Arbeit[7] werden hier sechs Handlungsfelder zur Förderung der Arbeitsfähigkeit beschrieben:

2.3.2 Werte und Bewusstsein

Die größte Herausforderung ist der Einstellungs- und Bewusstseinswandel bei Beschäftigten, Führungskräften und insbesondere bei Personalverantwortlichen. Wie ausgeführt ist das Defizitmodell des Alters nach wie vor nicht ausgeräumt. Hier ist ein Wissensdefizit auszugleichen durch Information und Best-Practice-Beispiele zur Wirksamkeit des „Kompetenzmodells“.

Bei den Beschäftigten behindert vor allem die Idee eines frühzeitigeren Ausscheidens die Auseinandersetzung mit Strategien einer eigenen aktiven Gesund- und Kompetenzerhaltung. Hier können innerbetriebliche Angebote für die Beschäftigten 50plus helfen, Perspektiven zu entwickeln.

Schulungen der Führungskräfte zu „gesundheitsgerechter Führung“ sollten ergänzt werden durch Elemente „alternsgerechter Führung“, in der das Wissen über die eigene

[7] s. zu den Ergänzungen M. Sporket 2011, S. 115ff und Frerichs 2011, S. 51ff

betriebliche Altersstruktur und das Wissen zu Altersprozessen mit seinen differenzierten Veränderungen in Körper, Psyche und Motivation vermittelt wird. Auch die eigenen Einstellungen sollten reflektiert werden. So urteilen Führungskräfte bei sich selbst anders über die Auswirkungen des Alterns als bei anderen: Sie sehen sich selbst auch in höherem Alter unverändert leistungsfähig, flexibel und motiviert, während sie bei anderen frühzeitigere Abstriche unterstellen.

2.2.3 Gesundheitsressourcen

Im Haus der Arbeitsfähigkeit bildet die „Gesundheit“ das Fundament, auf dem die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ruht.

Im betrieblichen Kontext ist es zunächst der klassische Arbeits- und Gesundheitsschutz, der vor belastenden und krankmachenden Faktoren schützt. Die Kernprozesse, die auf dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) von 1973 und dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) von 1996 basieren, sind auf die Verhütung und Vermeidung von berufsbedingten Gefahren und schädigenden Belastungen ausgerichtet. Wenn die Arbeitstätigkeit nicht frei von Belastungen gestaltet werden kann, kommen technische, organisatorische oder medizinische Maßnahmen zur Kompensation der Belastungsfolgen zum Einsatz.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung hat einen vorsorgenden, präventiven Charakter. Sie fokussiert auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit und fragt damit weniger nach Krankheit, sondern danach, was gesund erhält. Gesundheit und das Empfinden von Lebensqualität werden stark durch die Verfügbarkeit von Ressourcen des Selbstmanagements beeinflusst, z.B. durch die Fähigkeiten zur Reflexion des persönlichen Gesundheitsverhaltens, durch das Wissen um und ggf. Trainieren von Verhaltensalternativen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, ein Empfinden von Sinn und Einflussmöglichkeiten u.a.

Dieser „salutogenetische“[8] Ansatz, der von Aaron Antonovsky in den 70er Jahren begründet wurde, geht von einem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit aus, innerhalb dessen sich der Mensch sein ganzes Leben lang bewegt. Neben einer genetischen Disposition sind es die Bewältigungsstrategien und Ressourcen, die stark beeinflussen, wie die Betroffenen sich in dem Kontinuum bewegen. Zentrale Ressource zur Gesunderhaltung ist der 'sense of coherence', das sog. "Kohärenzgefühl", welches sich aus kognitiven und emotionalen Reaktionen auf herausfordernde Lebensereignisse zusammensetzt. Positiv ist es, wenn diese – auch kritischen – Ereignisse transparent sind und verstanden werden können, wenn sie zu bewältigen sind und man ihnen einen Sinn und eine Bedeutung geben kann.

In der Zwischenzeit kamen viele Untersuchungen auch im Kontext von Arbeit und Organisationen zu ähnlichen Ergebnissen. Richter u.a. haben einmal die wichtigsten Gesundheitsressourcen zusammengestellt.

---

[8] Salutogenese von /Salus/. lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; /Genese/: /griech/. Entstehung.

Gesundheitsressourcen		
Organisationale	Soziale	Personale
• Aufgabenvielfalt • Tätigkeitspielräume • Qualifikationsnutzung • Lernmöglichkeiten • Partizipationsmöglichkeit	• Soziales Netzwerk • Unterstützung durch: Vorgesetzte, Arbeits-kollegen, Lebenspartner u.a. • Transformationaler Führungsstil (Führen über herausfordernde Ziele, persönliche Bindung, motiv-verstärkende Führung)	• Zukunftsorientierung • Flexible Bewältigungsstile • Selbstregulationsfähigkeit • Disposition zu Optimismus • Kohärenzerleben[9] • Hardiness (Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress) • Selbstwirksamkeits-überzeugungen • Erholungsfähigkeit

Tab. 2: Gesundheitsressourcen (Richter 2010, S. 29ff.)

Um Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitsressourcen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu erfassen, eignet sich der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der Fassung vom 27. August 2010. Hier werden die Ansatzpunkte umfassend beschrieben.

Das Handbuch definiert inhaltlich verschiedene Präventionsfelder und formuliert darüber hinaus qualitative Vorgaben, wie präventive Angebote umgesetzt werden sollten.

Mit diesen Angeboten sollen die Beschäftigten aller Altersgruppen direkt angesprochen und für Themen der persönlichen Gesundheitsförderung sensibilisiert werden.

Die Maßnahmen werden in Form von Seminaren, Workshops oder Kursen umgesetzt.

Neben quantitativen Ober- und Untergrenzen für einzelne Leistungen präzisiert der Leitfaden auch den inhaltlichen und methodischen Anspruch. Dies soll helfen, die Qualität der Maßnahmen zu verbessern.

Folgende Präventionsprinzipien werden dabei aufgegriffen:

- Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates,
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz,
- Förderung der individuellen Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz,
- Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung,
- Suchtmittelkonsum.

[9] Das Erleben von Kohärenz hängt ab vom Vertrauen darauf, dass die Anforderungen der Arbeit transparent und erklärbar sind, man über ausreichend Fähigkeiten und Ressourcen verfügt, sie zu bewältigen und die Arbeit als sinnvoll erlebt wird.

Zu diesen – eher auf Verhalten bezogene Maßnahmen – sind die Arbeitsgestaltungsmaßnahmen des nächsten Abschnitts auf der Verhältnisebene zu ergänzen.

2.3.4 Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung

Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung ist zunächst einmal Anwendung klassischer Arbeitswissenschaften mit Themen wie Ergonomie, Arbeitszeitregelung, Aufgabenzuschnitt und Arbeitsteilung, Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung. Hiervon profitieren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Alters- und Beschäftigungsgruppen.

Strategien	Ziele
Korrektive Arbeits-gestaltung	Korrektur erkannter Mängel
Präventive Arbeits-gestaltung	Vorwegnehmende Vermeidung gesundheitlicher Schädigun-gen und psychosozialer Beeinträchtigungen
Prospektive Arbeits-gestaltung	Schaffung von Möglichkeiten der Gesundheits- und Persön-lichkeitsentwicklung

Tab. 3: Ziele unterschiedlicher Strategien der Arbeitsgestaltung (Ulich, 2010, S.235)

Mit der obigen Unterscheidung von Ulich zielt gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung vorwiegend auf präventive und prospektive Arbeitsgestaltung. Die prospektive Arbeitsgestaltung wird am ehesten dem Anspruch gerecht, auf die sich im erwerbsbiographischen Verlauf verändernden Beanspruchungsfolgen einzugehen. Sie schafft altersdifferenzierte Arbeitsplatzsysteme, wie z.B. individuell adaptierbare Benutzerschnittstellen bei Software oder die von Einzelnen oder Gruppen veränderbaren Arbeitsabfolgen und Arbeitsteilungen (Ulich, 2010, S. 236).

Ulich (2010; S.244f) benennt nachfolgend „Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung, die Aufgabenorientierung bewirken, Anforderungen erhöhen und Belastungen reduzieren“:

- Vollständigkeit,
- Anforderungsvielfalt,
- Möglichkeiten der sozialen Interaktion,
- Autonomie,
- Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten,
- Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit,
- Sinnhaftigkeit.

Eine besondere Gestaltungempfehlung ist die der Flexibilität der Arbeitszeit. „Lebenszeit wird [...] als rares und einziges im eigentlichen Sinne dem Menschen gehörendes Gut begriffen“ (Jung 2010, S. 42) Zeitsouveränität und Autonomie werden in erlebter „Zeitnot“ immer wichtiger. Flexible Arbeitszeiten, Sabbaticals,

Arbeitszeitkonten etc. sind geeignete Maßnahmen, die Kontrolle über die Lebenszeit zu erhalten. Dies ist für ältere Beschäftigte insofern bedeutsam, als sich in der zweiten Lebenshälfte meist ein Perspektivenwechsel der eigenen Zeitrechnung vollzieht: Sie wandelt sich von „Zeit seit der Geburt“ in „Zeit bis zum Tod“ (Roßnagel 2011).

2.3.5 Kompetenzentwicklung und Qualifikation

Ältere Beschäftigte sind heute – nach Abklingen des Frühverrentungsklimas – nicht mehr von der Kompetenzerhaltung und -entwicklung freigestellt.

Fachkräftemangel, längere Lebensarbeitszeit, höherer Anteil der Älteren bei zugleich hohem Innovationsdruck sind die wichtigsten Gründe, warum Unternehmen motiviert sein sollten, auch ältere Beschäftigte weiterzubilden.

Auf Seiten der Beschäftigten sind es Überforderungen durch den Wandel der Anforderungen (z.B. Informatisierung, Flexibilisierung), der drohende Verlust an Erfahrungswissen durch Innovation sowie die Erweiterung von Strategien im Umgang mit zunehmenden Wettbewerbs- und Arbeitsdruck, die zur Weiterbildung motivieren (sollten).

Im Abschnitt Demografie wurde auf die Lernfähigkeiten der Älteren verwiesen. Die Lernbereitschaft hängt jedoch stark von der Gestaltung ab. Folgende Rahmenbedingungen sind förderlich für den Lernerfolg älterer Beschäftigter (wobei jüngere davon natürlich ebenfalls profitieren, aber deren Fehlen besser kompensieren können):

- Selbststeuerung des Lernens (z.B. Lerntempo, Vertiefungen, Übung, Pausen),
- Anknüpfung an Erfahrungswissen (Praxisrelevanz, persönlicher Lerngewinn),
- Integration von Arbeit und Lernen (Vermeidung schulischer Lernbedingungen, arbeitsnahe Qualifikation, kontinuierliches Lernen am Arbeitsplatz statt raptusartiger Lernoffensiven),
- Individualisierung (systematischer Bezug auf individuelle Kompetenzprofile und Arbeitsplatzanforderungen),
- Differenzierung (Berücksichtigung sozialer Ausgangsvorrausetzungen, Bildung, Gesundheitszustand etc.).

(M. Sporket 2010, S. 126f.)

Diese Rahmenbedingungen sind bei Angeboten der innerbetrieblichen Weiterbildungen oder bei Durchführung von externen Bildungsträgern zu überprüfen. Evaluationen – sei es im Vorgesetztengespräch oder über Teilnehmerbögen – sollten um solche Kriterien ergänzt werden.

2.3.6 Führung

Im Rahmen der Entwicklung des Konzeptes Arbeitsfähigkeit haben Ilmarinen/Tempel den Arbeitsfähigkeits-Index (ABI) entwickelt, der aus einer Selbsteinschätzung zu Leistungsfähigkeit und Gesundheit sowie zu eigenem Entwicklungsbedarf und wünschenswerter Unterstützung seitens des Unternehmens besteht. Darauf baut ein

individuelles Coaching zur Sicherung aktiver erster Schritte auf, das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ (s. INQA Leitfaden 38).

Forschungen auf der Basis des ABI zeigen, dass in den Studien die nachhaltigsten Verbesserungen durch die Kombination von Fitnessprogramm, ergonomischen Verbesserungen und angemessenem Führungsverhalten erreicht wurden:

> „Gutes Führungsverhalten und gute Arbeit von Vorgesetzten ist der einzige hoch signifikante Faktor, für den eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr nachgewiesen wurde“ (Richenhagen 2007.S. 42f).

Neben dem im vorigen Abschnitt besprochenen Werteansatz ist eine altersentsprechende Führung eine wichtige Vorrausetzung zum Erhalt der Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft von älteren Beschäftigten.

Die andere Stellschraube – die Motivation Älterer – wird unterschiedlich beantwortet. Es gibt Studien, nach denen die Arbeit ab dem 50. Lebensjahr auf einen niedrigeren Bedeutungsrang zurückzufallen beginnt, während sie davor neben der Familie das Lebensziel Nr. 1 war (Roßnagel 2009, S.127ff.).

Andere Forscher fanden hingegen Hinweise auf eine veränderte Motivation: Ältere konzentrieren sich stärker auf die wichtigsten Ziele, um Dinge zu optimieren oder ggf. stärker nachlassende Leistungsfähigkeit zu kompensieren. Mit diesem Modell der SOK-Strategie: „Selektion – Optimierung – Kompensation“ (nach Baltes/ Baltes zit. n. Lang 2012, S.167ff.) erklären sich auch unterschiedliche Motivlagen Älterer. Ob diese Motive umsetzbar sind und zu einem anhaltenden Engagement führen, hängt also davon ab, ob ein Unternehmen bereit ist, die Aufgabengestaltung entsprechend zu variieren.

Jüngere Beschäftigte nehmen nicht passende Aufgaben evtl. motiviert an, da sie sie mit Karrierezielen belegen können – die Älteren selektieren stärker, wenn die Aufgabe geringere Passung mit eigenen Zielen und Motivationen hat:

„Bei Älteren gewinnt die motivationale Selektivität, also das Erstreben positiver Emotionen und das Vermeiden negativer Emotionen, größere Wichtigkeit; Karriereziele treten in den Hintergrund. Und dann ist es durchaus wichtig, ob eine bestimmte Aufgabe mit den eigenen Motiven kompatibel ist. Ist sie das nicht, sinkt die Motivation dafür. Und im Gegenzug kann die Motivation für andere Aufgaben durchaus steigen.“ (Roßnagel 2009, S.130).

Ein altersabhängiges Motiv ist: „Generativität“, also das Bedürfnis, sich um zukünftige Generationen zu kümmern. Im Arbeitskontext z.B. die Weitergabe von in der Berufsbiographie erworbenen Wissen. Ältere streben gegenüber Jüngeren hier eindeutig eine höhere Umsetzung an (Grube 2009). Das kann z.B. bedeuten, dass ältere Beschäftigte, Gelegenheit zum Wissenstransfer suchen, auf den organisationalen Zusammenhalt achten, die Organisationsgeschichte und das Kulturbewusstsein bewahren etc.

Zusammengefasst ist älteren Beschäftigten der Arbeitskontext wichtiger als jüngeren Beschäftigten. Er entscheidet darüber, ob die altersgewandelten, eher intrinsischen Motive, die sich auf die Aufgabe selbst oder stärker auf soziale, emotionale und

generative Rahmenbedingungen beziehen, umsetzbar sind. Sind sie es, dann sind Ältere mindestens genauso motiviert wie Jüngere. Sind sie es nicht und herrscht eine jungenzentrierte Arbeitsgestaltung, wird das Ziel eher in einem Ausstieg oder Rückzug liegen.

2.3.7 Laufbahngestaltung

Die Laufbahngestaltung kann ein umfassendes Instrument einer alters- und alternsgerechten Gestaltung von Erwerbsarbeit sein (vgl. M. Sporket 2010 S. 134-136).

„Laufbahnen ordnen im erwerbsbiographischen Verlauf Anforderungen, Anreize und Belastungen so hintereinander, dass ein Erwerbsleben bis ins Rentenalter hinein regelmäßig erreicht werden kann“. (ebd., S134).

Elemente einer solchen Laufbahngestaltung ordnen sich in drei Bereiche:

- Führungskarriere,
- Fachkarriere und Spezialistenfunktion,
- Tätigkeitswechsel, bzw. Anreicherung der Tätigkeit.

Diese betrieblichen Positionen sind heute in weitaus flexiblerer Form individuell zu gestalten. Dies schließt Wechsel zwischen den Positionen ein.

Karriereaufstieg heißt i.d.R. Führungslaufbahn. Sie wird als Gratifikation erlebt: der evtl. höheren zeitlichen Belastung, der Beanspruchung durch Mitarbeiter u.a. stehen der Statusgewinn, die Höherqualifizierung, höhere Entlohnung und die Chance auf weitere Karriereoptionen gegenüber.

Durch Fusionen, Rationalisierung von Führungsebenen (flache Hierarchien) oder Stellungstopps in öffentlichen Einrichtungen sind die vertikalen Laufbahnen in vielen Unternehmen aber limitiert.

Während die Anforderungen und Qualifikationen an Fachkräfte steigen, kann dieser Aufstieg deshalb oft nicht realisiert werden. Hier eignet sich neben der befristeten Übernahme von Fach- und Spezialistenaufgaben die Übernahme von Projektleitungen.

Andererseits sollte das „Karrierefenster“ nicht auf die „Rush Hour“ des Lebens zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr begrenzt sein, in der möglicherweise Berufskarriere, Partnerschaft, Kindererziehung und Hausbau parallel hohe Anforderungen stellen (Huber 2013). Für Eltern nach der Erziehungszeit und für Spätentschlossene sollten Einstiege in eine Führungskarriere auch jenseits der 40 möglich sein. Schließlich haben viele Beschäftigte heute ein hohes Renteneintrittsalter und selbst im Alter von 45 Jahren gibt es noch eine Perspektive von über 20 Jahren Berufstätigkeit.

Statt einer Führungskarriere streben viele auch eine Spezialisten- und Fachkarriere an. Manchmal allerdings nur, wenn die Option einer zeitlichen Befristung besteht, damit hieraus nicht eine Sackgasse wird. Diese Positionen erlauben i.d.R. auch gesundheitsförderliche Qualifikation, Verantwortung für vollständige Aufgaben und den Nutzen längerfristig gültiger Kompetenzen. Führungskräfte sollten hier bei älteren Beschäftigten auf die Wahrung des Bedürfnisses nach höherer Autonomie und Selbstwertschutz achten und eher emotional als sachlich führen.

Innerhalb der normalen Erwerbslaufbahn bieten sich für ältere Beschäftigte Tätigkeitswechsel und Übernahme von Sonderaufgaben an, die organisationales und berufliches Erfahrungswissen voraussetzen. Dies sind zum einen Aufgaben wie Mentoren, Coaches, Ausbilder etc. sowie Tätigkeiten, bei denen es um Verantwortung, Qualitätsbewusstsein, Koordinationsarbeit geht wie im Qualitäts-, Projekt- oder im Schnittstellenmanagement.

Die Laufbahngestaltung bedarf einer längerfristigen Planung und Einbeziehung der Betroffenen. Sie sollte deshalb eng mit Personal- und Unternehmensentwicklung abgestimmt werden.

2.3.8 Lebensphasenorientiertes Personalmanagement

Ausgehend von der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Leistungsfähigkeiten älterer Beschäftigter wurde immer wieder deutlich, dass sich die Maßnahmen auch auf andere Gruppen beziehen: Gute Führung, Gesundheitsmanagement, Berücksichtigung individueller Motivation, Karriereplanung sind für alle Teilgruppen eines Unternehmens relevant.

Zum Abschluss soll hier deshalb darauf hingewiesen werden, dass „demografiefestes Personalmanagement“ oder „Alternsmanagement“ nicht zu einem alleinigen Fokus auf ältere Beschäftigte führen sollte.

Personalmanagement muss heute **alle Phasen der Lebens- und Erwerbsbiographie** differenziert betrachten und die jeweiligen Herausforderungen strategisch beantworten.

Beispiele hierzu sind:

Neben den klassischen Karrieremodellen entsprechen „**Wellenkarrieren**“ mit Plateaus oder zeitweisen Ausstiegen und/ oder Wiedereinstiegen besser den flexiblen Lebenslaufentwürfen auch in der mittleren Generation (DGFP e.V. 2012, S. 55 ff.).

Die Forschungsergebnisse zur Produktivität und Innovation **altersgemischter Teams** sind positiv, solange es gelingt, persönliche Beziehungen und die Teamkommunikation konstruktiv zu halten (Düzgün 2008 S. 132ff.).

Im Bereich der Suche, Einstellung und Bindung von Nachwuchskräften wird zuweilen vom **„War for Talents“** gesprochen. Zurzeit dominiert die jüngere Zielgruppe, die „Generation Y“, die Diskussion im Personalmanagement. Sie zu finden, zu rekrutieren und zu binden mit alterstypischen Medien, Gratifikationen und Sinnstiftungen hat schon zahlreiche Konferenzen beschäftigt.

Teil II Umsetzung in der Stadtverwaltung Aschaffenburg

1. Ausgangslage

1.1 Bisheriger Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Seit dem Jahr 2002 bietet die Stadt Aschaffenburg ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Kurse aus der betrieblichen Gesundheitsförderung an wie Fitness- und Bewegungsangebote, Entspannung, Muskelentspannung, Gesundheitstage mit verschiedenen Schwerpunktthemen oder Raucherentwöhnung.

Im Oktober 2011 wurde vom Oberbürgermeister ein Strategieworkshop initiiert, bei dem – unter externer Begleitung – Vertreter zahlreicher Ämter und Funktionen den Startschuss zum BGM-Projekt gaben. Ziel des Projektes war es zunächst, Strukturen und Prozesse für ein nachhaltiges BGM aufzubauen.

An dem Strategieworkshop nahmen folgende Personen teil:

Klaus Herzog	Oberbürgermeister
Werner Elsässer	Bürgermeister
Werner Kirchgessner	Betriebsarzt, B.A.D. GmbH
Christina Bathon	Amt für Umwelt- und Verbraucherschutz
Heike Friedel	Stadtkämmerei
Joachim Kehl	Schulhausmeister
Johannes Maidhof	Amt für Hochbau und Gebäudewirtschaft
Wolfgang Kreß	Volkshochschule
Simone Mogge	Jobcenter
Elke Paulson	Personalrat
Tobias Ruppert	Amt für Hochbau und Gebäudewirtschft
Martin Völker	Garten- und Friedhofsamt
Dagmar Walter	Schulverwaltungs- und Sportamt
Andreas Seifried	Amt für zentrale Dienste
Berthold Schang	Amt für zentrale Dienste
Marsha Hölzl	Gesundheitsfürsorge und Prävention

Unterstützt wurde der Strategieworkshop durch Gesundheitsexperten der B.A.D. GmbH.

Als Konsequenz des Strategieworkshops wurde eine AG Gesundheit aus Teilnehmern am Strategieworkshop gegründet, die das BGM-Projekt steuert. Fach- und Prozessexpertise wurde extern durch die B.A.D. GmbH und – seit Beginn 2013 – auch durch die AOK Aschaffenburg beauftragt.

Eine erste Aktivität war die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung für alle der rund 1.000 Beschäftigten der Stadtverwaltung.

Zu Beginn des Jahres 2013 wurde ein gesonderter Arbeitskreis beauftragt, ein nachhaltiges BGM-Konzept zu entwickeln. Unter der Federführung des

Sachgebietsleiters Personalentwicklung, Herrn Schang, arbeiten Vertreter der AG, Experten aus dem B.A.D. GmbH und der AOK an einem Konzept, in welchem Organisation, Prozess und Inhalte des BGM der Stadt Aschaffenburg entwickelt und dargestellt werden.

1.2 Beschäftigten- und Altersstruktur

Für das Jahr 2012 ergibt sich folgende Altersverteilung für die Stadtverwaltung Aschaffenburg:

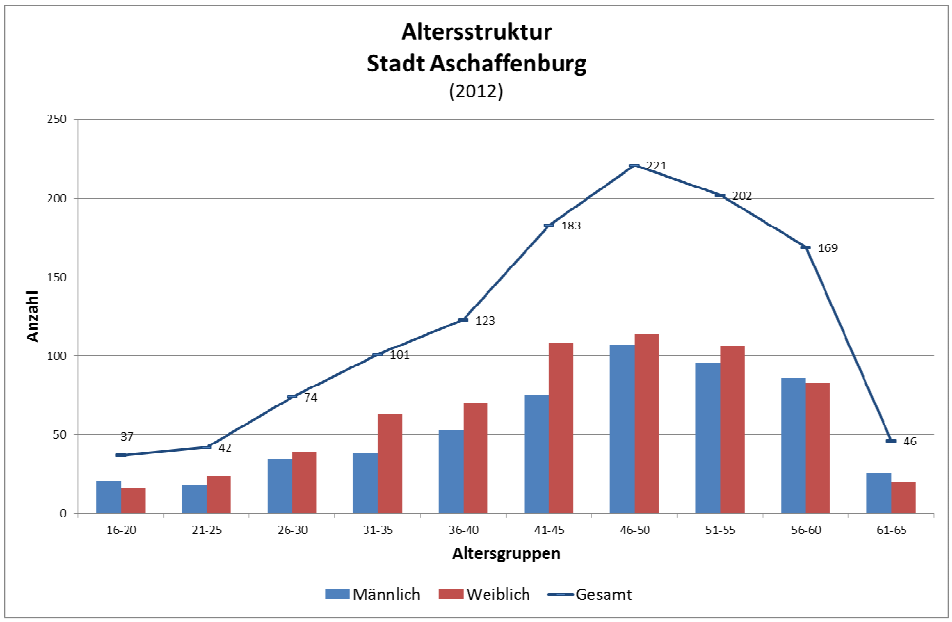


Abb. 1: Übersicht Altersstruktur Stadtverwaltung Aschaffenburg

Die Altersstrukturanalyse der Stadtverwaltung Aschaffenburg zeigt eine alterszentrierte Verteilung (Abb.: 1), in der über den relativ kurzen Zeitraum von 20120 – 2012 eine weitere Abnahme der mittleren Lebensalter von 36-45 Jahre und eine Zunahme der Altersgruppen ab 46 Jahren zu verzeichnen ist (Abb.: 2). Diese Altersgruppe machte 2012 bereits 53% der Beschäftigten aus.

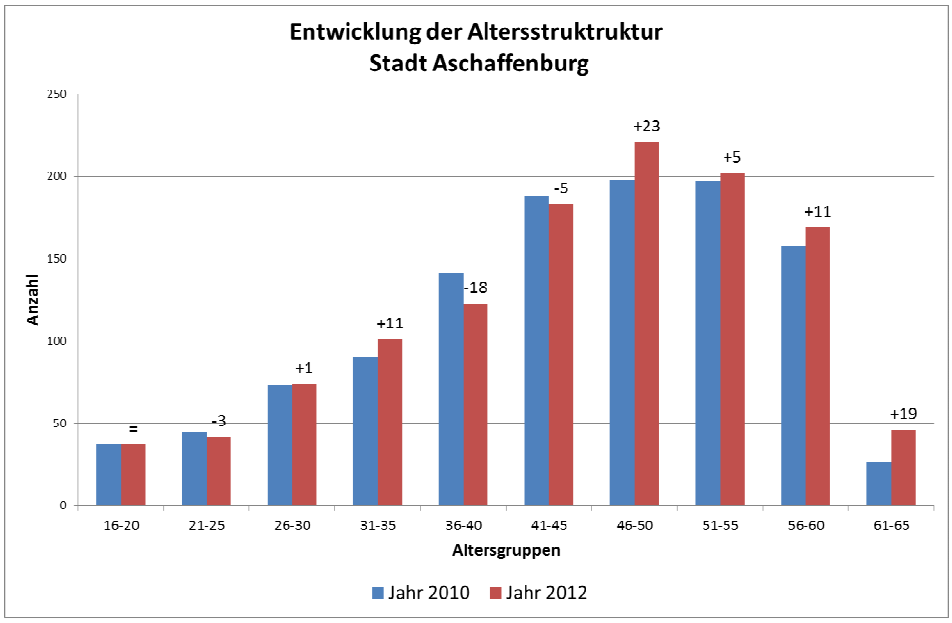


Abb. 2: Entwicklung der Altersstruktur Stadtverwaltung Aschaffenburg 2010-2012

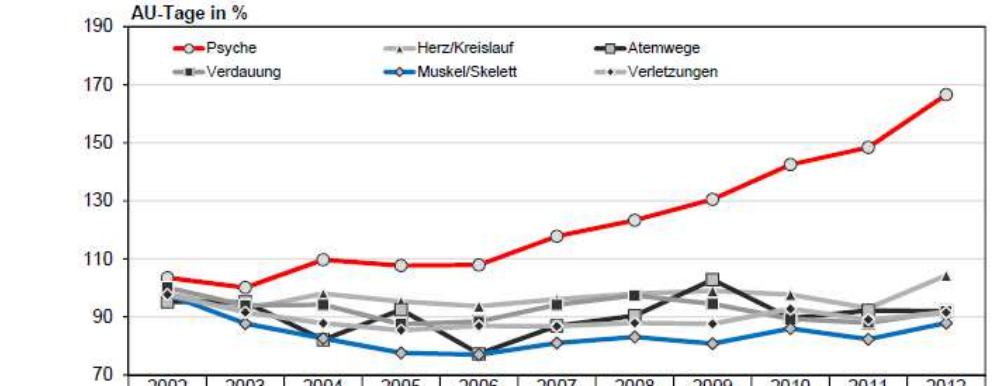
1.3 Fehlzeitenstruktur

1.3.1 Allgemeine Entwicklungen

Im Abschnitt Demografie wurde schon auf die hohe Bedeutung der Muskel- und Skeletterkrankungen hingewiesen, die in der Altersgruppe der 60 bis 65-Jährigen bundesweit über 28% der AU-Tage ausmachen.

Der Anteil der AU-Tage von Beschäftigten, die mit einer Diagnose aus dem Bereich psychische Störungen krankgeschrieben wurden, ist bei der aktiven Erwerbsbevölkerung im höheren Alter nicht so dominant – wahrscheinlich aufgrund erhöhter vorzeitiger Verrentung.

Dennoch lohnt ein Blick in die Entwicklung des AU-Volumens bei den psychischen Erkrankungen. Denn Auswertungen der AOK zeigen einen deutlichen Anstieg der AU-Tage in diesem Erkrankungsbereich. In der Indexdarstellung stiegen die AU-Tage aufgrund einer psychischen Erkrankung innerhalb von 10 Jahren um rund 63%, davon allein um 43% in den letzten vier Jahren.



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Psyche	103,5	100,1	109,7	107,7	107,9	117,8	123,3	130,5	142,5	148,4	166,6
Herz/Kreislauf	98,0	92,7	98,0	95,3	93,7	96,1	98,0	99,0	97,7	93,0	104,3
Atemwege	95,2	95,1	82,1	92,5	77,3	86,9	90,4	102,8	89,6	92,2	92,0
Verdauung	100,1	94,0	94,2	87,5	88,4	94,2	97,4	94,5	89,3	88,0	91,9
Muskel/Skelett	97,7	87,7	82,6	77,6	77,0	81,0	83,1	80,8	86,0	82,3	87,9
Verletzungen	97,7	91,6	87,8	85,4	86,9	86,8	87,9	87,6	92,8	89,1	91,5

Abb.3: Entwicklung der Krankheitsarten der AOK Versicherten im Bundesgebiet.
Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2013

Für diesen Anstieg wird die Zunahme an psychischen Belastungen durch eine veränderte Arbeitswelt mit verantwortlich gemacht. Der Stressreport 2102 benennt als Ergebnisse der zugrundeliegenden Untersuchung u.a. folgende Belastungen: „verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig betreuen[...], starker Termin- und Leistungsdruck, bei der Arbeit gestört, unterbrochen werden, [...], sehr schnell arbeiten müssen sowie ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge“ (BAuA 2012, S. 164ff). Darüber hinaus wird vielfach über zu geringen Handlungsspielraum berichtet.

Weitere aus der Literatur herangezogene Ursachen psychischer Belastungen sind die Entgrenzung von Arbeitszeit und Freizeit, Zunahme von Emotionsarbeit mit Dissonanzerlebnissen, hohe Informationsmenge oder ständige Umstrukturierungen.

1.3.2 Entwicklungen in der Vergleichsregion

Die AOK-versicherten Arbeitnehmer aus Bayern haben gegenüber dem Bundesschnitt ein um rund 0,6 Prozentpunkte geringeren Krankenstand. Dies ist bei der Bewertung der Vergleichsebene Bayern zu berücksichtigen.

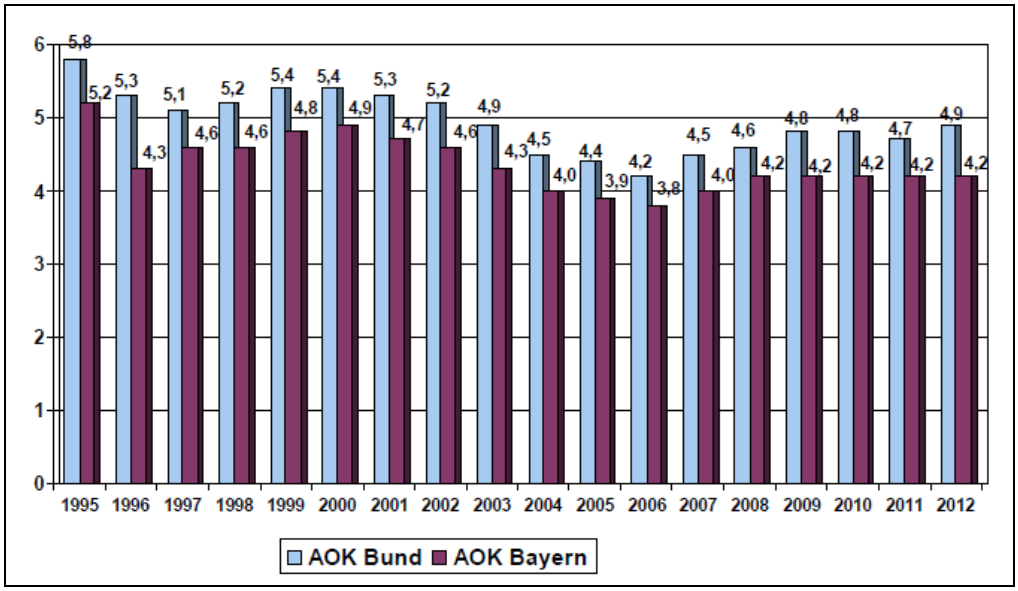


Abb.4: Krankenstandsentwicklung, Vergleich AOK-Versicherte im Bund und im Land Bayern
Quelle: AOK Bayern

Die AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg wertet jedes Jahr wichtige Krankenstandskennzahlen für die Stadt Aschaffenburg aus und stellt sie vor. An dieser Stelle sollen deshalb nur die wichtigsten Eckdaten aus der Auswertung für das Jahr 2012 dargestellt werden.

Die Auswertung erfolgt für alle AU-Fälle mit einer AU-Bescheinigung, was die Zahlen der Kurzzeiterkrankungen möglicherweise unterschätzt. Es werden auch Erkrankungen über sechs Wochen (Lohnfortzahlung) eingeschlossen.

Die Daten 2012 beziehen 547 AOK-versicherte Beschäftigte ein, die im Durchschnitt 47,7 Jahre alt sind. Der Anteil der Frauen (54,7%) ist etwas höher als der der Männer (45,3%).

Die Reinigungskräfte sind mit 28,5% die stärkste Gruppe. Sie hat ein Durchschnittsalter von 51,4 Jahren. Die zweitstärkste Gruppe sind die Gärtner und Gartenarbeiter mit 13,3% und einem Alter von 44,9. Es folgen Bürokräfte mit einem Anteil 12,4% und 46,1 Jahren im Schnitt. Die Sozialberufe (Sozialarbeit, Erziehung, Gesundheit) machen 7,3% aus, ihr Durchschnittsalter beträgt 42,2 Jahre.

Überblick wichtiger Krankenstandskennzahlen

Kennzahlen	AU-Fälle	AU-Tage
AU-Fälle je Mitglied / Krankenstand in %	1,42	5,2%
AU-Quote in % / AU-Tage je Mitglied	63,1%	17,1
Anteil der Arbeitsunfälle an den AU-Fällen	3,5%	-
Anteil der AU-Dauer mit mehr als 42 Tagen	3,9%	33,6%
Anteil der AU-Dauer mit 1 bis 3 Tagen	28,2%	4,7%

Tab. 1: Krankenstandskennzahlen Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg

Mit 5,2% liegt die Stadt Aschaffenburg über dem Schnitt der AOK Bayern (4,2%) und leicht über dem AOK Bundesschnitt (4,9%)

Die Erkrankungen über sechs Wochen machen rund 3,9% der Fälle aus – aber rund ein Drittel des AU-Tagevolumen (und damit des Krankenstandes).

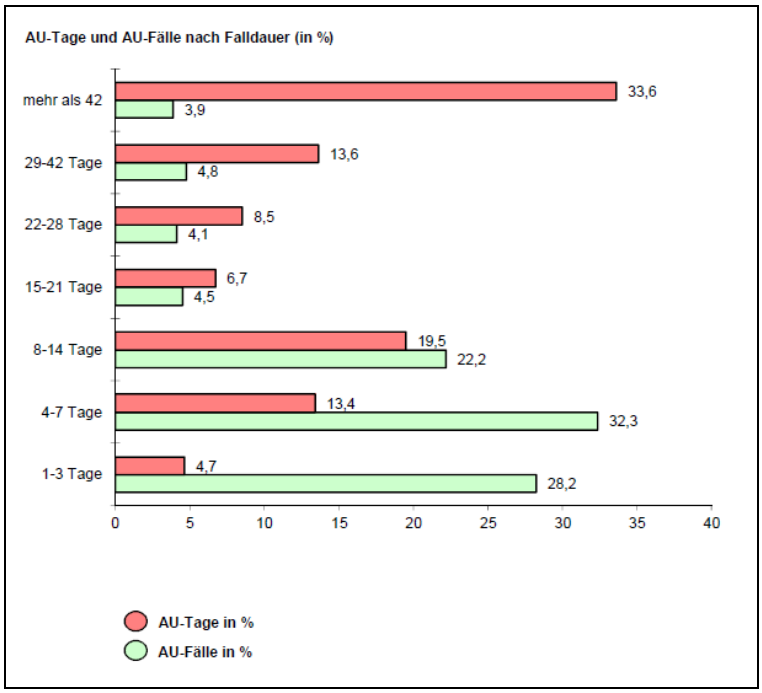
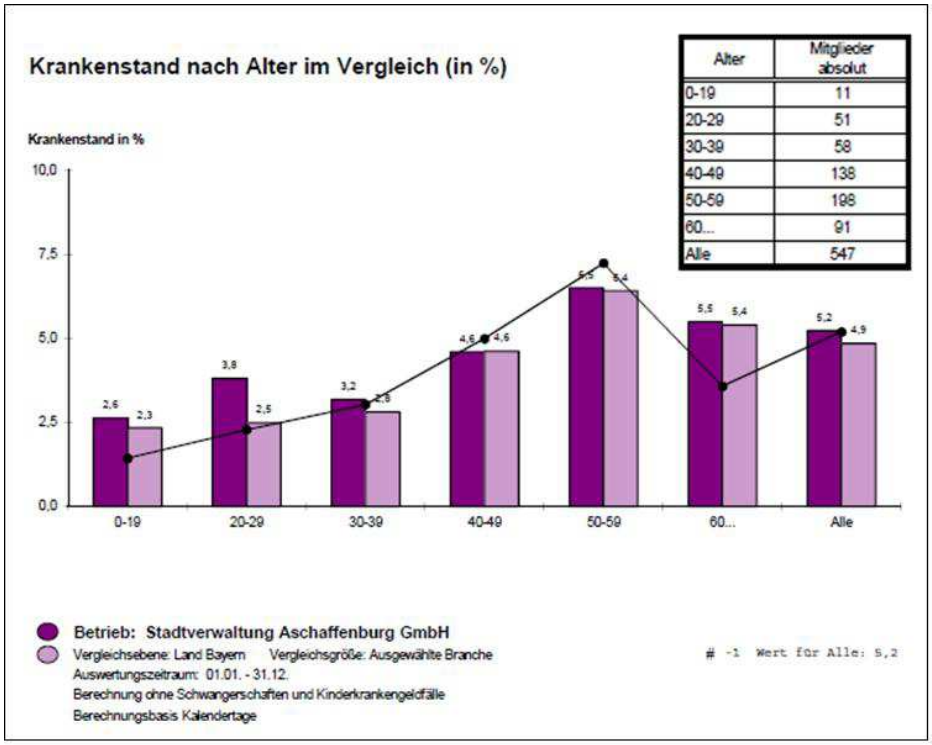
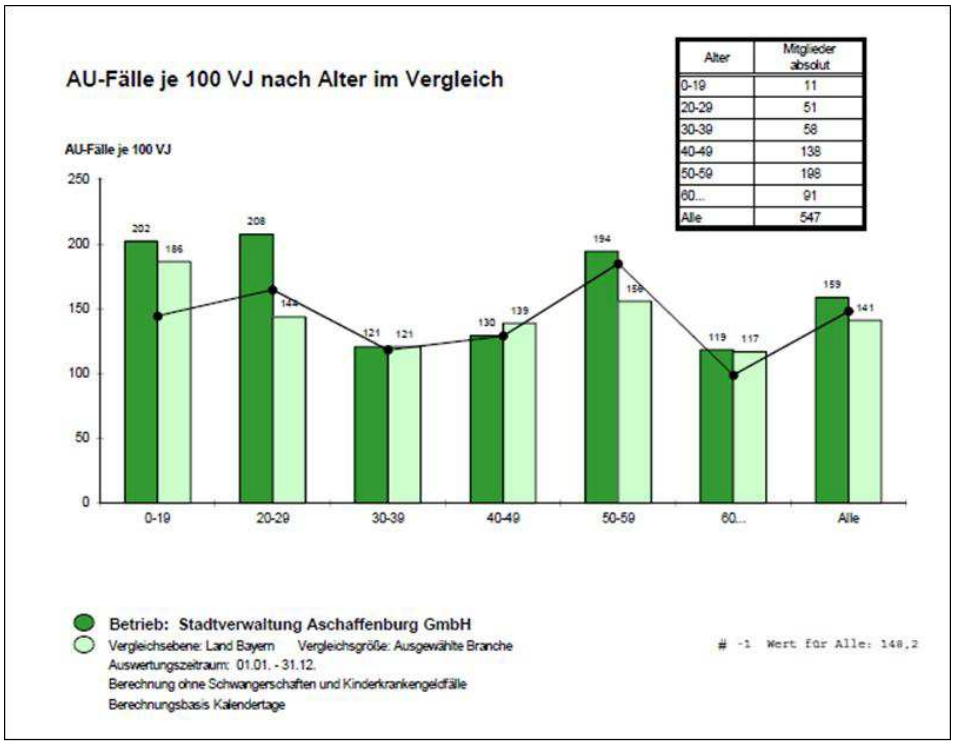


Abb. 5: Verteilung AU-Tage und AU-Fälle in % auf Falldauergruppen Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg



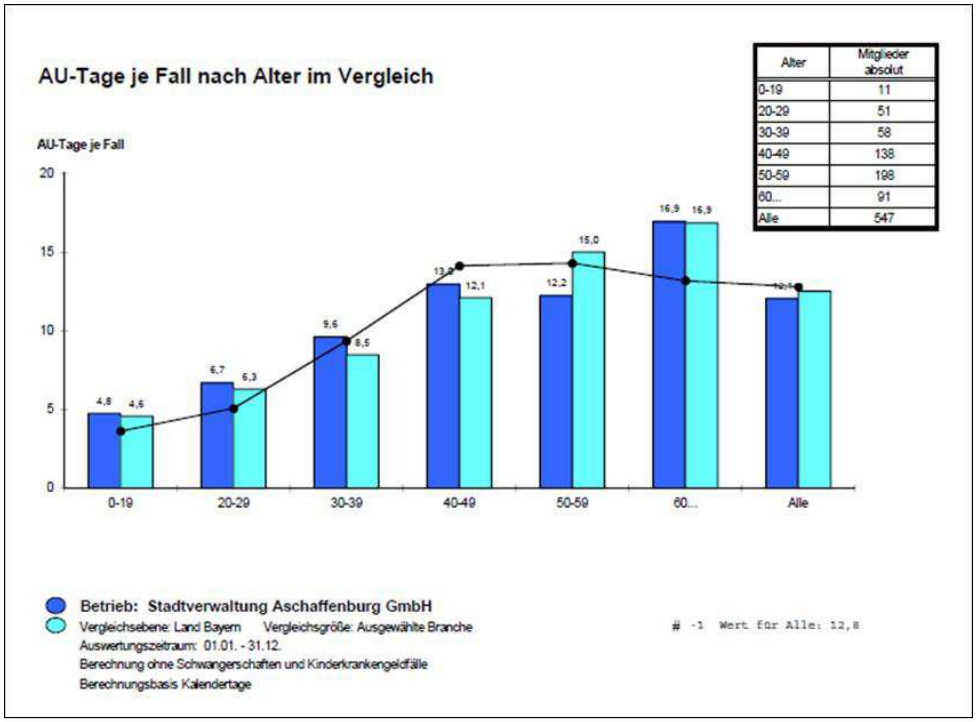
Alter	Mitglieder absolut
0-19	11
20-29	51
30-39	58
40-49	138
50-59	198
60...	91
Alle	547

Abb. 6: Krankenstand in den Altersgruppen Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg



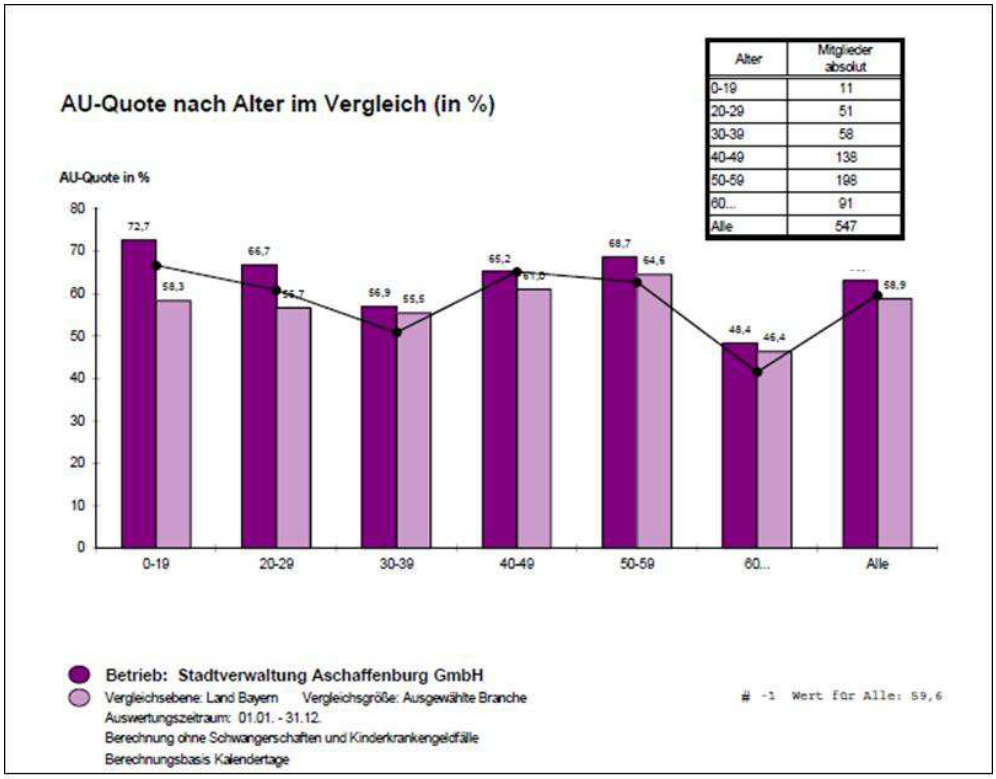
Alter	Mitglieder absolut
0-19	11
20-29	51
30-39	58
40-49	138
50-59	198
60...	91
Alle	547

Abb. 7: AU-Fälle je 100 VJ in den Altersgruppen Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg



Alter	Mitglieder absolut
0-19	11
20-29	51
30-39	58
40-49	138
50-59	198
60...	91
Alle	547

Abb. 8: AU-Tage je Fall in den Altersgruppen Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg



Alter	Mitglieder absolut
0-19	11
20-29	51
30-39	58
40-49	138
50-59	198
60...	91
Alle	547

Abb. 9: AU-Quote in den Altersgruppen Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg

Die im Abschnitt Demografie beschriebenen Trends zum altersbezogenen Krankenstand werden in der Auswertung der Stadt Aschaffenburg bestätigt:

Bei den AU-Fällen sind die beiden Gruppen der unter 30 Jährigen führend, gefolgt von der Gruppe der 50-59-Jährigen. Die Gruppe der über 60-Jährigen hat am wenigsten Fälle und diese Gruppe hat auch die geringste AU-Quote (48,4%) Allerdings müssen hier die 3-Tages-Karenzregelung sowie etwaige Altersteilzeitregelungen beachtet werden.

Die Ergebnisse der Auswertung der Krankheitsarten (Grafiken siehe Anhang) folgen ebenfalls dem Trend der im Abschnitt Demografie besprochenen Durchschnitts-ergebnisse: Die Muskel- und Skeletterkrankungen dominieren bei AU-Fallzahl und AU-Tagevolumen. Die psychischen Erkrankungen haben geringere Fallzahlen, sind aber durch längere Falldauern überproportional am AU-Tagevolumen beteiligt.

Bei den AOK-Versicherten der Stadt Aschaffenburg fällt aber die Höhe der AU-Tage bei diesen beiden Krankheitsarten auf: Zusammen bilden sie annähernd 50% des Krankenstandes!

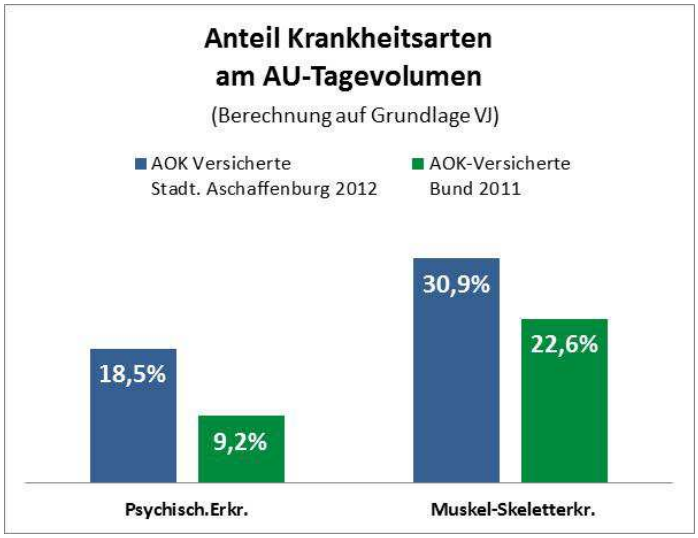
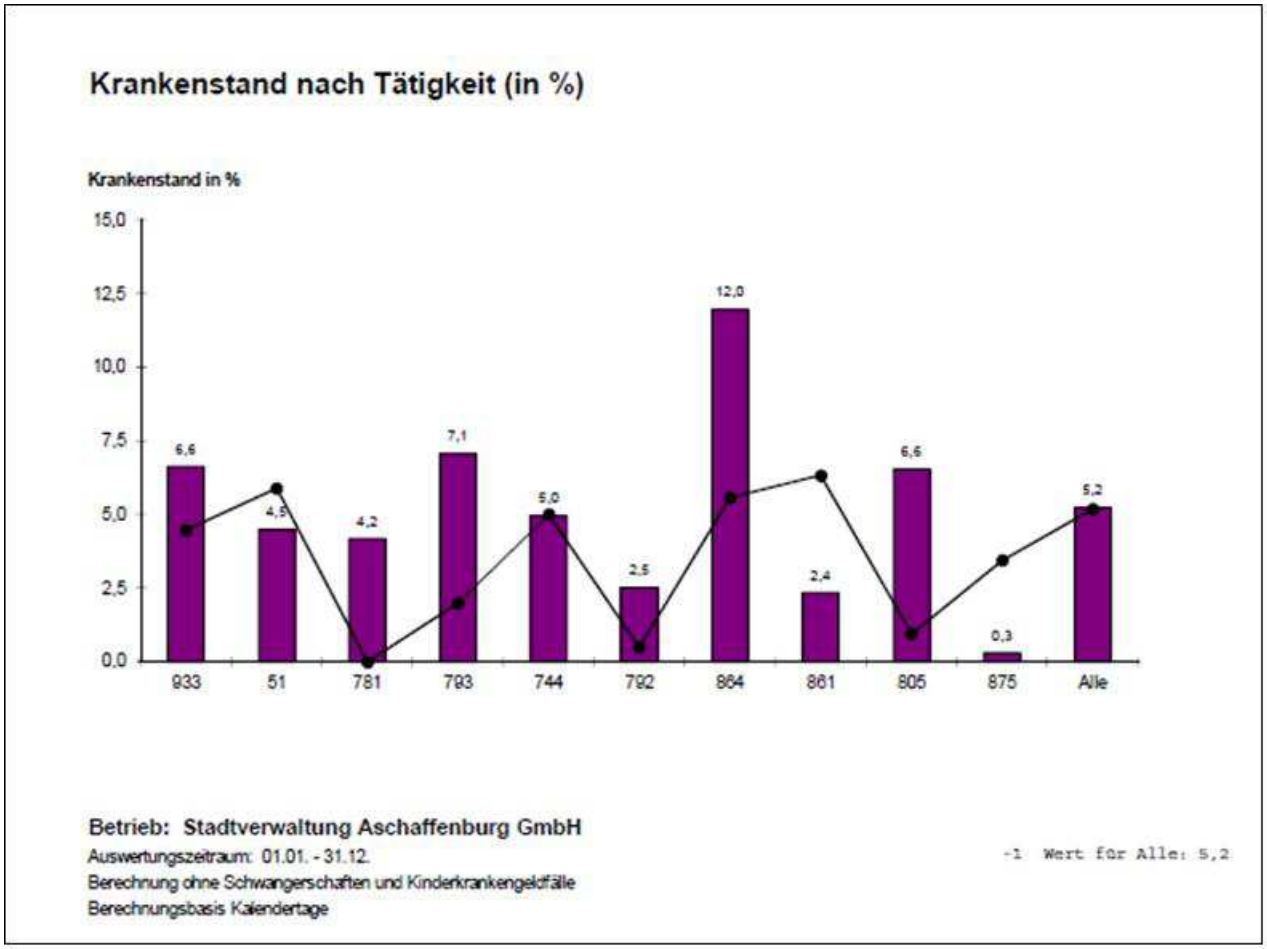


Abb. 10: AU-Tagevolumen in Prozent. Alle AOK-versicherten Beschäftigten Stadtverwaltung Aschaffenburg (N=547) gegenüber AOK Versicherte Bund. Eigene Berechnung auf Basis der Daten der AOK Aschaffenburg und des WIdO.

Auch hier sind zunächst Ausreißer, der Jahresvergleich und sonstige Rahmenbedingungen näher zu analysieren, bevor Rückschlüsse auf Verursachungen gezogen werden können.

Die tätigkeitsbezogene Auswertung (siehe nächste Seite) zeigt einen überdurchschnittlichen Krankenstand bei den Kindergärtnerinnen (12%), den Hauswarten und Pförtnern (7,1%), bei den Reinigungskräften (6,6%) und den gesundheitssichernden Berufen (6,6%). Allerdings sind diese Daten zunächst nur Hinweise auf Auffälligkeiten, die auf Ausreißer, d.h. einige wenige Langzeiterkrankte, im Jahresvergleich und bezgl. anderer Faktoren (Karenzregelung, Schichtarbeit, Wochenendarbeit etc.) zu analysieren sind.



Mitglieder absolut	Schlüssel	Tätigkeit
156	933	Raum-, Hausratreiniger
73	51	Gärtner, Gartenarbeiter
68	781	Bürofachkräfte
35	793	Pförtner, Hauswarte
21	744	Lager-, Transportarbeiter
16	792	Wächter, Aufseher
15	864	Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen
14	861	Sozialarbeiter, Sozialpfleger
11	805	Gesundheitssichernde Berufe
11	875	Lehrer für musische Fächer, a.n.g.
127	Rest	Weitere Tätigkeitsgruppen
547	Alle	Insgesamt

Abb. 11 und Tab. 2: Krankenstand nach Tätigkeiten Stadtverwaltung Aschaffenburg 2012; alle AOK-versicherten Beschäftigten (N=547), Auswertung der AOK Bayern, Direktion Aschaffenburg

Insgesamt müssen die Ergebnisse von AU-Analysen intensiv erörtert und ihre Chancen und auch Grenzen erkannt werden. Dann können sie zur Versachlichung der Diskussion um Fehlzeiten und Arbeitsbedingungen beitragen. Sie helfen auch, weitere Analyse durch Begehungsprotokolle, Fokusgruppen o.ä. anzustoßen und im Weiteren Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

1.4 Die wichtigsten Ergebnisse der MAB

Im Zeitraum April bis Mai 2012 wurde in der Stadtverwaltung Aschaffenburg eine flächendeckende Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Eingeladen hierzu waren sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Referate. Nicht teilgenommen haben die Eigenbetriebe. Von den 1.106 Beschäftigten der Stadtverwaltung haben sich 762 an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69%. Das Referat 4 hat mit 27% den höchsten Anteil an den auswertbaren Bögen, es folgt das Referat 1 mit 25% der Befragten.

Die gewerblichen Mitarbeiter machen einen Anteil von 21%, die Nicht-Gewerblichen einen Anteil von 44% aus. 9% der Antwortenden waren Führungskräfte mit Personalverantwortung. Keine Angaben zu ihrer beruflichen Stellung machten 26% der an der Befragung teilnehmenden Beschäftigten.

Im Alter von über 50 Jahren waren 33%, zwischen 41 und 50 Jahren waren 34%, zwischen 31 und 40 Jahren 20%, zwischen 21 und 30 Jahren 10%, unter 20 lediglich ein Prozent.

Der Anteil der Frau an den Teilnehmern betrug 57%. Ein hoher Anteil der Befragten arbeitet in Teilzeit (40%).

Schmerzen im Nacken- und/oder Schulterbereich hatten unter den Beschwerdeangaben mit 39,8% die meisten Nennungen in der Kategorie „sehr häufig“ und „häufig“. Es folgten die Schmerzen im Rücken mit 32,8% in diesen beiden Kategorien. Die weiteren Beschwerden folgten mit einem großen Abstand (max. 15% Kategorie „sehr häufig“ und „häufig“).

Bei den Fragen zum Wohlbefinden antworteten auf die Frage nach der Unbeschwertheit in der Kategorie „trifft eher zu“ bzw. „trifft voll und ganz zu“ 43,4% der Befragten, 40,3% auf die Frage nach Ruhe und Ausgeglichenheit, 38,1% auf die Frage nach ihrer Zuversicht.

Mit dem Gesundheitszustand voll und ganz zufrieden bzw. eher zufrieden waren 35,6% der Befragten. Immerhin 24% verneinten, dass sie sich voller Energie und Tatkraft fühlten.

Die Kantine der Stadtverwaltung Aschaffenburg wird von den Befragten nur in einem sehr geringen Maße (6%) überhaupt genutzt (Summe „gelegentlich“, „häufig“ und „sehr häufig“).

Mit der Ausstattung des Arbeitsplatzes sind 64% der Befragten zufrieden. Das Fort- und Weiterbildungsangebot der Stadt finden 46% der Befragten interessant und aktuell.

Das „erwartete Arbeitstempo ist sehr hoch“ empfinden 49% und für 37% der Befragten trifft es „eher zu“ oder „voll und ganz zu“, dass die Zeit für die Erledigung der Aufgaben zu kurz ist und sie damit unter Zeitdruck stehen.

Für den überwiegenden Anteil von 70% der Beschäftigten in der Stadtverwaltung Aschaffenburg sind die Aufgabe und Ziele klar benannt. 82% wissen entsprechend genau, was von Ihnen erwartet wird.

76% der Befragten meinen, dass Ihre Kenntnisse und Fähigkeiten völlig ausreichen, um erfolgreich arbeiten zu können. Der Prozentsatz derjenigen, die darüber klagen dass sie Aufgaben übertragen bekommen haben, für die sie nicht ausgebildet sind, beträgt 17% („eher“ und „voll und ganz“ zutreffend), zu 6% gaben die Befragten an, dass sie den Aufgaben nicht gewachsen sind.

Der Anteil derjenigen Befragten, die ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen können und selbstständige Entscheidungen treffen können, liegt bei über 60%.

Zu 49% erleben die Befragten ihre Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung und für nur 20 % trifft es „eher zu“ oder „voll und ganz zu“, dass sie ihre Fähigkeiten bei ihrer Tätigkeit nicht einsetzen können.

Zum Thema Work-Life-Balance machten 58% der Befragten die Angabe dass es „eher nicht“ bzw. „überhaupt nicht zutrifft“, dass sie aufgrund der Arbeit ihre Pflichten im Privatleben nicht nachkommen könnten. Immerhin 20% müssen wegen beruflicher Verpflichtungen die Pläne für private Aktivitäten ändern.

Zum Thema Führung äußerten 67%, dass ihr direkter Vorgesetzter nie ausfallend oder beleidigend wird, nur 5% sagten, dass dies „eher“ oder „voll und ganz“ zutreffe. Informationen über wichtige Dinge des Amtes und der Stadtverwaltung überbrächten die Vorgesetzten zu 55%. 20% sagten hier, dass dies „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zutreffe. Jeweils 61% meinten, dass der direkte Vorgesetzte zu dem steht, was er sagt, und dass er in jeder Hinsicht völlig zuverlässig ist. Die Befragten empfinden zu 67%, dass der direkte Vorgesetzte immer ein offenes Ohr für sie hat sowie zu 63%, dass der Vorgesetzte die Arbeit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anerkennt. Es bewerten 50% der Befragten, dass die Vorgesetzten darauf achten, dass sich ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beruflich weiterentwickeln können (jeweils Kategorie „trifft eher zu“ und „trifft voll und ganz zu“).

Die sozialen Beziehungen werden überwiegend gut beurteilt: 52% halten am Arbeitsplatz gut zusammen und 67% fühlen sich im Kollegenkreis insgesamt sehr wohl bzw. eher wohl. Dass man auch über persönliche Probleme offen reden kann, bestätigen 33%, hier ist die Kategorie „trifft teilweise zu“ mit 40% am größten. Den Umgangston schätzen die Beschäftigten meistens gut ein mit 69%.

Das Interesse an den internen Gesundheitsangeboten der Stadtverwaltung ist mit einer Zustimmung von 32% nicht so hoch. Die Aktivität außerhalb des Arbeitsumfeldes in Sachen Fitness ist größer: Hier antworteten 49%, dass sie Aktivitäten wie Teilnahme im Fitnessstudio etc. wahrnähmen.

Bei Inanspruchnahme der Gesundheitsangebote fällt auf, dass viele die bestehenden Angebote nicht kennen oder noch nicht teilgenommen haben: nur 19% haben bereits an einem Gesundheitskurs teilgenommen, dagegen 54% an einem sonstigen Weiterbildungsangebot der Stadt Aschaffenburg.

Das Angebot der arbeitsmedizinischen Beratung zur Ergonomie des Arbeitsplatzes kennen nur 30% und nur 22% kennen die Möglichkeit, eine Bildschirmarbeitsplatzbrille zu bekommen.

Beim Interesse an Angeboten aus dem Bereich Gesundheit dominiert mit 59% das Thema Stressbewältigung, es folgt das Interesse an mobiler Massage am Arbeitsplatz. Angebote an weiteren Bewegungsangeboten haben 54%, das Thema Ernährung finden 51% interessant und 52% die Durchführung einer Gesundheitswoche.

1.5 Strukturdaten zur Schwerbehinderung

Wird ergänzt

2. Herausforderungen bei der Implementierung

In einer Sitzung des für die Erstellung dieses Konzeptes berufenen Kreises (AK BGM) wurden Herausforderungen bei der Implementierung eines umfänglichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements gesammelt:

- Werden die notwendigen Ressourcen personell und finanziell bereitgestellt?
- Wie kann das Bewusstsein für Gesundheit bei Beschäftigten geweckt werden, so dass die Eigenverantwortung, die Sensitivität und die aktive Einstellung zu gesundheitsorientiertem Verhalten gefördert werden?
- Wie kann das Bewusstsein für Gesundheit bei Führungskräften geweckt werden, so dass sie „ins Boot geholt“ werden? Die Führungskräfte sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitsrelevant: Sie sind mitverantwortlich für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, sie stehen in einer sozialen Beziehung zu ihnen, sie sind Vorbild und Wegweiser.
- Wie können die verschiedenen konstruktiven und wertvollen Aktivitäten zu Gesundheitsthemen in der Stadt aufeinander bezogen werden? Eine geregelte Kooperation von Gesundheitsmanagement, Personalabteilung, Personalentwicklung, der Gleichstellungsbeauftragten und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement ist geboten.

3. Aufbau und Umsetzung eines BGM

3.1 Strategie und Führung

3.1.1 Formulierung einer Gesundheitspolitik

„Gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln machen das Verhalten einzelner Akteure, aber auch das Gesamtverhalten einer Organisation besser vorhersehbar und berechenbar. Sie reduzieren den Aufwand an Koordination, Kontrolle und Aushandlung durch Verpflichtung auf gemeinsame Ziele und verbindliche Verhaltensstandards.[...] Sie bilden das Kernstück der Unternehmenskultur “ (Badura 2008, S.35f.)

Die Stadt Aschaffenburg hat ein Zielsystem bestehend aus den Leitzielen:

- Bürgerzufriedenheit,
- Mitarbeiterzufriedenheit,
- Wirtschaftlichkeit,
- Nachhaltigkeit,
- Führung und Zusammenarbeit.

Im Jahr 2005 wurde im Rahmen der Verwaltungsweiterentwicklung eine Veranstaltung zum Thema: „Brauchen Mitarbeiter ein greifbares Leitbild“ durchgeführt. In fünf Arbeitsgruppen wurde sich intensiv mit den jeweiligen Unterzielen auseinandergesetzt.

In allen Arbeitsgruppenergebnissen finden sich Anknüpfungspunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, insbesondere in den Leitzielen Führung und Zusammenarbeit, Nachhaltigkeit und Mitarbeiterzufriedenheit.

Die Formulierung einer Gesundheitspolitik durch die oberste Leitung der Stadtverwaltung Aschaffenburg kann knapp gehalten sein, im Zielsystem verankert werden und sollte unter Beteiligung von Führungskräften und Beschäftigten entworfen werden.

Der AK BGM sammelte folgende Statements für einen ersten Entwurf der Gesundheitspolitik:

- Oberstes Ziel: Für alle Lebens- und Berufsphasen Gesundheit so fördern, dass auch über den Renteneintritt hinaus möglichst lange ein beschwerdefreies, gesundes Leben geführt werden kann.
- Das Motto: „Gesunde Mitarbeiter – gesunde Stadt“ verweist auf die Rolle der Stadtverwaltung hinsichtlich der Verantwortung für die Bürger und für die Mitarbeiter. Gute Lebensbedingungen zu schaffen und Respekt gegenüber den Anliegen zu haben gelten in beide Richtungen und bedingen sich.
- Ergänzt wird diese Dualität durch die zusätzliche Ausrichtung auf die Wirtschaftlichkeit: Sicherung der Leistungspotenziale der Beschäftigten, eine gute Führungs- und Unternehmenskultur sowie eine konstruktive Kommunikation sind (im Sinne des Sozialkapitalansatzes) Beiträge zur Effektivität und Effizienz der Stadtverwaltung.
- Die Leitung muss an erster Stelle überzeugt und beteiligt sein. So kann sie ihre Vorbildfunktion sichern und selbst positive Effekte nutzen.

- Führung passt sich mit noch höherem Anteil an Delegation an veränderte Rahmenbedingungen an: In Richtung der jungen, mediengeübten und sozial anspruchsvollen Generation wie auch in Richtung der Führung Älterer.
- Es besteht (auch) eine Eigenverantwortung aller Beschäftigten der Stadtverwaltung – einschließlich der Führungskräfte – für ihre Gesundheit. Das Wissen und die Anleitung zum Aufbau und Erhalt der individuell zu beeinflussenden Gesundheitsressourcen werden durch das BGM der Stadtverwaltung gefördert und unterstützt.
- Das Personalmanagement beachtet bei Personalentwicklung und Laufbahngestaltung alle Lebens- und Erwerbsphasen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Führungskräfte.
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Work Life Balance – es ist Anspruch der Stadtverwaltung, dass ein gesundes Leben neben der Arbeit aufrechterhalten werden kann.
- Die Altersstufen in den Teams/Abteilungen durchmischen, aber auf notwendige Kommunikation achten.
- Vision: Die Rentner mit einbinden.

Es sollte allen interessierten Beschäftigten die Gelegenheit gegeben werden, sich an der Diskussion der Gesundheitspolitik zu beteiligen.

3.1.2 Strategieentwicklung

Die systematische Erarbeitung einer Strategie bündelt die internen Kräfte und bringt die Sichtweisen auf Ursachen für Krankenstand, Leistungsfähigkeit und Gesundheit im Unternehmen auf einen für alle verständlichen Nenner – die Voraussetzung für eine erfolgreiche interne Zusammenarbeit, Zieldefinition und Kommunikation. Auf der Basis der Strategie, die i.d.R. für einen Zeitraum von 3-5 Jahren entwickelt wird, setzt die strategische Planung mit detaillierteren Umsetzungsplänen auf.

Die Stadt Aschaffenburg hat sich in einem Strategieworkshop am 24. Oktober 2011 mit den grundlegenden Anforderungen und Herausforderungen zum Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie entsprechender Planungsschritte beschäftigt. Es wurden bestehende Aktivitäten mitarbeiterorientierter Maßnahmen erhoben, eine Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Berthold Schang, Leiter der Personalentwicklung, eingerichtet und eine Mitarbeiterbefragung vereinbart.

Im Nachgang des Strategieworkshops und auf der Basis der Ergebnisanalyse der Mitarbeiterbefragung wurden in enger Abstimmung zwischen dem Oberbürgermeister und dem AG Gesundheit die strategische Ausrichtung des BGM und die mittelfristige Planung (2. Halbjahr 2013/ 2014) festgelegt:

- Das BGM der Stadt Aschaffenburg wird unter der Strategie „Gesund in allen Lebensphasen“ eingeführt.
- Es wird ein entsprechendes BGM-Konzept bis zum Sommer 2013 entwickelt. Zur Entwicklung eines Entwurfes wurde ein Arbeitskreis mit externer Unterstützung eingerichtet. Dieser AK Betriebliches Gesundheitsmanagement kann bei Bedarf für weitere Planungen und Experteneinschätzungen genutzt werden.

- Mit dem Aufbau von Strukturen und Prozessen soll das BGM verstetigt werden.
- Aus der Analyse der MAB wurde für das Jahr 2013 bis Mitte 2014 der Schwerpunkt „Rückengesundheit“ ausgewählt.
- Neben allgemein gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Kampagnen für die Gesamtbelegschaft werden als erster Schritt spezifische Aktivitäten für die Zielgruppe der gewerblichen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entwickelt.

Die Strategie wird einmal jährlich in einer Managementbewertung (s.u.) überprüft, korrigiert und ergänzt.

3.1.3 Gesundheitsziele

Die Zieldefinition ist ein zentrales Element in der Strategieentwicklung. Ziele sind Treiber und die Legitimation für Handlungen und Maßnahmen. Sinnvolles Handeln benötigt die Definition von Zielen und die Kontrolle der Zielerreichung.

Es lassen sich unterschiedliche Zieltypen beschreiben. Struktur- und Prozessziele bilden die Rahmenbedingungen ab, in denen das BGM umgesetzt und die Kernprozesse durchgeführt werden sollen. Sie schaffen die Voraussetzungen für eine optimale Zielerreichung. Die Ergebnisziele sind die Maße für die Effektivität des BGM.

Abb.12: Unterteilung der Zieltypen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele

Diese Ziele müssen konkretisiert werden – zum Beispiel durch eine Ziel-Mittel-Hierarchie.

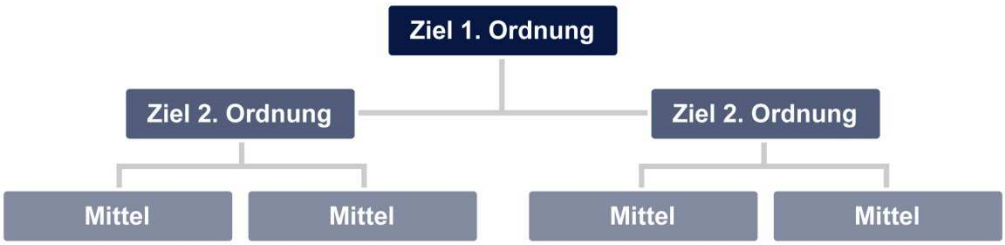


Abb. 13: Ziel-Mittel-Hierarchie zur Konkretisierung der Ziele

Das oberste Ziel ist hoch verdichtet und gibt dem Betrieblichen Gesundheits-management die generelle Ausrichtung vor. Um gezielt planen und steuern zu können, muss dieses Ziel genauer beschrieben und horizontal (Bereiche) und vertikal (Hierarchie) heruntergebrochen werden.

Ein Ziel auf der 2. Ebene benötigt:

- die Benennung eines Betrachtungsgegenstands, z.B. eine Abteilung;
- die Festlegung des angestrebten Ausmaßes, z.B. mindestens 75 % Zielerreichung;
- die Terminierung, z.B. bis Ende 2012.

Erst diese Konkretisierung der Ziele mit spezifischen, messbaren Unterziele ermöglicht eine spätere Ergebnisevaluation.

Maßnahmen sind selbst keine Ziele, sondern Mittel zur Zielerreichung. Es ist jedoch nicht immer einfach, Maßnahmen und Ziel klar voneinander zu trennen.

Übergreifende BGM-Ziele (Ziele 1. Ordnung) der Stadt Aschaffenburg

Für das BGM Stadtverwaltung Aschaffenburg wurden zwei Ziele 1. Ordnung formuliert:

1 **Erhalt und Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten der Stadt Aschaffenburg in allen Lebensphasen. Das schließt die Phase des Renteneintritts ein.**

2 **Für den Gesundheitsförderungsprozess der Stadtverwaltung Aschaffenburg wird eine kontinuierliche Kommunikation nach innen und außen organisiert.**

Operative BGM-Ziele (Ziele 2. Ordnung) mit Zeithorizont von etwa 1-2 Jahren

1.1 Aufbau eines nachhaltigen BGM-Systems mit den Maßnahmen:

a. Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen eines BGM-Systems bis September 2013.

b. Bereitstellung der hierfür benötigten finanziellen und personellen Ressourcen.

c. Erstellung eines Rahmenkonzeptes unter besonderer Berücksichtigung demografischer Aspekte bis Juli 2013.

1.2 Entwicklung von Maßnahmen, die gesundes Verhalten und gesunde Arbeitsverhältnisse fördern:

a. Auswahl des Schwerpunktthemas für das Jahr 2013 bis Mitte 2014 „Rückengesundheit“, insbesondere für die Zielgruppe der gewerblichen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

b. Weiterer Einsatz von Erhebungsinstrumenten zur Ableitung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

2.1 Aufbau einer internen und externen Gesundheitskommunikation.

a. „Kick-off“ des BGM mit einer Mitarbeiterversammlung im Herbst 2013.

b. Medien- und Informationskampagne zum Thema Rückengesundheit, allgemein und speziell für die gewerblichen Bereiche, die gesundes Verhalten und gesunde Arbeitsverhältnisse fördern.

2.2 Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Entwicklung von Maßnahmen.

a. Bedarfsabfrage beim „Kick-off“ für alle Beschäftigten.

b. Durchführung eines Gesundheitstages in zwei ausgewählten Bereichen vorwiegend gewerblicher Tätigkeiten im Herbst 2013

3.1.4 Managementbewertung

In der jährlichen Managementbewertung wird das gesamte BGM-System betrachtet. Sind Strukturen und Prozesse des BGM geeignet, die Erwartungen und Aufgaben zu erfüllen? Wie werden die Maßnahmen in den Handlungsfeldern von Betroffenen und Führungskräften bewertet? Werden die Aktivitäten der Gesundheitsförderung angenommen und wie wirken sie?

Die Managementbewertung kann im Rahmen einer Jahresabschlusssitzung des BGM-Lenkungskreises (AG Gesundheit) oder einer gemeinsamen Strategiesitzung mit weiteren Führungskräften durchgeführt werden. Sie wird vom Leiter Personalentwicklung, der Gesundheitsmanagerin/ dem Gesundheitsmanager sowie ggf. weiteren Mitgliedern des BGM-Lenkungskreises (AG Gesundheit) intensiv vorbreitet.

Mögliche Informationen als Input sind:

- Grad der Zielerreichung der strategischen Ziele,
- Leistungsinformationen des BGM-Systems (welche Maßnahmen, Umsetzungsstatus, Teilnehmerquoten etc.),
- Ergebnisse von Projekten und Maßnahmen,
- Relevante Änderungen der Rahmenbedingungen,
- BGM-relevante Informationen aus Berichten der Stadtverwaltung (z.B. Öffentlichkeitsarbeit),
- Wirksamkeit der Qualifikationen,
- Ergebnisse aus Begehungen, Audits, relevanten externen und internen Bewertungen,
- Rückmeldungen und ggf. Beschwerden,
- Eingaben für die Verbesserung von BGM-Handlungsfeldern und des BGM-Systems durch Führungskräfte und Beschäftigte.

Ziel ist die Bestätigung, Anpassung und Weiterentwicklung des BGM-Systems hinsichtlich:

- der Ziele des BGM-Systems,
- der aktuellen Handlungsfelder und Methoden,
- des Budgets bzw. Haushaltsansatzes,
- der Verbesserungsmöglichkeiten des BGM-Systems.

3.1.5 Einbindung von Führungskräften

Führungskräfte vermitteln den Mitarbeitern die Ziele des Unternehmens, verkörpern ethische Werte und sind Vorbilder. Aus ihrem Verhalten formt sich im Mitarbeiter ein Bild darüber, was gewollt ist und was abgelehnt wird. Außerdem haben Führungskräfte

einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsbeziehungen, die Organisation von Arbeit und auf die Arbeitsbedingungen.

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren eines BGM-Systems ist deshalb die Einbindung der Führungskräfte. Das Ausmaß, in dem Führungskräfte den Nutzen des BGM erkennen, sich aktiv als Paten oder Projektträger einbringen und Vorbildfunktion für die Ziele und Maßnahmen in ihren Verantwortungsbereichen haben, entscheidet über den Durchdringungsgrad des BGM.

Es ist entscheidend für die Motivation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter – und damit für den Unternehmenserfolg – die Vorgesetzten mit allen geeigneten Mitteln darin zu unterstützen, einen mitarbeiterorientierten, „gesunden“ Führungsstil zu pflegen.

Für die Stadt Aschaffenburg bedeutet dies, dass die Teilnahme von Führungskräften am Lenkungskreis und an Arbeitsgruppen, der Managementbewertung oder an Versammlungen in den Ämtern und Sachgebieten selbstverständlich ist. Letztere sollten auch von den jeweiligen Verantwortlichen eröffnet werden.

Führungskräfte werden regelmäßig über Themen des BGM informiert und nehmen an Qualifizierungsmaßnahmen zum Thema „Gesunde Führung“ teil. Ihre Vorbildfunktion für die Umsetzung des BGM ist in dem Leitziel „Führung und Zusammenarbeit“ integriert. Aufgaben und Mitwirkungen am BGM sind auch Teil der Mitarbeitergespräche mit ihren eigenen Vorgesetzten und Gegenstand von Leistungsbeurteilungen.

3.2 Betriebliche Voraussetzungen schaffen

Aufbauend zu den im Teil I Kapitel 1 dargestellten Standards werden nun die unterschiedlichen Rahmenbedingungen zur nachhaltigen Umsetzung und die notwendigen innerbetrieblichen Schnittstellen zur Integration detaillierter beschrieben.

3.2.1 Bereitstellung von Ressourcen

Betriebliches Gesundheitsmanagement muss organisiert, mit Maßnahmen unterlegt und laufend fortentwickelt werden. Herfür braucht es adäquate Ressourcen. Die Bereitstellung dieser Ressourcen ist Ausdruck dafür, wie ernst die Unternehmensleitung es meint.

Zu den bereitzustellenden Ressourcen zählen vor allem:

- finanzielle Mittel,
- zeitliche Ressourcen sowie
- die Qualifizierung der Ansprechpartner für BGM.

Ein Konzept zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement kann noch so gut und fundiert sein; wenn die Akteure ohne zusätzliche zeitliche Ressourcen „on top“ zu den bisherigen Aufgaben die Umsetzung von BGM zugeteilt bekommen, werden die Ziele nicht erreicht werden können. Dasselbe gilt für mangelnde finanzielle Mittel oder die fehlende Qualifikation der Zuständigen im BGM.

Weigl / Weinreich (2011: 249) gehen davon aus, dass ab einer Investition von ca. 1% des Umsatzes oder 5% der Jahresbruttolohnsumme in betriebliche Gesundheitsmaßnahmen signifikante, systemrelevante Ergebnisse erzielt werden können.

3.2.2 Steuerung: BGM-Lenkungskreis

Der Lenkungskreis ist ein interdisziplinäres Team, das die Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Organisation übernimmt.

Die Aufgaben des Lenkungskreises könnte wie folgt beschrieben werden:

- Durchführung der Managementbewertung,
- Bewertung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse,
- Unterstützung bei der Bedarfsermittlung,
- Budgetfreigabe,
- Unterstützung der Kommunikation und des „internen Marketings“,
- Planung der Maßnahmen,
- Justieren der Vorgehensweise.

Der Oberbürgermeister ist Leiter des BGM-Lenkungskreises. Er kann die Geschäftsführung und/oder die Moderation der Sitzung (dauerhaft) delegieren. Über

die Teilnahme des Oberbürgermeisters ist gewährleistet, dass Vorhaben und Strategie eng an den politischen Willen der Stadt orientiert sind.

EMPFEHLUNG:

Bisher fungiert die Arbeitsgruppe Gesundheit der Stadt Aschaffenburg als Steuerungsgremium. Zusätzlich wurde ein Gremium AK BGM eingerichtet, um operative Aufgaben, wie die Erstellung dieses Konzeptes, umzusetzen.

Es wird zunächst empfohlen, der wichtigen und dauerhaften Funktion eines Steuerungsgremiums gemäß einen entsprechenden Titel zu wählen, da eine AG i.d.R. nicht von Dauer und der Entscheidungskraft ist, die von den Aufgaben her in diesem Gremium angestrebt wird.

Möglichkeiten sind z.B. wie hier verwendet: BGM-Lenkungskreis oder BGM-Steuerungsgremium o.ä.

Es wird zweitens aus funktionalen und unternehmenspolitischen Erwägungen empfohlen, ein Gremium zur Lenkung und eines zur Unterstützung der operativen Ebene – z.B. der/des Gesundheitsmanager/in – zu schaffen.

In der Gegenüberstellung zeigen sich die unterschiedlichen Funktionen und Zusammensetzungen.

	BGM-Lenkung	**AK Gesundheit**
Ziele	Grundlagenentscheidungen Jährliche BGM-Managementbewertung Vernetzung mit anderen politischen oder Managemententscheidungen	Expertise Organisationsreflektion Unterstützung bei operativer Umsetzung Innerbetriebliche Vernetzung
Turnus	Ein- bis zweimal im Jahr	Quartals- bzw. bedarfsweise
Teilnehmer	mindestens: • Oberbürgermeister, • Führungskräfte obere Ebene • Personalmanagement/ Personal-entwicklung • Personalratsvorsitzende/r • BGM-Ansprechpartner	• Führungskräfte (obere und mittlere Ebene) • Personalmanagement/ Personal-entwicklung • BGM-Ansprechpartner • Personalratsmitglieder • Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit • Mitarbeiter mit expliziter Querschnittsfunktion (z.B. Beauftragte relevanter Fachgebiete), • operativ im BGM Tätige (externe und interne) • Vertreter der Beschäftigten
Leitung	Oberbürgermeister	Leiter Personalentwicklung
Geschäfts-führung, Moderation	Leiter Personalentwicklung (Vertretung: Gesundheitsmanager/in)	Gesundheitsmanager/in (Leiter Personalentwicklung)
Ergebnisse	Grundsatzentscheidungen, Beschlüsse	Operative Entscheidungen, Beschlussvorlagen für BGM-Lenkungskreis Expertisen, Berichte etc.

Tab. 3: Gegenüberstellung Steuerungsgremium und operative Arbeitsebene

3.2.3 Die Betriebliche Gesundheitsmanagerin/ der Betriebliche Gesundheitsmanager

Die Stadtverwaltung Aschaffenburg ist mit rund 1.000 Beschäftigten, die in vielen, sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen und Standorten tätig sind, ein großes Unternehmen. BGM ist eine anspruchsvolle, auf Dauer angelegte betriebliche Funktion.

> „Der betriebliche Gesundheitsmanager hat die Aufgabe, alle gesundheitsrelevanten Organisationsaktivitäten im Auftrag des Steuerkreises Gesundheit zusammenzuführen, aufeinander abzustimmen und als kontinuierlichen Verbesserungsprozess datengestützt zu steuern“ (Blume 2010, S. 127).

Sie/er ist das Bindeglied zwischen der Geschäftsführung, dem Lenkungskreis, weiteren Arbeitskreisen und Ausschüssen sowie Mitarbeitern und Führungskräften. Dies schließt auch die Koordination externer Fachkräfte und Experten ein sowie die Unterstützung bei der Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern.

Um diese BGM-Kernprozesse zu koordinieren, das notwendige organisationsbezogene und fachliche Wissen wie auch das Netzwerk aufzubauen, ist es unerlässlich, eine Person explizit mit dieser Aufgabe zu beauftragen. Für diese Stelle ist ein Stundenkontingent von der Hälfte der Arbeitszeit zu kalkulieren.

Diese Aufgabe erfordert neben zeitlichen und finanziellen Ressourcen eine geeignete Qualifikation, Motivation und betriebliche Vernetzung.

Der Gesundheitsmanager sollte deshalb auf folgenden Gebieten geschult sein:

- Grundlagen, Konzepte und Methoden des Betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- soziale Kompetenz im Umgang mit Konflikten sowie die Fähigkeit zur mitarbeiterorientierten Kommunikation und
- Kenntnisse im Projektmanagement zur Steuerung und Durchführung der Kernprozesse (Walter 2010, S. 153).

Die Eingliederung der Funktion einer/s betrieblichen Gesundheitsmanager/in/s in der Stadt Aschaffenburg ist im BGM-Organigramm dargestellt.

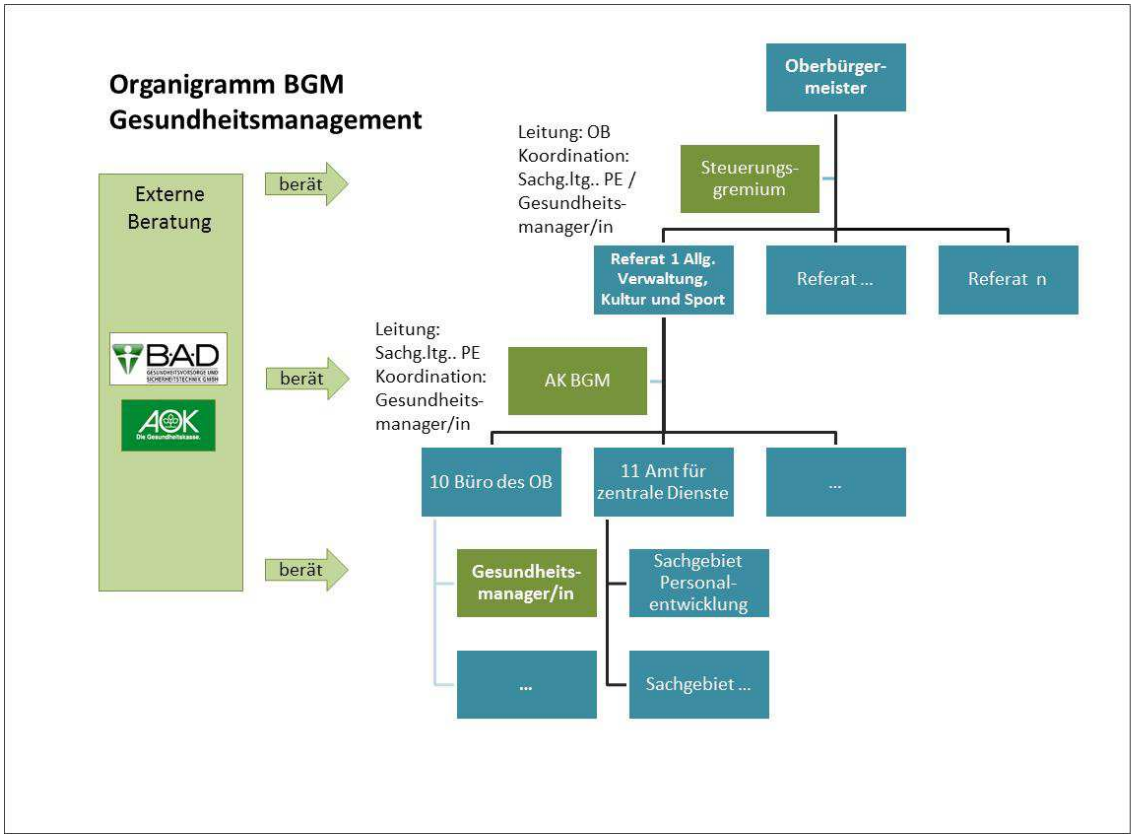


Abb. 14: Entwurf BGM-Organigramm

Die Aufgabe der Gesundheitsmanagerin / des Gesundheitsmanagers ist eine Querschnittaufgabe. Damit ist ein freier, horizontaler und vertikaler Zugang zu Organisationseinheiten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern notwendig. Entsprechende Kompetenzen regelt die Stellenausschreibung.

Aufgaben sind u.a.:

- Erste Ansprechfunktion für das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement,
- Geschäftsführung/Moderation von BGM-Gremien,
- Entwicklung und Koordination nachhaltiger Gesundheitsaktivitäten,
- Projektmanagement und Einsatz von BGM-Methoden (Erhebung und Analyse, Erstellung von Gesundheitsberichten, Prozessbegleitung, Evaluation u.a.),
- Beratung der Führungskräfte bei der Umsetzung,
- Abstimmung mit anderen innerbetrieblichen Funktionen,
- Verantwortung für eine geeignete Gesundheitskommunikation innerhalb der Stadt Aschaffenburg und Mitwirkung bei der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bei BGM-relevanten Angelegenheiten,
- Durchführung von Workshops zu Themen des BGM.

3.2.4 Qualifizierung der BGM-Verantwortlichen

Die/ der Gesundheitsmanager/in verfügt über Grundkenntnisse der Gesundheitsförderung und entwickelt diese weiter. Geeignete fachliche Qualifizierungsmaßnahmen müssen individuell abgestimmt werden. Bekannte Weiterbildungen sind z.B.:

- IHK-Fachkraft für BGM
- Weiterbildung beim Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e.V. (ZWW) "Betriebliches Gesundheitsmanagement"

Daneben sind methodische Fertigkeiten erforderlich wie Moderation, Projektmanagement, Datenanalyse etc.

3.2.5 Budget

Die erforderlichen Mittel sind bisher über Antragsförderung bewilligt worden.

Ein Budget bzw. ein Haushaltsansatz hilft, eine verlässliche Jahresplanung für Maßnahmen und Projekte aufzusetzen. Sofern die Stadt keine Budgetierung vorsieht, kann mit der Schaffung einer Kostenstelle und der Einstellung von Haushaltsmitteln eine vergleichbare Situation geschaffen werden.

Für 2013 und 2014 sind folgende Kosten zu kalkulieren:

• Einführung einer Stelle interne/r GM	
Einrichtung	8.000 €
Jährliche Kosten	28.000 €
• Interne BGM-Qualifizierung	3.500 €
• Maßnahmen der Gesundheitsförderung	10.000 €
• Mitarbeiterversammlung,	1.800 €
• Medieneinsatz für Gesundheitskommunikation	2.000 €,
• Erhebung durch Fokusgruppen und Gesundheitszirkel	10.000 €
• Externe Projektbegleitung/ BGM-Coaching	1.800 €
• Sonstige Kosten laufende BGM (Gremien, Moderationen u.a.)	8.000 €
Summe für erstes Jahr	**68.100 €**

Für den Aufbau des BGM wird im ersten Jahr mit rund 70.000 €, die laufenden Kosten pro Jahr zwischen 50.000 € und 60.0000 € kalkuliert.

Kalkulation für Gesundheitsmanager/in

Jährliche Kosten	
TVÖD Eingruppierung Entgeltstufe 10, Stufe 3 Vollzeit	
Jahresgehalt	42.000 €
Arbeitgeberanteil	12.600 €
Summe Vollzeit	54.600 €
Summe TZ 50%	**27.300 €**
Investitionskosten 2013	
Erstaustattung KGSt Ansatz	7.750 €
Qualifizierung, z.B. IHK Fachkraft	2.000 €
Coaching Projektmanagement 6x 90 Min.	1.800 €
Summe	11.550 €
Summe 2013	**38.850 €**

Tab.4: Kalkulation Gesundheitsmanager/in

Annahmen:

- Teilzeit 50% = 19,50 Std.
- Eingruppierung mit Hochschulabschluss
- Neu zu schaffender Arbeitsplatz
- Qualifizierung BGM
- Coaching BGM-Projektmanagement
- Keine Berücksichtigung Raummiete

3.3 PDCA-Prozessmanagement des BGM-Systems

Der amerikanische Physiker William E. Deming beschrieb einen Managementprozess, der sich in vier Phasen gliedert:

Plan (planen) – Do (erproben) – Check (prüfen) – Act (anpassen)

Dieser Zyklus ist als sog. „PDCA-Zyklus“ in die Literatur eingegangen und wurde zur Systematik der kontinuierlichen Verbesserung herangezogen.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement nutzt den PDCA Zyklus zur Umsetzung – der Kernprozess steht für „ständiges Lernen“: eine “lernende Organisation” ist eine sich kontinuierlich verändernde Organisation. Sie unterstützt die Mitarbeiter, Gruppen und die Organisation als Ganzes in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess bei der Entwicklung ihrer Strukturen, der Steuerungspotentiale, des Wissensbestandes und des Verhaltens.

Man kann diese Veränderungs- und Lernschritte in einem Prozess abbilden.

Abb. 15: Kernprozesse im BGM

Für das Betriebliche Gesundheitsmanagement bedeutet das:

Plan	Welche Ziele verfolgen wir im BGM? Was wollen wir erreichen? Wie messen wir den Erfolg? Strategische Planung der Vorgehensweise – Durchführung der Analyse, um den IST Zustand zu erfassen, und die Maßnahmen zielgerichtet zu planen
Do	Zielgerichtete Umsetzung der ausgewählten Maßnahmen
Check	Überprüfen – „evaluieren“ der Umsetzung in Hinblick auf die Wirksamkeit und Zielerreichung
Act	Anpassen der Ziele, Vorgehensweise und Maßnahmen

3.3.1 Plan

Analyse

Die Analyse als Basis für Entscheidungen und Planungen bezieht sich auf mehrere Ebenen und Zielrichtungen, z.B.:

- Bewertung des BGM-Systems in der Managementbewertung (siehe Abschnitt 3.1.4.),
- Einschätzungen zur Unternehmens- und Führungskultur,
- Erhebung der Arbeitssituation hinsichtlich Belastungen (personenunabhängige Einwirkungen) und/oder Beanspruchungen (personenabhängige, subjektive Auswirkungen),
- Fehlzeitenanalyse, Altersstrukturanalyse,
- Berichte aus der Sicherheitstechnik und Arbeitsmedizin,
- Bedarfsanalyse und Mitarbeiterwünsche für Gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Diese Ebenen werden durch Instrumente und Methoden untersucht und dargestellt, die sich hinsichtlich ihrer quantitativen oder qualitativen Ausrichtung, ihrer Beteiligungsorientierung oder ihres betrieblichen Einsatzes (Personen, Teams, Unternehmen, Führung etc.) unterscheiden, z.B.:

- Kennzahlensysteme auf quantitativer (z.B. Controllingdaten) oder qualitativer Basis (Einschätzung SOLL-IST-Abweichung, Projekterreichungsgrad),
- AU-Analyse aus Krankassendaten oder Daten der Personalabteilung,
- Schriftliche Mitarbeiterbefragung zur Zufriedenheit (Daten aus subjektiver Einschätzung),
- Bedingungsbezogene Arbeitsplatzanalyse (z.B. „Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse“ - KFZA),
- Gruppeninterview (sog. Fokusgruppen),
- Gesundheitszirkel.

Im Folgenden werden einige Empfehlungen für die Stadt Aschaffenburg gegeben.

BGM-Bewertungsschema

Zur übergeordneten Bewertung und zum späteren Monitoring von BGM-Strukturaufbau und Gesundheitsaktivitäten sollte ein System mit einem Bewertungsschema eingeführt werden. Dieses ermöglicht mit relativ geringen Aufwand und niedrigen Kosten einen schnellen Überblick über die Situation im Unternehmen. Auch die Vergleichbarkeit verschiedener Arbeitsbereiche ist, bezogen auf bestimmte Merkmale, möglich.

In einem Unternehmen mit dezentraler Struktur können auf diese Weise beispielsweise die Rahmenbedingungen zur nachhaltigen Umsetzung oder die Vernetzung zwischen BGM und dem Arbeits- und Gesundheitsschutz verglichen werden. Ebenso ist es

möglich, die Prozesse zur Umsetzung zu bewerten, wenn diese im Vorfeld beschrieben wurden.

Dabei werden jedem Merkmal unterschiedliche Prüfkriterien zugeordnet. Diese werden in eine Punkteskala eingefügt, um eine Einschätzung vornehmen zu können.

Bewertung nach Managementkriterien				
Umsetzungsgrad		(0) 0% =nein/kein Ansatz (1) 25% =im Ansatz vorhanden/begonnen/Planung verabschiedet (2) 50%= z.T. vorhanden/situative Praxis	*(3) 75% = überweigend vorhanden/gelebte Praxis* *(4) 100% = fundierte, gelenkte und in der Breite gelebte Praxis*	
Frage Nr.	**'IST Stand Apr.13**	**B e r e i c h**	**SOLL Dez.13**	**Bemerkungen**
A		**Strategie und Führung**		
1	2	eine formulierte Gesundheitsstrategie und darauf aufbauende Ziele	3	
2	2	ein wertorientiertes Statement zur Gesundheit im Leitbild o.ä.	3	
3	1	eine jährliche Bewertung des Thema Gesundheit im oberen Management	3	
4	1	eine (Selbst-) Verpflichtung der Führungskräfte zum Thema Gesundheit (Zielvereinbarung, Leistungsbewertung, Führungsgrundsätze, Übernahmen Patenschaften, Projektverantwortung)	3	
5	2	Bedarfserhebung bei Kunden, Mitarbeitern, Führungskräften oder anderen Interessenten gesunder Bedingungen im Unternehmen.	3	
	40%		**75%**	
B		**Betriebliche Voraussetzungen/ BGM-Arbeitsebene**		
1	2	Gremien und dazu geschaffene Kommunikationswege	4	
2	2	Ansprechpartner, Zuständigkeiten	4	
3	2	verlässliche personelle, finanzielle, organisatorische Ressourcen	3	
4	2	Kenntnisstand und Qualifikation?	3	
	50%		**88%**	
C		**BGM-Prozessmanagement im PDCA-Zyklus**		
1	1	Situationsanalyse und Zielstellung	3	U.a. Gesundheitsrisiken und -gefährdungen
2	1	Konzeptionen und Planungen (Jahresbezogen)	4	
3	1	Qualität der Umsetzung (Prozessqualität: Ansprechpartner, Koordinierung, Management, Auswertung etc.)	3	Arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, Psychosoziale Belastungen, Suchtmittelkonsum
4	1	Erstellen von Überprüfungsmerkmalen, Erhebung und Auswertung	3	
5	1	Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen für BGM	3	
	25%		**80%**	
D		**Innerbetriebliche Integration/ Vernetzung des Themas Gesundheit?**		
1	1	Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement	4	
2	1	Personal-, Qualitätsmanagement, UE	2	
3	0	Gemeinsame Sitzungen	2	
	17%		**67%**	
E		**Handlungsfelder Gesundheitsverhalten und -verhältnisse**		
1	2	Es gibt ein abgestimmtes Angebot für das Gesundheitsverhalten wie Ernährung, Bewegung, Stress, ergonomischee Verhalten etc.	4	
2	2	Gesundheitsverhältnisse: Arbeitsplätze (Aufgaben, Umgebung, Organisation) werden gesundheitsgerecht gestaltet.	3	
3	1	Führungskräfte werden im Bereich "gesunde Führung" unterstützt.	3	
4	1	Es wird im Unternehmen am Aufbau sozialer, persönlicher und organisationaler Gesundheitsressourcen gearbeitet.	2	
	38%		**75%**	
F		**Wie werden MA und FK beteiligt und informiert?**		
1	2	Beteiligungsorientierung an Erhebungen und Auswahl sowie Gestaltung von Maßnahmen.	3	
2	1	Stand zum internen BGM-Marketing, Kommunikationsstruktur	3	
3	1	BGM-Kampagne in der Jahresplanung	3	
4	1	Einsatz von Medien	3	
5	1	LOGO "Gesundheit bei Muster"	3	
	30%		**75%**	
	Gesamt IST		**Gesamt SOLL**	
	40%		**92%**	

Tab. 5: Beispiel für ein BGM-Bewertungsschema

Die auf dem Bewertungsschema basierende Analyse ist grundlegend für die Strategieentwicklung und Maßnahmenentscheidung. Ihre Ergebnisse und auf sie basierende Bewertungen geben immer wieder Inputs und Orientierung.

Mithilfe eines Netzdiagramms lassen sich so der IST-Zustand und – später im Rahmen der Evaluation – die Abweichung vom SOLL-Zustand des Unternehmens oder der Organisationseinheit anschaulich darstellen. In der Systematik dieses Kapitels und seiner Unterpunkte könnte ein zusammenfassendes Diagramm – hier mit Beispieldaten – so aussehen:

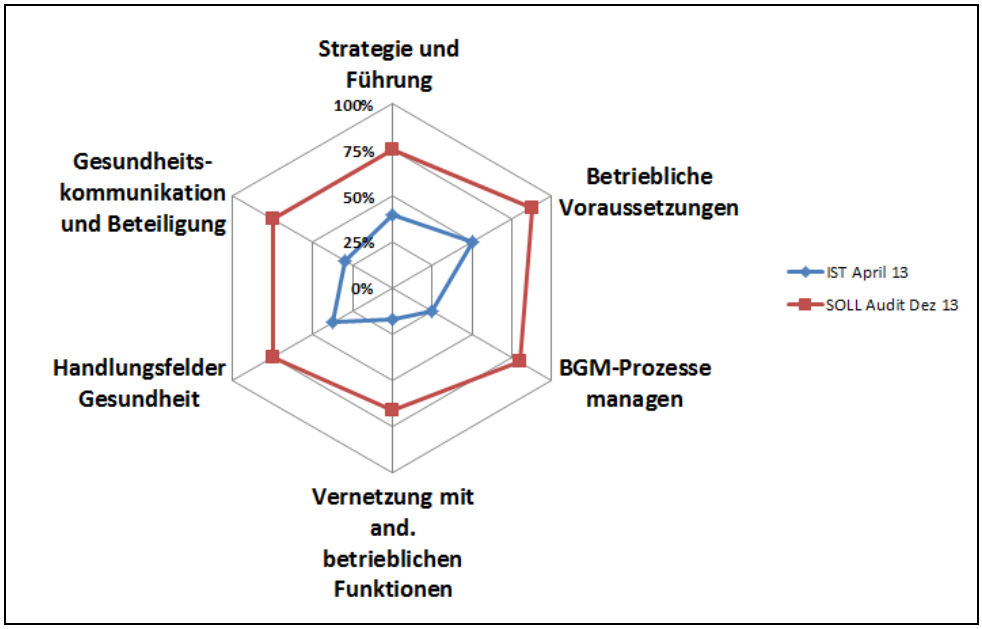


Abb. 16: Kennzahlen-Diagramm zum Stand des BGM-Systems

Gesundheitsbezogene Analyse und Gesundheitsbericht

Die Stadt Aschaffenburg führt eine Mehrebenen-Analyse mit sukzessiver Befundverdichtung (Weigl / Weinreich 2011, S. 308) durch.

FZSA = Fehlzeitenstrukturanalyse

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

Abb. 17: Systematik der Mehrebenen-Analyse zur Befundverdichtung

Dieses Verfahren bezieht unterschiedliche Analyseinstrumente ein, die aufeinander aufbauen und einen Befund konkretisieren und absichern. Deshalb erfordert es eine klare Fragestellung, um zu entscheiden, welche Instrumente gesetzt werden sollten.

Die Stadt Aschaffenburg setzt bereits regelmäßig eine laufende Fehlzeitenanalyse durch die beteiligte Krankenkasse AOK Bayern ein, hat eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt und kann die Altersstrukturanalyse auf Abschnittsebene durchführen.

Eine Erhebung von Belastungen und Ableitung von Maßnahmen in sog. Fokusgruppen oder Gesundheitszirkeln kann diese bisherigen Ergebnisse deutlich um qualitative Erkenntnisse bereichern und Ansätze für konkrete Verbesserungsmaßnahmen geben. Dies wird für den Zeitraum 3. Quartal 2013 bis 2. Quartal 2014 empfohlen.

Mittelfristig sollte das Instrument „Gesundheitsbericht“ aufgebaut werden. Dabei sollte pragmatisch vorgegangen werden. So zielen die verschiedenen Erhebungsverfahren und Datenquellen i.d.R. auf unterschiedliche Auswertungsebenen (Zeiträume, Abteilungen, Tätigkeiten, Beschäftigungsstatus etc.) und sind meist nur schwer detailliert aufeinander zu beziehen. Dennoch sollte auf eine Zusammenstellung der relevanten Daten nicht verzichtet werden. Elemente eines Gesundheitsberichtes sind – mohne Anspruch auf Vollständigkeit – im Folgenden gelistet:

- Bericht des/der internen Gesundheitsmanager/s/in
  - Jahresbericht zu den Zielen und Umsetzungen im BGM
  - Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Teilnahmequoten
  - Bewertung der Maßnahmen
  - Öffentlichkeitsarbeit
  - …
- Auswertung der Fehlzeitendaten aller Beschäftigten
- ergänzend Krankenkassendaten mit ICD-Hauptgruppen-Vergleichen zu Branche, Region
- Altersstrukturanalyse
- Personalbewegung /Fluktuation (Eigenkündigung, Verrentung, Frühverrentung, krankheitsbedingte Kündigungen etc.)
- Unfallgeschehen
- Anonymisierte Berichte:
  - aus dem Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement
  - der Sicherheitsfachkraft zu relevanten Aspekten (z.B. Ergebnisse Gefährdungsbeurteilungen)
  - der Arbeitsmedizin
  - der Schwerbehindertenvertretung
  - von weiteren Beauftragten (Gleichstellung, Sucht, Mobbing etc.)
- …

Aktualisierung und Verbreitung des Berichtes müssen festgelegt werden.

Maßnahmenableitung

Die Ergebnisse aus Erhebungen, zuarbeitenden Arbeitskreisen, weiteren innerbetrieblichen Partnern, z.B. aus dem Personalmanagement, dem Arbeits- und Gesundheitsschutz oder den Beauftragten, werden in den regelmäßig stattfindenden Sitzungen der AG Gesundheit (oder neuer Name) bewertet und Maßnahmen abgeleitet und vereinbart.

Auf der Basis der im Abschnitt Strategie und Führung dargelegten übergreifenden sowie des abgeleiteten Ziels 1.2 ist eine entsprechende Maßnahmenplanung zu erstellen.

1.2 Entwicklung von Maßnahmen, die gesundes Verhalten und gesunde Arbeitsverhältnisse fördern:

a. Auswahl des Schwerpunktthemas für das Jahr 2013 bis Mitte 2014: „Rückengesundheit“, insbesondere für die Zielgruppe der gewerblichen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Für die Jahre 2013 und 2014 wurden – auch auf der Basis der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung – folgende Maßnahmen ausgewählt:

Schwerpunkthema **Bewegung/ Rückengesundheit** mit besonderer Zielgruppe:

1. Körperliche, psychische und Führungsaspekte im gewerblichen Bereich. Hier v.a. die mittlere Ebene einbeziehen.
2. Altersgemäße Zielrichtungen und Angebote: präventiv, kurativ und ggf. lösungsorientiert arbeitsplatzbezogen (PE, Umschulung, BEM).
3. Durchführung von zwei Gesundheitstagen in ausgewählten Bereichen gewerblicher Tätigkeit. Vorschlag: Tiefbauamt und Reinigung.

Planung

Der Gesundheitsmanagerin/dem Gesundheitsmanager obliegt es, die Maßnahmen zu planen. Wünschenswert ist ein fortlaufender Jahresplan für alle Aktivitäten.

Die Planung umfasst u.a.:

- Aktivitäten des BGM auf den verschiedenen, hier beschriebenen Ebenen (Managementprozesse, Gesundheitsaktivitäten, Events, Kommunikation etc.),
- Bedarfserhebung und Menge,
- Prioritäten,
- Kapazitätsplanung ,
- Zeiten, Turnus,
- Auswahl, Abstimmung mit internen Partnern und externen Kooperationspartnern.

3.3.2 Do: Umsetzung der Maßnahmen

In der Stadt Aschaffenburg obliegt die Prozessteuerung und Prozessüberwachung der Gesundheitsmanagerin/dem Gesundheitsmanager.

Die Steuerung der Maßnahmen beinhaltet, die Aktivitäten innerhalb der Organisationseinheiten in Einklang zu den festgelegten Teil- und Gesamtzielen sowie der Planung zu bringen (ggf. ist auch die Planung anzupassen).

Ebenso ist die laufende Reflexion über den Erfolg ein wichtiger Bestandteil für die Akzeptanz im Management und bei den Beschäftigten.

Die eigenverantwortliche, laufende Kontrolle, innerbetriebliche Information und Abstimmung sind hohe Anforderungen an die Prozessmanagementkompetenz des/ der internen Gesundheitsmanagers/in.

Aufgrund der relativ neuen Aufgabe wird empfohlen, die Gesundheitsmanagerin/ den Gesundheitsmanager mit einem Projekt-Coaching bei konkreten Aufgaben zu unterstützen (z.B. 6 Sitzungen á 90 Minuten im ersten halben Jahr).

3.3.3 Check: Evaluation der Umsetzung

Die Erfolgsbewertung oder Evaluation ist das zentrale Element, das das Gesundheitsmanagement von bloßem „Gesundheitsaktivismus“ unterscheidet. Erst durch eine fundierte Evaluation werden aus Maßnahmen und Projekten des Gesundheitsmanagements „lernende Systeme“ (Badura, 1999: 112).

Die Rückmeldungen über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz der Aktivitäten und Programme können so kontinuierlich optimiert und nachhaltig ins System der Organisation integriert werden.

Es lassen sich verschiedene Ebenen der Evaluation unterscheiden:

Strukturevaluation
Beurteilt die Strukturen in einer Organisation, die zur nachhaltigen Umsetzung und innerbetrieblichen Vernetzung des BGM notwendig sind.

Anhand des in der Analyse erhobenen Status quo kann ein IST/SOLL-Abgleich vorgenommen werden.

Prozessevaluation
Findet im Rahmen des Gesamtprojekts bei der Durchführung der unterschiedlichen Maßnahmen statt, wodurch über Veränderungen und Anpassungen direkt entschieden werden kann.

Die Prozessevaluation hinterfragt, ob die Kernprozesse qualitativ gut realisiert wurden. Wurde in der Analysephase die Prozessqualität bewertet, kann in der Evaluation ein IST/- SOLL-Abgleich vorgenommen werden.

Ergebnisevaluation
Beurteilt die Wirksamkeit und das Ausmaß der Zielerreichung – die schwierigste Form der Evaluation.

Die Ergebnisse der Evaluation sind die Eingaben in die Managementbewertung.

3.3.4 Act: Anpassen der Ziele, Vorgehensweise und Maßnahmen

Der Aufbau des BGM ist ein fortlaufender Prozess der kontinuierlichen Verbesserung (KVP). Nach der Eröffnungsveranstaltung („Kick off“) bestimmen weniger die „Revolutionen“ den Fortgang, sondern die Verbesserung im Alltag. Dazwischen bieten Instrumente wie die jährliche Managementbewertung, Audits (z.B. nach der neuen „DIN SPEC 91020 Betriebliches Gesundheitsmanagement“‘) und die Erörterung des Gesundheitsberichtes die Basis für die systematische Beurteilung und konsequente Weiterentwicklung des BGM-Systems.

Die Qualitätssicherung von Maßnahmen, Methoden, Prozessen und Strukturen sind von Beginn an mitzudenken. Eine Orientierung an einem dezidierten Qualitätsmanagement für BGM ist für die Stadt Aschaffenburg realistisch erst nach 2 bis 3 Jahren nach Start eines BGM zu erwarten. Das Thema „Act“ ist deshalb in der ersten Revision dieses Konzeptes (die für Mitte 2014 terminiert werden sollte) intensiver zu bearbeiten.

3.4 Integration in betriebliche Unternehmensentwicklung und Gesundheitsschutz

Betriebliches Gesundheitsmanagement soll langfristig ein Teil der Unternehmenskultur werden – dafür ist es erforderlich, BGM als eine innerbetriebliche Dienstleistung zu begreifen, die die Mitglieder der Organisation fördert und entlastet. Die Mitarbeiter müssen den Nutzen des BGM spüren, um sich langfristig damit zu identifizieren.

Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind demnach als Querschnittsaufgabe und Gefügeleistung in die unterschiedlichen Unternehmensbereiche oder Abteilungen zu integrieren.

Um das zu erreichen, werden die Möglichkeiten von innerbetrieblichen Schnittstellen beschrieben.

3.4.1 Vernetzung mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz

Bereits 1996 wurde im §§ 3 und 4 des Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ein weit reichender Integrationsanspruch der präventiven Gestaltung von Arbeits- und Organisationsbedingungen formuliert.

Vor diesem Hintergrund kann der/die betriebliche Gesundheitsmanager/in die Umsetzung der Aktivitäten im Arbeitsschutz mit ihren/seinen Kompetenzen unterstützen und die Sichtweise durch ihre/seine Qualifikation erweitern. Ein Ziel wäre z.B. die gemeinsame Umsetzung von Begehungen, die Bewertung der Gefährdungsbeurteilung und eine gemeinsame Berichterstattung.

Durch die DGUV Vorschrift 2 gibt es zudem eine weitere aktuelle gesetzliche Grundlage, die die Verknüpfung der Tätigkeitsbereiche bzw. der Akteure unterstützt.

3.4.2 Zusammenarbeit mit dem Personalmanagement

Der Aufbau des Betrieblichen Gesundheitsmanagements liegt bei Stadt Aschaffenburg initiativ beim Sachgebiet Personalentwicklung. Hieraus ergibt sich die gute Chance einer engen Zusammenarbeit zwischen dem/der zukünftigen betrieblichen Gesundheitsmanager/in und der gesamten Personalabteilung zu beiderseitigem Nutzen. So z.B. in den Bereichen lebensphasengerechten Personalentwicklung, Führungskräftequalifizierung oder dem Aufbau einer Dateninfrastruktur (s.

Gesundheitsbericht), die eine konkretere Einschätzung der Organisation im Hinblick auf das Thema Gesundheit zulässt.

3.4.3 Synergien im Fortbildungsbereich

Personalentwicklung und Gleichstellungsbeauftragte bieten jeweils aus ihrer Perspektive in ihrem Fortbildungsprogrammen Themen des Gesundheitsmanagements, der gesunden Führung sowie zur Work-Life-Balance an. Hinzu kommt das Gesundheitskursprogramm sowie Themen wie Unterweisung, Ersthelfer etc. aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Hier liegt es nahe, Synergien zwischen Personalentwicklung, Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Gleichstellung und Arbeits- und Gesundheitsschutz im Bereich der Fortbildung sowie auch anderer Aktivitäten zu suchen.

3.5 Handlungsfelder Gesundheitsverhalten, Gesundheitsverhältnisse

Welche Ansätze und Handlungsfelder gibt es im Unternehmen, um Betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgreich einzuführen und langfristig in die Unternehmensprozesse zu integrieren?

Im ersten Teil, Abschnitt 2.3, wurde das Haus der Arbeitsfähigkeit und seine vier „Stockwerke“ Gesundheit, Kompetenz, Werte und Motivation sowie Arbeit und Führung ausführlich besprochen und folgende Handlungsfelder dargestellt:

- Werte und Bewusstsein,
- Gesundheitsressourcen,
- Arbeitsgestaltung,
- Kompetenzentwicklung und Qualifikation,
- Führung,
- Laufbahngestaltung,
- Lebensphasenorientiertes Personalmanagement.

Ein erstes Schwerpunktthema für das Jahr 2013 wurde für das BGM der Stadtverwaltung Aschaffenburg bereits festgelegt: Rückengesundheit mit Blick vor allem auf den gewerblichen Bereich.

Rückengesundheit kann zunächst Maßnahmen beinhalten, die auf das Verhalten der Betroffenen wie auf die Verhältnisse am Arbeitsplatz Bezug nehmen:

Bei der Prävention von Rückenschmerzen zielen z.B. die Maßnahmen der Verhaltensprävention auf eine Verminderung von Beschwerden durch ein regelmäßig durchgeführtes Ausgleichstraining – die Maßnahmen der Verhältnisprävention auf eine Vermeidung, Beseitigung oder Reduzierung umgebungs- bzw. arbeitsplatzabhängiger Risikofaktoren, wie z. B. Reduzierung der Hebe-Trage-Last durch den Einsatz bestimmter Hilfsgeräte.

Darüber hinaus ist das Thema Rückengesundheit – neben den Gesundheitsressourcen – auch weiteren Handlungsfeldern zuzuordnen: Bewusstsein, Führung, Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung sind ebenfalls berührt.

Eine Auseinandersetzung mit den inhaltlichen Zielen dieser Interventionsbereiche kann dazu dienen, das Thema Rückengesundheit um weitere Aspekte zu bereichern. So bestehen z.B. Querverbindungen zu den Themen psychische Belastung, Beteiligung der Führung, flexible Arbeitsteilung in altersgemischten Teams u.a.

Es bleibt den Ergebnissen weiterer Erhebungen und der alltäglichen Arbeit im BGM vorbehalten, die nächsten thematischen Schwerpunkte im Handlungsfeld Gesundheitsverhalten und Gesundheitsverhältnisse auszuloten und zu konkretisieren.

3.6 Gesundheitskommunikation und Beteiligung

3.6.1 Aufbau einer Gesundheitskommunikation

Bei der Einführung und Verankerung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements spielt die interne Kommunikation im Unternehmen eine wichtige Rolle.

„Jede Veränderungsstrategie ist so gut wie das Konzept zu ihrer Kommunikation“ (Doppler / Lauterburg 2005: 48), betonen die Experten von Change-Managementprozessen.

Ziel der Kommunikation ist es, die Unterstützung, das Vertrauen und die Beteiligung der betrieblichen Mitarbeiter zu erreichen.

Kommunikation in Gruppen	Printmedien	Elektronische Medien
Konferenzen	Plakate	Intranet
Tagungen	Schwarzes Brett	E-Mail
Personalversammlung	Mitarbeiterzeitung	Newsletter
Gesundheitstage	Rundschreiben	Internet
Infoveranstaltungen	Führungsgrundsätze	Fax

Tab. 6: Übersicht der möglichen Kommunikationsinstrumente

Die Stadt Aschaffenburg plant eine Eröffnungsveranstaltung zum BGM im Herbst 2013 mit der Vorstellung des Konzeptes durch den Oberbürgermeister. Eine Nutzung interner Medien wie Intranet und Mitarbeiterzeitung soll dies unterstützen.

Die Veranstaltung wird im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung durchgeführt. Folgende Agenda ist geplant:

(1) Zweimal eine jeweils etwa 2-stündige Veranstaltung im Stadttheater:

- Eröffnung durch den Oberbürgermeister,
- Vorstellung der wichtigsten Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung durch den Oberbürgermeister,
- Vorstellung der wichtigsten Eckpunkte des BGM- und Demografie-Konzeptes durch den Oberbürgermeister,
- Fachlicher, adressatengerechter Vortrag zum Thema Gesundheit,
- Aktive Gesundheitspause, Aktivität mit Thera-Band oder ähnlichem,
- Zeit für Fragen und Austausch.

(2) Begleitend :

- Stand der AG Gesundheit mit Poster und Auszügen aus dem Konzept,
- Informationen im Foyer durch ext. Berater AOK und B.A.D GmbH (Aufsteller),
- Ausgabe eines Give away an alle: Thera-Band,
- Preisausschreiben zum Logo und Namen mit attraktivem Preis (Wellness-Wochenenden für 2 Personen).

3.6.2 Beteiligung

Die Beteiligung derjenigen, auf die die Maßnahmen abgestellt werden, ist eine Selbstverständlichkeit. Ohne breite Information über Ziele und Absichten, Ansätze und Rahmenbedingungen werden – z.B. mit Kursangeboten – nur diejenigen erreicht, die auch ohne Unterstützung versuchen, sich gesundheitsgerecht zu verhalten.

Gleiches gilt für die Beteiligung der Führungskräfte: Wer selbst keinen Zugang zum Thema hat, wird Beschäftigte nicht in dieser Hinsicht unterstützen können und wollen.

Für die Beteiligung sind mehrere Ansätze geeignet:

- Gesundheitskommunikation: Information und Dialog sind die erste Stufe der Beteiligung.
- Seminare und Workshops für Führungskräfte und Beschäftigte zur Wissensvermittlung, Sensibilisierung und Herstellung gemeinsamer Überzeugungen.
- Gesundheitstage, Events, Großgruppenveranstaltungen wie „Open Space“ oder „World Café“. Diese haben einen hohen sozialen Erlebniswert, der nachhaltig das Thema verankern kann.
- Erhebungen und Erarbeiten von Lösungen wie Gesundheitszirkel oder Fokusgruppen.
- Befragungen zur Zufriedenheit, als Erhebung von Bedürfnissen und als Evaluation von Maßnahmen.

Im weiteren Sinn von Beteiligung, nämlich „sich aktiv beteiligen“, sollten bei der Gestaltung von Angeboten nicht nur Themeninteressen allgemein abgefragt werden, sondern ist auch zu fragen, in welchem Stadium der Intention die Befragten sich zurzeit befinden. Zur Erhöhung von Teilnehmerquoten hast sich bewährt, die Angebote insbesondere auf diejenigen Themen abzustellen, bei denen entsprechend viele angeben, bereits angefangen zu haben, sich gesundheitsbewusst zu verhalten oder es konkret planen.

5. Projektplanung

Jahresplan 2013

Im AK BGM wurde ein vorläufiger Jahressplan abgestimmt.

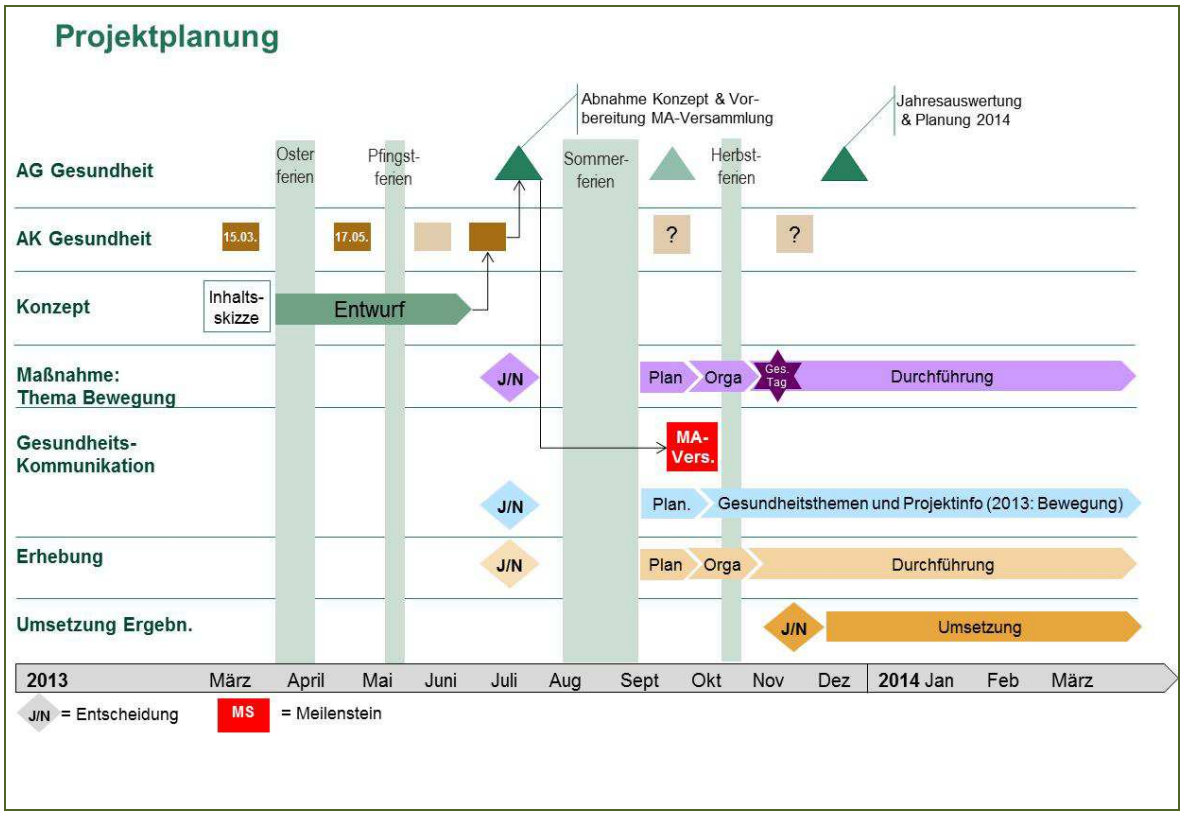


Abb.18: Projektplanung für 2013

Ausblick

Hier sollten im Laufe der Konzeptarbeit die weiteren Zielrichtungen und Themen für das Jahr 2014 dargestellt werden.

Literaturverzeichnis

BAuA / Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit Dortmund 2012.

Badura, B., Ritter, W., Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Hrsg.: Hans-Böckler-Stiftung. Berlin, Sigma

Badura, B. (2010) Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In: Badura u.a. (2010), S.61-76.

Badura, B.; Greiner, W.; Rixgens, P.; Ueberle, M.; Behr, M. (2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (2010): betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisationen. Springer Verlag Heidelberg.

Bamberg, E., Ducki, A.; Metz, A.-M. (Hg.) (2011): Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Hogrefe – Göttingen.

Bögel, J. ; Frerichs, F. (2011) Arbeitsfähigkeit erhalten AGE CERT als Gesamtkonzept zur Bewertung betrieblichen Alternsmanagements. In:BAuA (2011), S. 45-72.

Brandenburg, U.; Domschke, J.-P. (2007): Die Zukunft sieht alt aus - Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Gabler – Wiesbaden, S.73ff

Bundesamt in Zahlen 2011: Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hg.) (2011): Qualitätssicherung in der Demographieberatung Bertelsmann Bielefeld.

Bundesministerium des Innern (2012): Demografiebericht 2012

DGFP e V. (Hg) (2012): Personalentwicklung bei längerer Lebensarbeitszeit.

Düzgün, I. (2008) Alter, Erfolg und Innovation in Arbeitsgruppen. In: Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung (Hrsg.) (2008), S. 132-136.

Grube, A. (2009): Alterseffekte auf die Bedeutung berufsbezogener Motive und die Zielorientierung, In: Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung (2011), S. 141-142

Huber, J. (2013): Die nächsten Innovationen sind soziale Innovationen. Vortrag auf dem SKOLAMED Gesundheitskongress: Fit für die Zukunft - Leitbild Gesundheit für Personalarbeit und Betriebliches Gesundheitsmanagement am 19.03.2013 in Königswinter.

Ilmarinen; J.;Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 - Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/download/arbeitsfaehigkeit_2010_buch.pdf

INQA (2012): Arbeitsbewältigungs Coaching. Leitfaden zur Anwendung im Betrieb. INQA Leitfaden Nr. 38. http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-38-arbeitsbewaeltigungscoaching.pdf?__blob=publicationFile

Jung, D.; Jung, J. (2010): Arbeit und ihr Verhältnis zu der Zeit. In: Windemuth, D. (2010), S. 29-43.

Kraft, U. (2007) Altern mit Köpfchen. Max Planck Forschung. http://www.mpg.de/932978/F004_Fokus_038_043.pdf

Kroll, D. (Hrsg.): Programm: Zukunft. Antworten auf den demografischen Wandel. Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012

Lang, F. R.; Martin, M.; Pinquart, M. (2011) Entwicklungspsychologie – Erwachsenenalter. Hogrefe – Göttingen.

Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung (Hrsg.) (2008): Alter und Arbeit im Fokus - neueste Aspekte zur Motivation älterer Arbeitnehmer und Zusammenarbeit von Forschung und Praxis". Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom 18./19. September 2008 im Gustav Heinemann Haus Bonn.

Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung (Hrsg.) (2011): Alter und Arbeit im Fokus - neueste Aspekte zur Motivation älterer Arbeitnehmer und Zusammenarbeit von Forschung und Praxis". Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom 06./07.April 2011im Gustav Heinemann Haus Bonn.

Preißing, D. (Hg.) (2010): erfolgreiches Personalmanagement im demographischen Wandel. Oldenbourg München.

Prümper, J.; Richenhagen, G. (2011): Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit: Der Work Ability Index und seine Anwendung. http://people.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/publikation/2011/Pruemper_Richenhagen_2011.pdf

Richenhagen, G. (2003):Länger gesünder arbeiten : Handlungsmöglichkeiten für Unternehmen im demografischen Wandel. http://hawai4u.de/UserFiles/file/Literatur/Anwendungsbezogen/Richenhagen_2003_Laenger_gesuender_arbeiten.pdf

Richenhagen, G. (2007) Altersgerechte Personalarbeit: Employability fördern und erhalten. In: Zeitschrift Personalführung 7/2007, S. 35-47

Richter, P.; Buruck, G.; Nebel, C.; Wolf, S. (2011): Arbeit und Gesundheit-Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In Bamberg, E. (2011) Seite 25-59.

Siegrist, J.: /Gratifikationskrisen als psychosoziale Herausforderungen/ in: Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 2009 (44) 574—579

Sporket, M. (2011): Organisationen im demographischen Wandel. Alternsmanagement in der betrieblichen Praxis. VS Verlag – Dortmund.

Stamov-Roßnagel, Ch. (2011): Die Arbeitsmotivation älterer Beschäftigter: Eine Frage des Profils! In: Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung (Hrsg.), 2011, S. 126-132

Stamov-Roßnagel, Ch. (2011): Lernen im fortgeschrittenen Erwerbsalter: Freude oder Qual? http://www.initiative45plussuedbaden.de/inc/template/pdf/Lernen_im_fortgeschrittenen_Erwerbsalter_Freude_oder_Qual_Christian_Stamov_Rossnagel.pdf

Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Thiele, I. (2012): alternsgerechte Unternehmenskultur gestalten. In: DGFP e V.(2012) Seite 93-98

Uhle, T., Treier, M. (2011): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Ulich, U. / Wülser, W (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen Arbeitspsychologische Perspektiven. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Gabler Verlag Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Walter, U. (2010): Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura u.a. (2010a) S. 149-161.

Weinreich, I.; Weigl, Ch. (2011): Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen - Methoden - personelle Konsequenzen. Berlin; Erich Schmidt Verlag Verlag.

WIdO (2011): Wissenschaftliches Institut der AOK; Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H. ; Klose, J. ; Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012, Schwerpunktthema: Führung und Gesundheit. Springer - Berlin 2012.

WIdO (2012): Wissenschaftliches Institut der AOK; Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H. ; Klose, J. ; Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012, Schwerpunktthema: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen, Risiken minimieren. Springer - Berlin 2012.

Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.) (2010): Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. Vorbeugen, erkennen, handeln. Universum Verlag, Wiesbaden.