

Bericht über die Ausbauphase des Gesundheitsmanagements in der  
niedersächsischen Landesverwaltung  
Januar 2003 – Dezember 2004

Verfasst von Klaus Schahn,  
Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft der Universität Hannover



**GESUND & *AKTIV***

Hannover, Dezember 2005

## Inhalt

1. Zusammenfassung und Ausblick auf die dritte Ausbauphase des Gesundheitsmanagements .....	3
2. Entwicklung des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung .....	4
3. Grundlagen, Konzept und Ziele des Gesundheitsmanagements.....	4
3.1 Prozessschritte und Ziele des Gesundheitsmanagements.....	5
3.2 Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement .....	6
3.3 Interessenbezug des Gesundheitsmanagements .....	7
4. Einführung von Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung: Ziele, Instrumente und Ergebnisse der zweiten Ausbauphase .....	7
4.1 Strukturen und Instrumente zur Steuerung des Ausbaus von Gesundheitsmanagement.....	8
4.2 Auswahl und Förderung von Modellprojekten .....	9
4.3 Ergebnisse der Evaluation der Modellprojekte .....	10
4.4 Umsetzung der Prinzipien des Leitfadens .....	12
5. Kosten und Nutzen des Gesundheitsmanagements .....	16
5.1 Kosten für Gesundheitsmanagement.....	16
5.1.1 Fach- und Prozessberatung .....	16
5.1.2 Qualifizierungsmaßnahmen und Inanspruchnahme von Arbeitszeit .....	17
5.1.3 Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.....	17
5.1.4 Finanzielle Förderung der Modelldienststellen, zentrale Steuerung, Qualitätssicherung und Beratung .....	18
5.2 Nutzen des Gesundheitsmanagements .....	18
5.2.1 Nutzen verringerter ausgefallener Arbeitstage.....	19
6. Fazit der zweiten Ausbauphase .....	19
7. Weiterführung des Gesundheitsmanagements .....	20
8. Literaturverzeichnis.....	23
Anlage 1: Mitglieder der Steuerungsgruppe.....	26
Anlage 2: Projekte in der zweiten Ausbauphase und Stand der Evaluation .....	27

## 1. Zusammenfassung und Ausblick auf die dritte Ausbauphase des Gesundheitsmanagements

Das Gesundheitsmanagement geht von fundierten Kenntnissen über nachgewiesene Zusammenhänge von Arbeit und Krankheit bzw. Gesundheit der Beschäftigten aus: Unklare, widersprüchliche Arbeitsanforderungen, mangelnde Information und Kommunikation, unangemessenes Führungsverhalten und ein schlechtes Organisationsklima wirken als psychische Belastungen und beeinträchtigen die Gesundheit der Beschäftigten. In Verbindung mit riskantem Gesundheitsverhalten, z.B. durch Bewegungsmangel und problematische Ernährungsgewohnheiten liegen hier die entscheidenden Gründe für vermeidbare krankheitsbedingte Fehlzeiten.

Mit dem Ausbau des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung werden zwei Ziele verfolgt: Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch die aktive Mitwirkung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens und der Fähigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen.

Die Erfahrungen der zweiten Ausbauphase von 2003 bis 2004 belegen, dass mit dem in der Landesverwaltung verfolgten Ansatz des Gesundheitsmanagements die angestrebten Ziele erreicht wurden. Beteiligt waren über 30 Modelldienststellen aus acht verschiedenen Ressorts. In den evaluierten Modelldienststellen waren sowohl die Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten wie auch die Freisetzung von Leistungspotentialen und die Steigerung der Arbeitszufriedenheit nachweisbar. Und dies trotz der relativ kurzen Laufzeit der zweiten Ausbauphase und der teils erheblichen Veränderungen der Rahmenbedingungen der Modellbehörden.

Damit ist das Gesundheitsmanagement gerade für die Landesverwaltung eine geeignete Strategie, um neue Anforderungen an das Personalmanagement in den Dienststellen – Veränderungen der Arbeitsaufgaben, organisatorischer Wandel - zu unterstützen.

Sowohl das nachdrückliche und einvernehmliche Interesse der Dienststellenleitungen und Personalvertretungen am Gesundheitsmanagement als auch die Ergebnisse der zweiten Ausbauphase zeigen, dass die Fortsetzung des Projekts gute Möglichkeiten bietet, um Gesundheit und Leistungsfähigkeit in der Landesverwaltung zu verbessern. Entscheidend ist dabei, dass die Beschäftigten selbst durch das Gesundheitsmanagement aktiviert werden und an der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen mitwirken. Auf diese Weise werden die Bindungen an die eigene Organisation erneuert oder gestärkt und das Engagement für die Bearbeitung der anstehenden Aufgaben gefördert.

Aufgrund der positiven Erfahrungen sowie der bestehenden und zukünftigen Erfordernisse des Personalmanagements in der Landesverwaltung wird das Gesundheitsmanagement auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 81 NPersVG weiter ausgebaut.

Für den Zeitraum 2006 bis 2008 werden vorrangig zwei Ziele verfolgt: Bei der weiteren Ausdehnung des Gesundheitsmanagements auf eine zunehmende Zahl von Dienststellen wer-

den neue Steuerungsmodalitäten erprobt und die Ressorts werden systematisch in die Entscheidungsprozesse zum Gesundheitsmanagement einbezogen.

Zur Umsetzung dieser Ziele ist es sachgerecht, die bestehende Steuerungsgruppe um die Ressortverantwortlichen zu erweitern. Damit wird einerseits sichergestellt, dass die Ressorts an allen Entscheidungen des Gesundheitsmanagements, insbesondere über die Förderung von Projekten beteiligt sind. Andererseits kann die Fach- und Sachkompetenz der seit 2003 arbeitenden Steuerungsgruppe weiter genutzt werden.

## **2. Entwicklung des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung**

Das Gesundheitsmanagement ist im Rahmenkonzept zur Personalentwicklung aus dem Jahr 1997 konzeptionell verankert und damit Bestandteil der Binnenmodernisierung der Landesverwaltung. Im Jahr 1998 hat eine mit 600 Teilnehmenden gut besuchte Veranstaltung des Innenministeriums das große Interesse der Dienststellen am Thema der dienststelleninternen Gesundheitsförderung dokumentiert. In der Folge wurde 1999 eine Ressort übergreifende Projektgruppe eingerichtet. Ergebnis der Projektarbeit ist der „Leitfaden zur Umsetzung von Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes Niedersachsen“<sup>1</sup>. Der entsprechende Kabinettsbeschluss vom 19.11.2002 und die Vereinbarung nach § 81 NPersVG gleichen Datums (Nds. MBl. Nr. 44/2002 vom 19.11.2002, S. 1050 ff) greifen die Inhalte des Leitfadens auf und konkretisieren die weiteren Schritte des Ausbaus von Gesundheitsmanagement für den Zeitraum bis 2004. Im Dezember 2004 wurden die sehr guten Ergebnisse dieser Ausbauphase am Beispiel ausgewählter Modellbehörden bei einer Bilanzveranstaltung des Innenministeriums mit dem Minister vorgestellt und gleichzeitig die Fortsetzung und den weiteren Ausbau des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung angekündigt.

## **3. Grundlagen, Konzept und Ziele des Gesundheitsmanagements**

Das Gesundheitsmanagement geht von fundierten Kenntnissen über nachgewiesene Zusammenhänge von Arbeit und Krankheit bzw. Gesundheit der Beschäftigten aus: Unklare, widersprüchliche Arbeitsanforderungen, mangelnde Information und Kommunikation, unangemessenes Führungsverhalten und ein schlechtes Organisationsklima u. a. m. wirken als psychische Belastungen und beeinträchtigen die Gesundheit der Beschäftigten. In Verbindung mit riskantem Gesundheitsverhalten, z.B. durch Bewegungsmangel und problematische Ernährungsgewohnheiten liegen hier die entscheidenden Gründe für vermeidbare krankheitsbedingte Fehlzeiten.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Im folgenden zitiert als Leitfaden Gesundheitsmanagement

<sup>2</sup> Vgl.: Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Projekt Führung und Gesundheit, Literaturstudie, 2005; Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige Betriebliche Gesundheitspolitik, 2004; Oppolzer, A.: Ausgewählte Bestimmungs-

### 3.1 Prozessschritte und Ziele des Gesundheitsmanagements

In diese Zusammenhänge greift das Gesundheitsmanagement in systematischer Weise ein. Ein typischer Zyklus in einem Gesundheitsmanagementprojekt besteht aus folgenden Schritten<sup>3</sup>:

1. Einrichtung einer angemessenen Projektorganisation in einer Behörde (z.B. Steuerungsgruppe)
2. Erhebung des in der Dienststelle vorhandenen Spektrums von gesundheitlichen Belastungen, Beeinträchtigungen sowie vorhandene Ressourcen im Überblick
3. Bewertung der Ergebnisse der Datenerhebungen und Festlegung der nächsten Handlungsschritte
4. Vertiefende Analyse der belastenden Arbeitsbedingungen in den priorisierten Bereichen und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen unter aktiver Beteiligung der dort Beschäftigten
5. Entscheidung über die zu ergreifenden Maßnahmen und Umsetzung
6. Evaluation der Wirkungen in einem angemessenen Zeitraum
7. Erneute Ermittlung bzw. Bewertung des Handlungsbedarfs.

Mit diesen Aktivitäten werden unmittelbar zwei Ziele verfolgt:

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch die aktive Mitwirkung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens und der Fähigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen.

Auf diese Weise können die im Kabinettsbeschluss vom 19.11.2002 festgelegten, übergreifenden Ziele des Gesundheitsmanagements erreicht werden:

1. Die mittel- bis langfristige Verringerung von arbeitsmitbedingten Erkrankungen, krankheitsbedingten Fehlzeiten und Frühpensionierungen/-verrentungen.
2. Die Steigerung der Leistungsfähigkeit, Motivation und Gesundheit der Beschäftigten.

Diese Ziele gewinnen gegenwärtig noch weiter an Bedeutung, denn Veränderungen des Aufgabenspektrums und die Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen bestimmen immer stärker auch den Arbeitsalltag der Beschäftigten in der Landesverwaltung. Das Gesund-

---

faktoren des Krankenstandes in der Öffentlichen Verwaltung, 1999; Bertelsmann Stiftung: Defizite im Führungsverhalten demotivieren Mitarbeiter, 1998; Schmidt, K.-H.: Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation, 1996

<sup>3</sup> Das Konzept und der idealtypische Ablauf eines Gesundheitsmanagementprojekts sind im Leitfaden Gesundheitsmanagement beschrieben. Dieser wiederum stützt sich insbesondere auf die Empfehlungen der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, in die die Erfahrungen von rd. 80 Projekten eingeflossen sind sowie auf Veröffentlichungen von B. Badura u. a.: Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis, 1999; Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Gesundheitspolitik, 1998.

heitsmanagement liefert vor diesem Hintergrund einen wichtigen Beitrag zur Organisationsentwicklung der Dienststellen und verbessert die Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung der Beschäftigten. Die Kompetenzen, sich aktiv mit veränderten Anforderungen aus einander zu setzen werden gefördert.

Mit den genannten Zielsetzungen ist das Gesundheitsmanagement gerade für den Öffentlichen Sektor eine Strategie, um den gegenwärtigen und künftigen Anforderungen an das Personalmanagement der Verwaltungen zu begegnen.<sup>4</sup> Vor dem Hintergrund steigender und veränderter Leistungsanforderungen im Zuge der Verwaltungsmodernisierung ist die Personalsituation in den öffentlichen Verwaltungen derzeit durch folgende Rahmenbedingungen gekennzeichnet: Relativ hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten auch aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Beschäftigten, vergleichsweise viele Fälle von Frühpensionierungen bzw. Frühverrentungen; geringe Fluktuation und damit geringe berufliche Veränderungsmöglichkeiten oder Aufstiegschancen, wenige Neueinstellungen sowie höhere Ansprüche von Frauen und Männern an eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

### **3.2 Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement**

Neben der angestrebten Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitsverhaltens hat das Gesundheitsmanagement vergleichbare Konsequenzen für eine Organisation wie die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements; denn ungünstige Arbeits- und Leistungsbedingungen haben nicht nur belastende und gesundheitsbeeinträchtigende Folgen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern sie wirken sich auch negativ auf die Dienstleistungsqualität und die Effizienz der Arbeit einer Dienststelle aus. Die Ausgangspunkte von Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement sind allerdings unterschiedlich: Während Qualitätsmanagement primär das Kundeninteresse in den Vordergrund stellt, geht Gesundheitsmanagement von den wahrgenommenen Belastungen und Gesundheitsressourcen der Beschäftigten aus.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Marstedt, G. und Müller, R. Ein kranker Stand? 1998; Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, 2004 und Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung, Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe, KGSt Bericht Nr.1/2005.

<sup>5</sup> Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Gesundheits- und Qualitätsmanagement werden insbesondere im Vergleich mit dem Excellence Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) deutlich. Vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen: Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung - Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen, 1999

Zink, K. J.: TQM als integratives Managementkonzept, 1995; Thul, M.J. und Zink, K.J.: Konzepte und Instrumente eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements, 1999.

### 3.3 Interessenbezug des Gesundheitsmanagements

Wie vielfältige Erfahrungen in den Dienststellen der Landesverwaltung bestätigen, kann das Gesundheitsmanagement nur dann wirksam umgesetzt werden, wenn die Interessen der verschiedenen Gruppen einer Organisation eingebracht werden. Das gilt insbesondere für das Interesse der Leitungen an der Verbesserung der Anwesenheitsquote und die Stärkung der Leistungspotentiale wie auch für das Interesse der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretungen an der Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des Wohlbefindens. Nur wenn es zu einem wirklichen Aushandeln der Interessen im Sinne einer Kompromissbildung kommt, wird Gesundheitsmanagement auf Dauer wirksam.<sup>6</sup>

Das beteiligungsorientierte Gesundheitsmanagement setzt ausdrücklich an den Interessen der verschiedenen Gruppen von Beschäftigten an: Innendienst/Außendienst, Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigte, u.a. Auch die teils unterschiedlichen Belastungen und Gesundheitsinteressen von Frauen und Männern sind auf diese Weise im Sinne des Gender Mainstreaming in das Gesundheitsmanagement integriert worden: In den Projekten wurden beispielsweise auch Themen wie familienfreundliche Arbeitszeiten und die Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bearbeitet.

## 4. Einführung von Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung: Ziele, Instrumente und Ergebnisse der zweiten Ausbauphase

In der Vereinbarung nach § 81 NPersVG ist eine zweijährige Ausbauphase des Gesundheitsmanagement von Januar 2003 bis Dezember 2004 festgelegt worden.

Damit wurden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Der Ausbau von Strukturen zur landesweiten Steuerung des Gesundheitsmanagements und zur Unterstützung der dezentralen Projekte.
- Die Erweiterung des erforderlichen Sachverstands in der Landesverwaltung.
- Die Förderung von Modellprojekten.

---

<sup>6</sup> Bei der Erarbeitung eines tragfähigen Projektauftrags spielt die Qualität der Aushandlungsprozesse zwischen den beteiligten Interessengruppen eine erhebliche Rolle. Diese wird in den Konzepten zur Qualitätsbeurteilung von Projekten entsprechend bewertet. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement: Project Excellence, Handbuch für Assesoren, o.J.; Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen, Ausbildungsunterlagen Qualitätsmanagement, 2003

#### 4.1 Strukturen und Instrumente zur Steuerung des Ausbaus von Gesundheitsmanagement

##### Steuerungsgruppe

Der Ausbau des Gesundheitsmanagement wurde von einer Ressort übergreifenden Steuerungsgruppe<sup>7</sup> begleitet und gelenkt. Neben entsprechenden Sachverständigen aus der Landesverwaltung sowie Vertretern und Vertreterinnen der Interessengruppen gehörten ihr auch externe Sachverständige an. Die Steuerungsgruppe war beim Ministerium für Inneres und Sport (MI), Stabsstelle Verwaltungsmodernisierung angesiedelt und wurde von K. Schahn, Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft (WA) der Universität Hannover, geleitet. Die in der Vereinbarung nach § 81 NPersVG unter Punkt 8 definierten Aufgaben sind abgearbeitet worden. Schwerpunkte lagen in der Auswahl und Begleitung von Modellprojekten, in der Erarbeitung eines einheitlichen Evaluationskonzepts für Gesundheitsmanagement und bei der Planung der weiteren Umsetzungsschritte über das Jahr 2004 hinaus. Des Weiteren erfolgte die Evaluation der Projekte, die während der Ausbauphase Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt haben. Ein Vorschlag zur Reform der Krankenstandsstatistik wird voraussichtlich bis Ende 2005 vorliegen.

##### Beratungsservice Gesundheitsmanagement

Der vom Innenministerium eingerichtete Beratungsservice im Umfang einer Vollzeitstelle wurde gemeinsam von der Landesvereinigung für Gesundheit und dem WA der Universität Hannover getragen. Hauptaufgaben waren die Einstiegsberatung für interessierte Dienststellen, die Entwicklung und Erprobung des Evaluationskonzepts und der -methodik, die Geschäftsführung der Steuerungsgruppe sowie der Aufbau und die Pflege von Netzwerken zur Begleitung und Beratung der Modelldienststellen.

##### Ausbau des entsprechenden Sachverständigenstands in der Landesverwaltung

Die Verbreitung und Vertiefung der fachlich einschlägigen Kenntnisse und Erfahrungen in der Landesverwaltung wurde vor allem in drei Handlungsfeldern vorangetrieben:

- Qualifizierung der verschiedenen Akteursgruppen in den Dienststellen zur Durchführung von Gesundheitsmanagement.
- Die (Weiter-) Qualifizierung von Beschäftigten der Landesverwaltung zu Prozessberatern/innen und Moderator/innen mit dem Auftrag, interessierte Dienststellen bei der Umsetzung des Gesundheitsmanagements zu beraten.
- Der Aufbau und die Entwicklung von Netzwerken, die dem gezieltem Erfahrungsaustausch und dem Benchmarking der Modellprojekte dienen.

Die Erfahrungen zeigen, dass zentral ausgeschriebene Seminarangebote nur wenig wahrgenommen wurden. Gute Erfahrungen konnten mit Projekt begleitenden sogenannten „In-

---

<sup>7</sup> Siehe Anlage 1: Mitglieder der Steuerungsgruppe

House-Schulungen“ zu spezifischen Themen gesammelt werden. Die gemeinsame Arbeit an Themen wie Projektmanagement oder zu Fragen von Führung und Gesundheit förderten ein abgestimmtes Verständnis der Beteiligten einer Dienststelle und unterstützten effektives Arbeiten in den Projekten.

#### 4.2 Auswahl und Förderung von Modellprojekten

Der Schwerpunkt der Ausbauphase lag in der Umsetzung des Gesundheitsmanagement in Dienststellen mit unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen. Für die unmittelbare Förderung von Projekten des Gesundheitsmanagements wurden vom MI Mittel der Verwaltungsmodernisierung im Rahmen eines landesweiten Ausschreibungsverfahrens zu Verfügung gestellt.

In den Jahren 2003 und 2004 haben sich insgesamt 50 Dienststellen form- und fristgerecht um die Mittel des MI beworben, von denen nach intensiver Prüfung 30 gefördert worden sind.<sup>8</sup> Die Anträge wurden von der Steuerungsgruppe bewertet und mit einer Entscheidungsempfehlung an das MI gegeben.

##### Antrags- und Auswahlverfahren

Die an einer Förderung interessierten Dienststellen konnten sich mit einem speziell entwickelten Antragsverfahren um Mittel bewerben. In einem vorgegebenen Rahmen waren insbesondere folgende Projektmerkmale zu skizzieren:

- Problemlage und Projektziele,
- Projektorganisation, Zeit-/Ablaufplan mit Kostenzuordnung und
- Art und Weise der Umsetzung der Grundsätze des Gesundheitsmanagement in der jeweiligen Dienststelle.

Ausschlag gebend für die Förderung war, ob die Dienststellen plausibel machen konnten, dass mit dem Gesundheitsmanagement ein nachhaltiger Prozess der Organisations- und Personalentwicklung in ihrer Behörde in Gang gesetzt werden soll. In der Gesamtschau aller Anträge wurde auch beachtet, dass die geförderten Dienststellen die Vielfalt der in der Landesverwaltung vorhandenen Behörden widerspiegeln. Projekte, die ausschließlich oder überwiegend verhaltensbezogene Maßnahmen geplant hatten, wurden nicht gefördert.

---

<sup>8</sup> Siehe Anlage 2: Projekte in der zweiten Ausbauphase

### 4.3 Ergebnisse der Evaluation der Modellprojekte

Gemäß Ziffer 8 der Vereinbarung nach § 81 NPersVG zum Gesundheitsmanagement hat die Steuerungsgruppe im Rahmen einer Arbeitsgruppe<sup>9</sup> ein einheitliches Konzept zur Evaluation der Modellprojekte und ein darauf basierendes Design für die Durchführung entsprechender Workshops entwickelt.<sup>10</sup> Mit der Evaluation werden zwei Ziele verfolgt: Zum einen erfolgt eine Beurteilung der Projekte nach einheitlichen Kriterien und Maßstäben in Form einer Selbstbewertung. Zugleich eröffnet die gemeinsame Reflexion der im Projekt durchlaufenen Prozesse und der erreichten Ergebnisse Lernchancen für alle Akteure. Diese Erfahrungen bilden eine gute Grundlage für die nachhaltige Qualitätsverbesserung weiterer Lernzyklen bzw. neuer Projekte im Gesundheitsmanagement.<sup>11</sup>

Von den 30 Modelldienststellen hatten sieben<sup>12</sup> bis Ende 2004 einen Lernzyklus im Gesundheitsmanagement einschließlich der Umsetzung von Maßnahmen durchlaufen: Auf der Grundlage von überblicksartigen Untersuchungen der Problemlagen haben die Beschäftigten in moderierten Beteiligungsgruppen Schwachstellen der Arbeit analysiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Häufig ging es dabei um die Beseitigung von Ärgernissen, die schon lange bekannt und zur Änderung angemahnt waren und nun, im Rahmen des Gesundheitsmanagements systematisch in Angriff genommen werden konnten.

Diese Projekte sind vom Beratungsservice Gesundheitsmanagement in eintägigen Workshops nach dem einheitlichen Konzept evaluiert worden.

Dabei ging es im Wesentlichen um Verbesserungen in folgenden Bereichen:

- Klärung von Kompetenzen und Aufgabenzuschnitten zur gerechten und effizienten Arbeitsverteilung.
- Verbesserungen der Ablauforganisation und die Einführung von Teamarbeit, die eine gleichmäßigere Auslastung und eine Verkürzung von Durchlaufzeiten zur Folge haben.

---

<sup>9</sup> Mitglieder der Arbeitsgruppe waren aus der Steuerungsgruppe Claudia Bindl, Nadine Pieck, Klaus Schahn sowie als weitere Sachverständige Achim Grube vom Sozialwissenschaftlichen Dienst und Helmut Holle vom Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen.

<sup>10</sup> Das von der Arbeitsgruppe entwickelte Evaluationskonzept basiert auf dem Ansatz „Project Excellence“ der Deutschen Gesellschaft für Projektmanagement e.V. Für die Anwendung im Rahmen des Gesundheitsmanagements wurde das Verfahren erheblich vereinfacht.

<sup>11</sup> vgl. Pfaff, H. Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff, H. und Slesina, W.: Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, 2001

<sup>12</sup> Siehe Anlage 3: Evaluation der Projekte 2004

- Neue Besprechungsregeln beispielsweise zur besseren, z.T. Berufsgruppen übergreifenden Koordinierung der Aufgaben (z.B. von ärztlichem und pflegerischem Dienst in einem Krankenhaus).
- Entwicklung und Umsetzung von Qualifizierungs- und Einarbeitungsmaßnahmen für Arbeitsmittel, insbesondere für Computersoftware.
- Flexible, bedarfsgerechte Arbeitszeiten, eine gerechtere Verteilung der Dienste im Schichtbetrieb sowie der Abbau von Überstunden.
- Ergonomische Gestaltung von (Bildschirm-) Arbeitsplätzen sowie die funktionellere und ansprechendere Gestaltung der Arbeitsstätten.

Die genannten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Organisationskultur haben nicht nur positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, sondern auch auf die Qualität und Produktivität der Arbeit.

Ein **Beispiel** soll diese komplexen Zusammenhänge illustrieren:

In einem Finanzamt wurden in einem Sachgebiet im Rahmen eines moderierten Gesundheitszirkels die Arbeitsabläufe und Aufgabenverteilung detailliert untersucht und komplett als Teamarbeit neu gestaltet. Ebenfalls wurden die Arbeitszeiten besser mit den Kundenwünschen in Einklang gebracht und regelmäßige Dienstbesprechungen eingeführt. Im Ergebnis konnte die Bearbeitungszeit von Steuererklärungen von vier Monaten auf durchschnittlich 28 Tage gesenkt werden. Gleichzeitig war eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit und die Verringerung der krankheitsbedingten Fehlzeiten festzustellen.

Im Rahmen der Evaluation wurden die positiven Effekte im Regelfall mit Daten von Personalbefragungen, z.T. in Kombination mit spezifischen Leistungsindikatoren (Bearbeitungszeiten) bzw. mit Fehlzeitenkennziffern belegt.

Voraussetzung dafür war allerdings eine genügend lange Laufzeit der Projekte (ca. zwei Jahre) und eine hinreichende Stabilität der Rahmenbedingungen. Gravierende Organisationsveränderungen, wie beispielsweise der weit gehende Neuzuschnitt von Behörden haben die Interventionseffekte des Gesundheitsmanagement überdeckt bzw. ihre Erfassung unmöglich gemacht.

Eine finanzielle Bewertung der beschriebenen Veränderungen ist zurzeit noch nicht möglich, da sich die Monetarisierung der Produkte und Leistungen im Bereich der Öffentlichen Verwaltung gegenwärtig noch im Entwicklungsstadium befindet.

Insgesamt wurden in den Modelldienststellen die Forschungsergebnisse zu arbeitsbedingten Belastungen weit gehend bestätigt: Die wichtigsten Verbesserungsbereiche in den Projekten wie auch in der einschlägigen Literatur<sup>13</sup> sind:

- Unzureichende Information und Kommunikation
- geringe Mitwirkungsmöglichkeiten bei Sachverhalten, die die eigene Arbeit betreffen,
- unangemessene Arbeitsmittel und Arbeitsstätten sowie
- Mängel im Führungsverhalten.

#### 4.4 Umsetzung der Prinzipien des Leitfadens

Die fünf Grundsätze – Ganzheitlichkeit, Partizipation, Projektmanagement und Integration, Gender Mainstreaming – sind Eckpfeiler für die Umsetzung des dienststelleninternen Gesundheitsmanagements.<sup>14</sup> Sie sind im Leitfaden Gesundheitsmanagement auf recht abstrakter Ebene formuliert worden. Angestrebt wird damit ein weit gefasster, aber verbindlicher Rahmen, in dem die Dienststellen mit ihren unterschiedlichen Ausgangsbedingungen Projekte mit jeweils spezifischen Schwerpunktsetzungen durchführen können.

Im Verfahren zur Beantragung von Fördermitteln des MI wird abgefragt, wie sich die Dienststellen die Umsetzung der Grundsätze in ihrem Projekt vorstellen.

Nachstehend erfolgt eine knappe summarische Einschätzung, wieweit die Realisierung der Prinzipien in den evaluierten Modellprojekten gelungen ist.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> vgl. zusammenfassend Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, 2004

<sup>14</sup> Den vier erstgenannten Grundsätzen der Luxemburger Deklaration für betriebliche Gesundheitsförderung ist bei der Erarbeitung des Leitfadens Gesundheitsmanagement das Prinzip des Gender Mainstreamings hinzugefügt worden. Diese Erweiterung basiert zum einen auf fachlichen Gründen: Zahlreiche Forschungsergebnissen zeigen, dass valide Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit nur in geschlechterdifferenzierender Weise zu gewinnen sind. Dies bedeutet auch, dass Verbesserungen der gesundheitlichen Lage stets die spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen von Männern und Frauen zu berücksichtigen haben. Vgl. zusammenfassend: Ministerium für Frauen, Jugend, Nordrhein-Westfalen, Gesundheit von Frauen und Männern, Gesundheitsberichte NRW, 2000; Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Frauen, Arbeit und Gesundheit, Hannover 2000. Darüber hinaus ist die europaweite geltende Strategie des Gender Mainstreamings zur verbindlichen Leitlinie für alle Vorhaben der niedersächsischen Politik geworden.

<sup>15</sup> Die Umsetzung der Prinzipien ist im Rahmen der o.g. sieben Evaluationsworkshops mit erfasst worden. Weitere Erkenntnisse konnten in den insgesamt acht Netzwerktreffen der

## Ganzheitlichkeit

Das Prinzip Ganzheitlichkeit beinhaltet zwei Aspekte:

- Zum einen geht es darum, dass Gesundheitsmanagement grundsätzlich zwei Zielsetzungen verfolgt: Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Förderung des Gesundheitsverhaltens der Beschäftigten.
- Zum anderen muss die Entwicklung von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen stets auf fundierten Diagnoseschritten basieren. Es gilt der Grundsatz der Organisationsentwicklung: Keine Maßnahmen ohne Diagnose.

Dieses Prinzip hat zu Beginn der Ausbauphase einige Irritationen ausgelöst, weil in der Vergangenheit der Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung in vielen Behörden vor allem mit verhaltensbezogenen Maßnahmen in Verbindung gebracht worden ist. Im Zuge der Umsetzung des Gesundheitsmanagements wurde deutlich, dass eine solche Fokussierung auf bewegungs- und ernährungsbezogene Maßnahmen zwar einen Impuls für gesünderes Verhalten setzen kann, der aber meist nur die ohnehin schon Gesundheitsbewussten erreicht und kaum nachhaltige Wirkungen erzielen kann. Die Lernprozesse sind in der Evaluation sichtbar geworden: In allen Modellprojekten ist ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen umgesetzt worden.

Ebenso sind die Vorgehensweise in der Diagnose und Maßnahmenentwicklung - i.d.R. eine organisationsweite Personalbefragung sowie die vertiefende Analyse von Problemschwerpunkten und die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen in Arbeitsgruppen - zum akzeptierten Standard in den Modellprojekten geworden.

## Partizipation

Auch das Prinzip Partizipation weist zwei Facetten auf:

- Um den Erfolg auf struktureller Ebene zu sichern, muss das gesamte Vorhaben sowohl von der Dienststellenleitung wie von der Personalvertretung getragen werden. In die Projektgremien sind des Weiteren die wichtigen Beschäftigtengruppen, insbesondere Führungskräfte, Gesundheitsexpert/innen und Beschäftigte mit besonderen Arbeitsbedingungen (z.B. Schichtdienstleistende) einzubeziehen.
- Am Prozess der Durchführung sind die Beschäftigten soweit wie möglich zu beteiligen. Dies gilt insbesondere für die Analyse gesundheitsbeeinträchtigender Arbeitsbedingungen auf der Basis des Erfahrungswissens der Betroffenen und für die Entwicklung zielführender Verbesserungsmaßnahmen in Beteiligungsgruppen.

---

Modelldienststellen 2003/2004 gewonnen werden, die vor allem dem Austausch von Erfahrungen bei der Umsetzung des Gesundheitsmanagement dienen.

Auf formaler Ebene ist die Unterstützung des Projekts durch Dienststellenleitung und Personalvertretung bereits durch den gemeinsam zu stellenden Antrag auf Förderung abgesichert.

Der Grundsatz der Beteiligung der Beschäftigten bei der Durchführung der Projekte traf auf weit gehende Akzeptanz in den Modelldienststellen. Auch die unmittelbare Einbeziehung der Betroffenen in die Analyse und Maßnahmeentwicklung ist im Regelfall realisiert worden. Allerdings war in einigen wenigen Dienststellen eine Vorgehensweise zu beobachten, die andere Schwerpunktsetzungen bei der Analyse und Maßnahmenentwicklung verfolgte. Dies war insbesondere bei einigen der Behörden der Fall, in denen bereits seit längerer Zeit Gruppen von engagierten und fachkundigen Beschäftigten sich des Gesundheitsthemas angenommen hatten.

Hier bestand z. T. die Neigung, Gesundheitsprobleme stellvertretend für die unmittelbar Betroffenen in der Expertengruppe zu analysieren, zu bewerten und Lösungen zu erarbeiten.

### **Projektmanagement**

Wie im Leitfaden beschrieben wird Gesundheitsmanagement in der Form eines Organisationsprojekts eingeführt.

Die an der Ausbauphase beteiligten Modelldienststellen haben ganz unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen für die Umsetzung des Gesundheitsmanagements. Dienststellen mit geringen Erfahrungen in der Durchführung von Projekten sahen sich vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Die Anforderungen und Hürden sind z. T. erst im Zuge der Umsetzung des Gesundheitsmanagements bewusst geworden und dann durch projektbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen behoben worden.

Die Erfahrungen zeigen, dass es die Komplexität des Projektmanagements nicht leicht macht, vorhandenes Wissen in zielgerichtetes Handeln zu transferieren. „Learning by doing“ hat einen großen Anteil an der Kompetenzentwicklung im Prozess der Projektplanung und –durchführung. Dazu gehören der gezielte Einsatz prozessbegleitender Qualifizierungsbau- steine und verschiedene Formen von Beratung.

Im Bereich des Projektmanagement ist aber auch ein deutlicher Zusatznutzen an verallgemeinerbarem Wissen und Erfahrungen festzuhalten, der weit über Gesundheitsmanagement hinausreicht. Dienststellen die Gesundheitsmanagement erfolgreich eingeführt haben, werden nach eigenen Angaben künftig wesentlich besser in der Lage sein, die eigene Organisation zielgerichtet weiterzuentwickeln.

### **Integration**

Die meisten Dienststellen stehen noch vor der dauerhaften Integration des Gesundheitsmanagements in die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe. In einigen Fällen, z. B. den beteiligten Finanzämtern ist der Lernzyklus bis zur Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen vollständig durchlaufen worden, so dass eine erneute Befragung unter den veränderten Bedingungen erfolgen kann bzw. bereits erfolgt ist. Hier sind die sachlichen Voraussetzun-

gen für die Integration des Gesundheitsmanagements schon gegeben. Entscheidend wird es in diesen Fällen sein, ob auch Sicherheit über die finanziellen Grundlagen für die Fortsetzung der Prozesse hergestellt wird.

### **Gender Mainstreaming**

Die Umsetzung des Prinzips Gender Mainstreaming bedeutet in diesem Zusammenhang, dass im Gesundheitsmanagement die unterschiedlichen Arbeits- und Lebenssituationen von Männern und Frauen mit dem Ziel der Gleichstellung der Geschlechter berücksichtigt werden.

In der Antragstellung wurde dieses Prinzip von vielen Dienststellen eher formal bearbeitet. Offensichtlich waren erst wenig Kenntnisse und Erfahrungen mit der Umsetzung von Gender Mainstreaming vorhanden.

In den Modelldienststellen zeigte sich jedoch, dass mit dem partizipativen Ansatz des Gesundheitsmanagements zielgruppenspezifische Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für die verschiedenen beteiligten Gruppen erzielt werden können: Das Thema Arbeitszeitregelungen beispielsweise ist stets mit Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben verbunden: Durch die systematische Beteiligung der Betroffenen konnten in einigen Projekten die Geschlechterperspektiven berücksichtigt und praxistaugliche Lösungen entwickelt werden. Auf diese Weise wurde das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in den Verantwortungsbereich der Organisation hinein geholt und seine Privatisierung punktuell aufgehoben. Damit wurden die Anforderungen des Gender Mainstreamings ansatzweise umgesetzt. Zielführend ist hierbei ein Prozess des Umdenkens, der sowohl Frauen wie Männern bessere Chancen bietet, die Anforderungen von Beruf, Familie und Privatleben zu vereinbaren.

Die in der Vereinbarung nach § 81 NPersVG formulierten Ziele - die Berücksichtigung geschlechtsdifferenzierender Sichtweisen und die Unterstützung einer stärkeren Vereinbarung von Familie und Beruf – wurden auf diese Weise zumindest in einigen Projekten angestrebt und erreicht.

Allerdings wurde hier auch weiterer Entwicklungsbedarf deutlich:

- Es ist erforderlich einen Fragebogen einzusetzen, der die verschiedenen Facetten geschlechtstypischer Belastungen – von Frauen und Männern – erfasst.
- Die Dienststellen benötigen Beratungskapazitäten, die auch in Fragen des Gender Mainstreamings sach- und fachkundig beraten können.

## 5. Kosten und Nutzen des Gesundheitsmanagements

### 5.1 Kosten für Gesundheitsmanagement

Bei den Kosten des Gesundheitsmanagements lassen sich bestimmte Leistungs- bzw. Aufwandsarten unterscheiden, die in Zusammenhang mit den unter Punkt 3 aufgeführten Prozessschritten des Gesundheitsmanagements entstehen.

#### 5.1.1 Fach- und Prozessberatung

Die Umsetzung von Gesundheitsmanagement erfordert spezifische Kenntnisse und Erfahrungen, die in der Landesverwaltung gegenwärtig nicht in erforderlichem Maß zur Verfügung stehen. Es handelt sich dabei insbesondere um

- Unterstützung bei der Erhebung der spezifischen Gesundheitsbelastungen und -ressourcen in einer Dienststelle, z.B. durch Personalbefragungen.

Hier variieren die Kosten mit der Intensität der in Auftrag gegebenen Problemdiagnose und der Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Einsatz und Auswertung eines Fragebogens im üblichen Umfang kostet von z.B. bei einem externen Dienstleister ca. € 5,- pro ausgewerteten Fragebogen.<sup>16</sup>

- Beratung und Moderation von örtlichen Steuerungsgremien sowie Moderation von Gesundheitszirkeln und Workshops.

Die Leistungen werden i.d.R. auf der Basis von Tagespauschalen zwischen 600,- und 800,- Euro abgerechnet.<sup>17</sup> Die Kosten variieren dem entsprechend mit der Sitzungsfrequenz (Arbeitsintensität) der Steuerungsgremien und der Anzahl der beteiligten Gruppen.

#### Berechnungsbeispiel für eine Dienststelle mit 220 Beschäftigten

Wie durch die Erfahrungen aus den Modelldienststellen zu belegen ist, können bei einem zügigen Ablauf in einem Jahr Kosten in Höhe von Euro 8000,- entstehen, die sich folgendermaßen aufschlüsseln lassen:

Leistung	Einzelkosten	Gesamtkosten
Beratung/ Moderation des Steuerungsgremiums		
→ 2 Ganztägige Veranstaltungen	700 €	1.400 €
→ 6 Halbtägige Veranstaltungen	350 €	2.100 €
Moderation von 2 Beteiligungsgruppen		

<sup>16</sup> Die Werte basieren auf Angaben in den Verwendungsnachweisen über die Fördermittel der Modelldienststellen.

<sup>17</sup> Die Werte basieren auf Angaben in den Verwendungsnachweisen über die Fördermittel der Modelldienststellen.

→ 10 Halbtägige Veranstaltungen	350 €	3.500 €
Durchführung einer Personalbefragung		
Auswertung und Datenfeedback von 200 ausgefüllten Fragebögen	5 €	1000 €
Summe pro Jahr		8000 €

Die Kosten für die Beratung und Begleitung der Steuerungsgruppe sind in der Regel unabhängig von der Größe der Dienststelle. Wohingegen mit einer Zunahme der Kosten für Befragungen und Moderation von Beteiligungsgruppen mit der Größe der Dienststelle zu rechnen ist, sofern die dafür notwendigen Ressourcen nicht intern vorgehalten werden können.

Diese Kosten lassen sich künftig durch den Aufbau entsprechender Kompetenzen und Kapazitäten in der Landesverwaltung deutlich reduzieren.

### 5.1.2 Qualifizierungsmaßnahmen und Inanspruchnahme von Arbeitszeit

Weitere Kosten fallen durch Qualifizierungsmaßnahmen an: Zum einen waren Schulungen der Projektbeteiligten z.B. zum Projektmanagement erforderlich. Zum anderen waren Qualifizierungsprogramme Teil der entwickelten Verbesserungsmaßnahmen wie Führungskräfte-Trainings, Stressbewältigung, Zeitmanagement, Teamentwicklung u.ä., die in der Regel aus den Fortbildungsmitteln der Dienststellen bezahlt wurden. Zwar wird der Bedarf für solche Qualifizierungen im Rahmen des Gesundheitsmanagement sichtbar und einforderbar, die Wirkungen aber sind selbstverständlich unspezifisch und haben positiven Einfluss auf die Organisation insgesamt.

Indirekte Kosten entstehen durch die Inanspruchnahme von Arbeitszeit durch die Aktivitäten im Rahmen des Gesundheitsmanagements, vor allem durch die Beteiligung an der örtlichen Steuerungsgruppe, an Projektgruppen, an Gesundheitszirkeln und durch die Teilnahme an Befragungen.

### 5.1.3 Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen

Im Vergleich zu den erstgenannten Summen waren die Kosten für die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen verhältnismäßig gering. Das liegt vor allem daran, dass sich die vorgeschlagenen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements eher auf Veränderungen der Organisationsstrukturen sowie auf die Verbesserung der Arbeitsabläufe und der Informations- und Kommunikationsprozesse richten. Diese Veränderungen erfordern wenig oder keinen monetären Aufwand, sondern Umdenken, Flexibilität (gerade auch bei Führungskräften) und die Bereitschaft Neues zu erproben.

Die in einigen Fällen erforderlich gewordenen Investitionen in die (ergonomische) Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsstätten wurden i.d.R bei der Haushaltsplanung berücksichtigt.

#### **5.1.4 Finanzielle Förderung der Modelldienststellen, zentrale Steuerung, Qualitätssicherung und Beratung**

In der Ausbauphase wurde die Umsetzung des Gesundheitsmanagements in den Dienststellen mit einem Anreizsystem gefördert. Diese Förderung hat sich zugleich als gute Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die einheitliche Evaluation des Gesundheitsmanagements bewährt. Für die Modelldienststellen sind zwischen 1.500,- und 15.000,- Euro im Jahr 2003 bzw. zwischen 1.500,- und 12.000,- im Jahr 2004 aus Mitteln der Verwaltungsmodernisierung ausgegeben worden.

Für die zentrale Steuerung des Ausbaus des Gesundheitsmanagements, insbesondere für den Beratungsservice entstanden pro Jahr Kosten in Höhe von rd. 85.000 Euro. Dabei ist fest zu halten, dass sich die Aktivitäten des Beratungsservices nicht auf die Begleitung und Beratung der Modellprojekte beschränkten. Weitere Aufgaben bestanden vor allem in der Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements (Evaluationskonzept, Krankenstandsstatistik), des Ausbaus und der Pflege von Netzwerken sowie der vielfältigen Formen des Projektmarketings.

#### **5.2 Nutzen des Gesundheitsmanagements**

Die Förderung der Gesundheit und Leistungspotentiale bewirkt i.d.R. eine höhere Produktivität und Qualität der Arbeit. Beispiele dafür sind unter Punkt 4.3. beschrieben worden. Die positiven Effekte lassen sich grundsätzlich mit Leistungsindikatoren messen, die spezifisch für bestimmte Dienststellen bzw. Leistungsarten/Produkte zu erarbeiten sind. Die Entwicklung dieser Indikatoren und - wie erwähnt - der monetären Bewertung der Ergebnisse befindet sich noch in den Anfängen.

Im Folgenden soll anhand einer Beispielrechnung der monetäre Nutzen des Gesundheitsmanagements aufgrund der Verringerung der Kosten für ausgefallene Arbeitstage aufgrund krankheitsbedingter Fehlzeiten abgeschätzt werden.

Über den Aufwand für ausgefallene Arbeitstage hinaus entstehen weitere Kosten in Zusammenhang mit krankheitsbedingten Fehlzeiten, z.B. für Beihilfezahlungen im Krankheitsfall und für die Einkommensfortzahlung für Angestellte und Arbeiter im Krankheitsfall (bis 42 Tage Krankheitsdauer). Diese Aufwendungen können im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht dargestellt werden können.

Ebenso gibt es ein erhebliches Einsparpotential durch die Reduzierung von Frühpensionierungen/ Frühverrentungen, das hier ebenfalls nicht berücksichtigt wird. Zu dieser Thematik existiert eine vom BMBW koordinierte Arbeitsgruppe der Länderverwaltungen, an der auch Niedersachsen beteiligt ist.

### 5.2.1 Nutzen verringerter ausgefallener Arbeitstage

Die Fehlzeitenstatistik des Nds. Landesamts für Statistik weist für eine Stichprobe von rd. 6.600 der insgesamt 220.000 Beschäftigten der niedersächsischen Landesverwaltung eine Fehlzeitenquote von 5,1 % für das Jahr 2003 aus.<sup>18</sup>

Im Durchschnitt fehlt jede/jeder Bedienstete in der Stichprobe 12,81 Tage aufgrund von Erkrankungen bzw. Behandlungen.

Das entspricht einem Ausfall von 84.600 Arbeitstagen durch Krankheit für diese Stichprobe.

Dabei gibt es deutliche Abstufungen u. a. nach Beschäftigtenstatus und Laufbahngruppen: Arbeiter fehlen z.B. häufiger krankheitsbedingt als Angestellte und diese wiederum öfter als Beamte.

Berechnet man anhand der vom MF zur Verfügung gestellten standardisierten Personalkosten für die verschiedenen Status- bzw. Laufbahngruppen die Kosten für krankheitsbedingte Ausfalltage ergibt sich eine Summe von rd. 23,33 Mio. Euro an Ausfallkosten für die Stichprobe der in der Statistik erfassten rd. 6.600 Beschäftigten.

Bei einer Verringerung der krankheitsbedingten Fehlzeiten um 1 % vermindern sich die Ausfallkosten um rd. 233. 300,- Euro im Jahr für die Stichprobe der 6.600, wenn man die standardisierten Personalkosten zugrunde legt. Dabei ist unterstellt, dass sich die Reduktion der Fehltagelänge gleichmäßig auf die Beschäftigtengruppen verteilt.

Gleichzeitig erhielt die Landesverwaltung durch die 1%ige Verringerung der Fehltagelänge einen Zuwachs von rd. 846 Arbeitstagen, oder 170 Arbeitswochen.

## 6. Fazit der zweiten Ausbauphase

Die Erfahrungen der zweiten Ausbauphase von 2003 bis 2004 haben deutlich gemacht, dass mit dem in der Landesverwaltung verfolgten Ansatz des Gesundheitsmanagements die angestrebten Ziele (siehe Punkt 3) erreicht wurden. In den evaluierten Modelldienststellen waren sowohl die Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten wie auch die Freisetzung von Leistungspotentialen und die Steigerung der Arbeitszufriedenheit nachweisbar. Und dies trotz der relativ kurzen Laufzeit der zweiten Ausbauphase und trotz der teils erheblichen Veränderungen der Rahmenbedingungen der Modellbehörden.

---

<sup>18</sup> Die Daten wurden dem Innenministerium vom Landesamt für Statistik für die Berichtslegung zur Verfügung gestellt. Die Erhebung der krankheitsbedingten Fehlzeiten erfolgt auf der Grundlage eines gemeinsamen Runderlasses vom 26.01.1998 (Nds. MBl. 8/1998, S.311ff.) und erfasst vor allem Daten aus den obersten Landesbehörden. Die 2003 ausgewertete Stichprobe umfasst nur noch rd. 6.600 Beschäftigte verteilt auf die unterschiedlichen Laufbahn- und Statusgruppe. Für die Gesamtzahl der rd. 220.000 der Landesverwaltung ist die Stichprobe mit großer Wahrscheinlichkeit nicht repräsentativ.

Damit ist das Gesundheitsmanagement gerade für die Landesverwaltung eine geeignete Strategie, um neue Anforderungen an das Personalmanagement in den Dienststellen – Veränderungen der Arbeitsaufgaben, organisatorischer Wandel - zu unterstützen.

Sowohl das nachdrückliche und einvernehmliche Interesse der Dienststellenleitungen und Personalvertretungen als auch die Ergebnisse der Ausbauphase zeigen, das Gesundheitsmanagement gute Möglichkeiten bietet, um Gesundheit und Leistungsfähigkeit in der Landesverwaltung zu verbessern. Entscheidend ist dabei, dass die Beschäftigten selbst durch das Gesundheitsmanagement aktiviert werden und an der Gestaltung ihrer Arbeit mitwirken. Auf diese Weise werden die Bindungen an die eigene Organisation erneuert oder gestärkt und das Engagement für die Bearbeitung der anstehenden Aufgaben gefördert.

### **Erfolgsfaktoren des Gesundheitsmanagements**

In der zweiten Ausbauphase haben sich nachstehende Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung von Gesundheitsmanagement bewährt:

- Ein klar konturiertes Konzept auf Basis der Prinzipien des Gesundheitsmanagements, das mit dem Leitfaden zum dienststelleninternen Gesundheitsmanagement vorliegt.
- Ein finanzielles Anreizsystem für den Einstieg in das Gesundheitsmanagement, mit welchem die Ziele und der Ansatz des Vorhabens in die Fläche transportiert werden.
- Eine zentrale Instanz zur Steuerung der Umsetzung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements.
- Ein einheitliches Konzept für die Evaluation des Gesundheitsmanagements, um den Prozess und die Ergebnisse nach vereinbarten Maßstäben überprüfen und weiterentwickeln zu können.
- Kompetenzen und Kapazitäten zur Information über Gesundheitsmanagement und zur Beratung der Dienststellen bei der Entscheidung für die Einführung des Gesundheitsmanagements.
- Finanzielle Mittel für qualifizierte Beratungskapazitäten sind eine Voraussetzung für effektive Lernprozesse in den Dienststellen, da fundierte Erfahrungen mit Prozessen der Organisations- und Personalentwicklung in den meisten Fällen noch nicht vorhanden sind.

### **7. Weiterführung des Gesundheitsmanagements**

Aufgrund der positiven Erfahrungen sowie der bestehenden und zukünftigen Erfordernisse des Personalmanagements in der Landesverwaltung wird das Gesundheitsmanagement weitergeführt.

### **Ziele der dritten Ausbauphase**

Wie in der Vereinbarung nach § 81 NPersVG unter Ziffer 6 vorgesehen, soll die schrittweise Ausdehnung des Gesundheitsmanagements auf die Landesverwaltung in einer weiteren, dritten Ausbauphase - Zeitraum 2006 bis 2008 - erfolgen.

In dieser Phase sind insbesondere zwei Ziele zu verfolgen:

- Die stärkere und systematische Einbeziehung der Ressorts in die Planungs- und Steuerungsprozesse des Gesundheitsmanagements.
- Die Erprobung neuer Steuerungsmodalitäten bei der weiteren Ausdehnung des Gesundheitsmanagements in die Fläche.

### **Steuerung und Finanzierung des Gesundheitsmanagements**

Für den weiteren Ausbau des Gesundheitsmanagements werden insbesondere zwei Änderungen der gegenwärtigen Praxis angestrebt:

- Die bestehende Steuerungsgruppe wird um eine/n Vertreter/in der beteiligten Ressorts erweitert. Damit wird einerseits sichergestellt, dass die Ressorts an der Planung und Steuerung des Gesundheitsmanagements sowie an der Entscheidung über die Förderung von Projekten beteiligt sind. Andererseits kann die Fach- und Sachkompetenz der seit 2003 arbeitenden Steuerungsgruppe weiter genutzt werden. Diese Beteiligung der Ressorts ist gemäß Ziffer 7 der Vereinbarung nach § 81 NPersVG möglich und wurde mit den Gewerkschaften am 25. Oktober 2005 einvernehmlich erörtert.
- Die Finanzierung der Projekte erfolgt – wie in der Vergangenheit -grundsätzlich gemeinsam durch die Stabsstelle Verwaltungsmodernisierung und vorhandene Mittel der teilnehmenden Dienststellen. Für die dritte Ausbauphase ist vorgesehen, die Anschubfinanzierung durch die Stabsstelle Verwaltungsmodernisierung zu erweitern und auf den Prozesskreislauf des Gesundheitsmanagements abzustimmen. Das Gesundheitsmanagement in den Dienststellen kann dadurch bis zum Zeitpunkt der Umsetzung konkreter Maßnahmen auch in zwei aufeinander folgenden Jahren gefördert werden. Die Umsetzung von Maßnahmen und die Verstetigung des Ausbaus in den Dienststellen wird anschließend durch die Ressorts bzw. die Dienststellen finanziert.

### **Begleitung und Beratung des Gesundheitsmanagements**

Die zentralen, koordinierenden und beratenden Aktivitäten werden während der dritten Ausbauphase wie bisher von der Stabsstelle Verwaltungsmodernisierung wahrgenommen.

Durch die Stabsstelle Verwaltungsmodernisierung wird auch der Beratungsservice weiterhin finanziert, der für die Sicherung der Infrastruktur (Netzwerke), die Qualitätssicherung und den Wissenstransfer zuständig ist und der den Dienststellen kostenlos für die unmittelbare Beratung zur Verfügung steht.

Des Weiteren ist vorgesehen, den Aufbau und den Einsatz der landesinternen Beratungskompetenzen und -kapazitäten (Beratungsteam) für das Gesundheitsmanagement zu forcieren. Auf diese Weise können die kostenintensiven Leistungen externer Begleitung reduziert und die gegenwärtig vom Beratungsservice wahrgenommenen Aufgaben auf eine breitere personelle Basis gestellt werden.

### **Aufgaben der Steuerungsgruppe in der dritten Ausbauphase**

Die Steuerungsgruppe steuert den weiteren Ausbau von Gesundheitsmanagements insgesamt und ist für die konzeptionelle Weiterentwicklung zuständig. Insbesondere wird sie die nachstehenden Aufgaben wahrnehmen:

- Vorbereitung der Entscheidung über die Auswahl und Förderung von Modelldienststellen und Weiterentwicklung des Auswahlverfahrens.
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des Finanzierungsmodells, um die Verstetigung des Gesundheitsmanagement sicher zu stellen. Dabei ist auch an die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen im Rahmen ihrer Präventionsaufgaben zumindest im Arbeiter- und Angestelltenbereich zu denken.
- Mitwirkung beim Ausbau der landesinternen fachlichen und Fach übergreifenden Beratungskapazitäten und -kompetenzen. Auf diese Weise können die Kosten für externe Beratungsleistungen reduziert werden.
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung und Umsetzung des Konzepts einer landesweit einheitlichen Krankenstandsstatistik als gemeinsame Grundlage für die Evaluation des Gesundheitsmanagements. Ein entsprechender Vorschlag ist gemäß der Vereinbarung nach § 81 NPersVG, Ziffer 8) in Vorbereitung und wird bis Mitte 2006 vorliegen.
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des Evaluationskonzepts und -verfahrens für das dienststelleninterne Gesundheitsmanagement, um die Qualität und Akzeptanz einer einheitlichen Bewertung sicherzustellen.
- Mitwirkung bei der Erarbeitung eines standardisierten Musterfragebogens für Erhebungen im Rahmen des Gesundheitsmanagements, der den Dienststellen kostenlos zur Verfügung gestellt werden kann.
- Mitwirkung bei der Fortschreibung des Leitfadens zur Umsetzung des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung.

## 8. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A.;  
Salutogenese, 1997
- Badura, B. et al.;  
Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Fehlzeiten-Report 2001, Berlin: Springer
- Badura, B., Ritter, W. und Scherf, M.;  
Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis, Berlin 1999
- Badura, B., Münch, E. und Ritter, W.;  
Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Gesundheitspolitik: Fehlzeiten durch Motivationsverlust?, Gütersloh 1998
- Bamberg, E., Ducki, A. und Metz, A.-M. (Hrsg.);  
Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Göttingen 1998
- Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.);  
Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Gütersloh 2004
- Bertelsmann Stiftung;  
Defizite im Führungsverhalten demotivieren Mitarbeiter, Gütersloh 1998
- Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege  
Projekt „Führung und Gesundheit“ – Literaturstudie, 2005, INQA.de
- Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen  
Ausbildungsunterlagen Qualitätsmanagement, 2003
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.);  
Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb - Ratgeber, Dortmund/Berlin 1997
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen Abteilung Gesundheit;  
Gesundheitsförderung im Betrieb, 1996
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, Essen November 1997
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung - Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen, Essen Mai 1999

Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement	Project Excellence, Handbuch für Assesoren, o.J.
Hurrelmann, K., Kolip, P.	Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, 2002
Janßen, W.	Wirtschaftlichkeitsanalysen in Projekten der öffentlichen Verwaltung, Frankfurt am Main u. a., 1998
Klages, H. und Hippler, G.;	Mitarbeitermotivation als Modernisierungsperspektive - Ergebnisse eines Forschungsprojektes über »Führung und Arbeitsmotivation in der öffentlichen Verwaltung«; 2. Auflage, Gütersloh 1993
Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung	Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe, Köln, KGSt Bericht Nr.1/ 2005
Lazarus, R. S., Launier, R., 1981	Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R.: Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen
Marstedt, G. und Müller, R.;	Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft, Berlin 1998
Ministerium für Frauen, Jugend, Gesundheit, Nordrhein-Westfalen	Gesundheit von Frauen und Männern, Gesundheitsberichte, Düsseldorf 2002
Niedersächsisches Innenministerium;	Gesundheitsförderung als Aufgabe der Personalentwicklung, Hannover 1999
Niedersächsisches Innenministerium;	Die niedersächsische Landesverwaltung durch Personalentwicklung zukunftsfähig gestalten, Hannover Juli 1997
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales;	Frauen, Arbeit und Gesundheit, Hannover 2000
Oppolzer, A.;	Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten. In: Badura, B., Litsch, M. und Vetter, C., Fehlzeiten-Report 1999 – Physische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin u.a. 1999
Pfaff, H., Slesina, W.,	Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, Weinheim und München 2001

- Pfaff, H. Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, In: Pfaff, H., Slesina, W., Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, Weinheim und München 2001
- Rosenstiel, L. von; Betriebsklima geht jeden an!, München 1992
- Schmidt, K.-H., 1996 Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation, In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 40(2)
- Semmer, N. Streß. In: Volpert, W. und Luczak, H., Handbuch Arbeitswissenschaft, Stuttgart 1997, S. 332 – 339
- Thul, M.J.und Zink, K.J. Konzepte und Instrumente eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Zbl. Arbeitsmed. 49, 1999
- Udris, I. und Riemann, M.; Gesundheitsförderung in der Öffentlichen Verwaltung - Ein ressourcen- und partizipationsorientierter Ansatz. 42. Arbeitswissenschaftlicher Kongress. Zürich 1996
- Zink, K.J. TQM als integratives Managementkonzept, 1995

**Anlage 1: Mitglieder der Steuerungsgruppe**

Stand: Dezember 2005

**Zentrale Projektsteuerung:**

Jürgen Reiche	Nds. Ministerium für Inneres und Sport
Anke Breusing	Nds. Ministerium für Inneres und Sport
Thomas Brosig	Nds. Ministerium für Inneres und Sport

**Bereich Frauengesundheit:**

Ursula Jess	Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
-------------	---

**Bereich Arbeitsschutz:**

Hans Bonnet	Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
-------------	---

**Gewerkschaftliche Arbeitsgemeinschaften der Hauptpersonalräte:**

Elke Peters	Deutscher Gewerkschaftsbund
Achim Henke	Deutscher Beamtenbund

**Arbeitskreis der Frauenbeauftragten der obersten Landesbehörden:**

Ulrike Droit	Nds. Ministerium für Inneres und Sport
--------------	--

**AG der Schwerbehindertenvertretungen bei den obersten Landesbehörden:**

Wulf-Dieter Kreuzberger	Nds. Ministerium für Inneres und Sport
-------------------------	--

**Wissenschaftliche Begleitung und Beratungsservice:**

Thomas Altgeld	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Claudia Bindl	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Nadine Pieck	Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft, Universität Hannover
Klaus Schahn	Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft, Universität Hannover

## Anlage 2: Projekte in der zweiten Ausbauphase

### 2003:

- 1 Amtsgericht Hannover
- 2 Amtsgericht Nordenham
- 3 Bezirksregierung Braunschweig
- 4 Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen
- 5 Finanzamt 2003 Aurich, Leer, Nienburg/Weser
- 6 Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg
- 7 Justizvollzugsanstalt Braunschweig
- 8 Justizvollzugsanstalt für Frauen Vechta
- 9 Justizvollzugsanstalt Hannover
- 10 Landesbildungszentrum für Blinde
- 11 Landgericht Aurich
- 12 Medizinische Hochschule Hannover
- 13 Niedersächsisches Kultusministerium, Referat 202
- 14 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
- 15 Niedersächsisches Landesamt für Ökologie
- 16 Polizei in Niedersachsen
- 17 Staatliches Baumanagement - SBN II Braunschweig
- 18 Staatliches Baumanagement Munster
- 19 Straßenbauamt Stade
- 20 Universität Oldenburg
- 21 Universitätsbibliothek Hannover

### 2004:

- 1 Amtsgericht Hannover
- 2 Amtsgericht Nordenham
- 3 Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen
- 4 Finanzamt Aurich
- 5 Finanzamt Leer
- 6 Finanzamt Nienburg/Weser
- 7 Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg
- 8 Justizvollzugsanstalt Braunschweig
- 9 Justizvollzugsanstalt Hannover
- 10 Justizvollzugsanstalt Meppen
- 11 Landesbildungszentrum für Blinde

- 12 Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (Celle)
- 13 Medizinische Hochschule Hannover
- 14 Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Außenstelle Hannover
- 15 Niedersächsisches Kultusministerium, Referat 103
- 16 Niedersächsisches Landesamt für Statistik
- 17 Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport
- 18 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
- 19 Polizei in Niedersachsen
- 20 Sozialgericht Aurich
- 21 Sozialgericht Hildesheim
- 22 Sozialgericht Lüneburg
- 23 Staatliches Baumanagement - SBN II Braunschweig
- 24 Staatliches Baumanagement Munster
- 25 Straßenbauamt Lingen
- 26 Straßenbauamt Stade
- 27 Universität Oldenburg

**Anlage 3: Evaluation der Projekte:**

Stand: Dezember 2005

**2004:**

- 1 Bezirksregierung Braunschweig
- 2 Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg
- 3 Staatliches Baumanagement II Braunschweig
- 4 Medizinische Hochschule Hannover
- 5 Ministerium für Arbeit und Soziales
- 6 Finanzamt Leer
- 7 Niedersächsisches Landesamt für Ökologie

**2005:**

- 1 Finanzamt Aurich
- 2 Justizvollzugsanstalt Braunschweig
- 3 Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen
- 4 Finanzamt Nienburg / Weser
- 5 Universität Oldenburg
- 6 Straßenbauamt Stade
- 7 Landesbildungszentrum für Blinde
- 8 Landessozialamt (Versorgungsamt Hannover)
- 9 Amtsgericht Nordenham
- 10 Straßenbauamt Lingen

