

Bernhard Badura

Mika Steinke

Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen

Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation

Hans **Böckler**
Stiftung 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Prof. Dr. Bernhard Badura
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
bernhard.badura@uni-bielefeld.de

Mika Steinke
Universität Bielefeld
Master of Public Health (cand.)
Ravensberger Straße 36
33602 Bielefeld
mika_jan.steinke@uni-bielefeld.de

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist das Ergebnis eines durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekts. Unser besonderer Dank gilt Frau Dr. Erika Mezger für ihre nachhaltige Unterstützung. Gegenstand des Berichtes ist die betriebliche Gesundheitspolitik der Kommunen in Deutschland. Dabei waren wir auf die tatkräftige Unterstützung durch Expertinnen und Experten angewiesen. Herrn Dr. Egmont Baumann, Frau Sabine Can und Herrn Dr. Reinhold Sochert sei an dieser Stelle herzlichst gedankt. Ausdrücklich bedanken möchten wir uns ferner bei den an der Studie beteiligten Stadtverwaltungen und insbesondere bei allen Interviewpartnerinnen und -partnern.

Schließlich geht unser ausdrücklicher Dank an Frau Dr. Uta Walter für ihre wertvolle fachliche sowie an Herrn Sven Lükermann für seine technische und persönliche Unterstützung.

Bielefeld, im April 2009

Die Autoren

Abstract

Betriebliche Gesundheitspolitik ist ein modernes Instrument zur Förderung von Mitarbeiterorientierung und Ergebnisverbesserung. Sie hat sich in den Verwaltungen der Kommunen in den zurückliegenden Jahren relativ rasch etabliert. Ihr eigentliches Potential darf aber – trotz erheblicher Fortschritte in einzelnen Fällen – als entwicklungsbedürftig bewertet werden. Dies insbesondere in den kleinen und mittleren Kommunen der Republik. Oft fehlt es – selbst in den am weitesten entwickelten Verwaltungen – an Machtpromotoren, die die betriebliche Gesundheitspolitik im Interesse der Mitarbeiter¹ und der Qualität ihrer Dienstleistungen kontinuierlich vorantreiben und verbessern. Oft fehlt es auch an ausreichender Expertise der Fachpromotoren und ihrer regelmäßigen Weiterbildung und Vernetzung untereinander. Entwicklungsbedürftig ist ferner die Qualität durchgeführter Interventionen. Ohne die Entwicklung einer hinreichenden Dateninfrastruktur lassen sich weder der Bedarf betrieblicher Gesundheitspolitik, noch der Grad der Zielerreichung objektivieren. Ein Lernen aus vergangenen Fehlern als wichtigem Treiber eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements findet deshalb nicht statt, ebenso wenig ein Vergleich unterschiedlicher Kommunen mit Blick auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse betrieblicher Gesundheitspolitik als Anreiz für mehr Engagement in der Zukunft. Und schließlich: Mitarbeiterorientierte Führung verlangt eine angemessene Beteiligung der Betroffenen, die Nutzung ihres Erfahrungswissens und ausreichende Transparenz des Verwaltungsgeschehens.

Es sind klare Fortschritte zu verzeichnen in Sachen betrieblicher Gesundheitspolitik. Es fehlt aber an Durchsetzung in der Fläche, an einer ausreichend stabilen Institutionalisierung, an organisationsbezogenen Interventionen, an Dokumentation der Ergebnisse. Der Personalrat sollte zukünftig zu einem Machtpromotor werden. Dass dies bisher viel zu selten der Fall ist, muss gegenwärtig als eine zentrale Schwäche betrieblicher Gesundheitspolitik in der Kommunalverwaltung erachtet werden. Eine Qualifizierung der Personalräte zu diesem Thema wäre ein wichtiger Schritt zu mehr mitarbeiterorientiertem Verwaltungshandeln, zu mehr Verwaltungseffizienz und auch zu besserer Servicequalität der Kommunalverwaltungen.

¹ Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind in unseren Ausführungen immer beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	III
Abstract	IV
Inhaltsverzeichnis	V
1. Gegenstand, Fragestellung und Zielsetzung	2
Gegenstand	2
Verwaltungsreform	5
Zum Handlungsbedarf in der öffentlichen Verwaltung	7
Zum Stand von BGF/ BGM in der öffentlichen Verwaltung	8
2. Qualitätsstandards	14
3. Methodik	21
Das Sampling der Studie	21
Das Erhebungs- und Auswertungsverfahren	22
4. Ergebnisse	24
Empirische Befunde	24
<i>Historie</i>	24
<i>Schriftliche Rahmenbedingungen</i>	26
<i>Strukturelle Bedingungen</i>	27
<i>Ressourcen</i>	30
<i>Gremien</i>	31
<i>Einbindung von Führungskräften und Beschäftigten</i>	32
<i>Externe und interne Kooperation</i>	33
<i>Ziele</i>	36
<i>Diagnostik</i>	37
<i>Problemstellungen für das BGM</i>	40
<i>Planung</i>	43
<i>Durchführung von Maßnahmen</i>	44
<i>Evaluation</i>	46
<i>Qualitätsbewertung</i>	47
<i>Vernetzung</i>	47
<i>Zukunft</i>	47
<i>Abschlussfrage</i>	50
Kritik und Empfehlungen der Interviewten	52

5. Zusammenfassung und Empfehlungen der Autoren	57
Literaturverzeichnis	VI
Anhang 1: Karte von Deutschland mit untersuchten Städten	IX
Anhang 2: Interviewleitfaden zur Studie	X
Anhang 3: Fragebogen zur Studie	XV
Anhang 4: Auswertungsschema	XX

1. Gegenstand, Fragestellung und Zielsetzung

Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie ist die betriebliche Gesundheitspolitik in den kommunalen Kernverwaltungen Deutschlands. Im Rahmen der Studie wird Kernverwaltung wie folgt definiert²:

Kommunale Kernverwaltung
Kommunale Kernverwaltung meint die Verwaltung i. e. S., also alle vollständig im Besitz der Gemeinden bzw. Städte befindlichen Organisationseinheiten ³ .

Von Interesse in der vorliegenden Studie sind Rahmenbedingungen, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, die auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter in den Kernverwaltungen der Kommunen abzielen und auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Organisationsbedingungen.

Betriebliche Gesundheitspolitik ist als Konzept entwickelt und wissenschaftlich wie auch praktisch begründet worden durch eine gemeinsame Kommission der Bertelsmann- und der Hans-Böckler-Stiftung. Dieser Kommission gehörten namhafte Vertreter der Unternehmen und Gewerkschaften, der Politik, der Sozialversicherungsträger und der Wissenschaft an (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004). Der dort in den Empfehlungen zum Ausdruck gebrachte Konsensus über Ziele, Vorgehensweisen, Voraussetzungen und wissenschaftliche Grundlagen betrieblicher Gesundheitspolitik ist auch Richtschnur für den folgenden Bericht. Vision und Leitbild betrieblicher Gesundheitspolitik werden von der Kommission wie folgt formuliert:

Vision
„Die Vision betrieblicher Gesundheitspolitik ist gesunde Arbeit in gesunden Organisationen. Gesunde Organisationen fördern beides: Wohlbefinden und Produktivität ihrer Mitglieder. Die Kommission sieht die gesundheitsrelevanten Problemstellungen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen nicht mehr allein an der Mensch-Maschine-Schnittstelle, sondern insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle: in der Qualität der Menschenführung, in der Qualität der Unternehmenskultur sowie in der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen.“

² Der Begriff der Kernverwaltung kann auch auf die übrigen Ebenen der öffentlichen Verwaltung bezogen werden, dies ist hier jedoch nicht von weiterem Interesse.

³ Abzugrenzen von der betrieblichen Gesundheitspolitik der Kommunen, die ausschließlich auf die Mitarbeiter der Kommunalverwaltung abzielt, ist die kommunale Gesundheitspolitik (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)). Der ÖGD, in Form der Gesundheitsämter, interessiert sich für die gesundheitlichen Belange der gesamten Bevölkerung einer Gemeinde (vgl. Grunow/ Grunow-Lutter 2000).

Leitbild

„Gesundheitliche Probleme müssen an ihrer Quelle bekämpft werden. Der Arbeitswelt kommt dabei – auch wegen ihrer Rückwirkung auf Privatleben und Freizeitverhalten – eine herausragende Bedeutung zu. Das Hauptgewicht sollte bei der Verhütung gesundheitlicher Probleme liegen und nicht bei ihrer nachgehenden Bewältigung. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als Führungsaufgabe wahrgenommen und nicht nur von nachgeordneten Fachabteilungen bearbeitet werden. Betriebliche Gesundheitspolitik muss unter Einbeziehung der Betroffenen praktiziert und nicht nur „Top-down“ verordnet werden. Und sie muss in ihrer Ausgestaltung vielfältig sein, d.h. den unterschiedlichen Bedürfnissen einzelner Branchen und Betriebsgrößen entsprechen. Betriebe, die so verfahren, fördern die Gesundheit ihrer Mitarbeiter und verbessern ihre Wettbewerbsfähigkeit. Sie tragen zudem zur Vermeidung von Sozialversicherungsfällen (Unfälle, Behandlung, Berentung, Arbeitslosigkeit) bei, d.h. zur finanziellen Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme, was ihnen selbst wiederum in Form begrenzter Lohnnebenkosten zugute kommt“ (ebd.: 21).

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich implementieren nur durch unzweideutige und nachhaltige Unterstützung der obersten Führung einer Organisation, m. a. W. durch eine entsprechende betriebliche Gesundheitspolitik. Nur wenn Oberbürgermeister, Personalrat und die obersten Verwaltungsspitzen dabei „an einem Strang ziehen“, d.h. von seiner Wichtigkeit für die Gesundheit der Mitarbeiter und den Organisationserfolg insgesamt überzeugt sind, wird es seine Wirksamkeit voll entfalten können. Eine zweite Bedingung ist die Einhaltung von Qualitätskriterien und die dritte die ausreichende Qualifizierung der Gesundheitsexperten.

Betriebliche Gesundheitspolitik

Die betriebliche Gesundheitspolitik legt die Ziele zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter fest, das dabei zur Anwendung kommende Verständnis von Gesundheit und die angenommenen Wechselwirkungen. Als Teil der Unternehmenspolitik muss sie den Unternehmenszielen ebenso dienen wie dem Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Sie legt Entscheidungswege, Zuständigkeiten und Ressourcenverbrauch fest sowie den notwendigen Qualifizierungsbedarf und beauftragt ein zentrales Gremium mit der operativen Arbeit in Richtung gesunde Organisation.

Die operative Planung, Durchführung und Evaluation einzelner Interventionen obliegt dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)
Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben.

Die Optionen betrieblichen Gesundheitsmanagements gibt Abbildung 1 wieder. Der Schwerpunkt kann liegen entweder bei personenbezogenen oder bei organisationsbezogenen Interventionen. Diese können sich orientieren entweder an pathogenetischen Konzepten („Gesundheitsrisiken“) oder an salutogenetischen Konzepten („Gesundheitspotentiale“) der Mitarbeiter (vgl. Abb. 1)

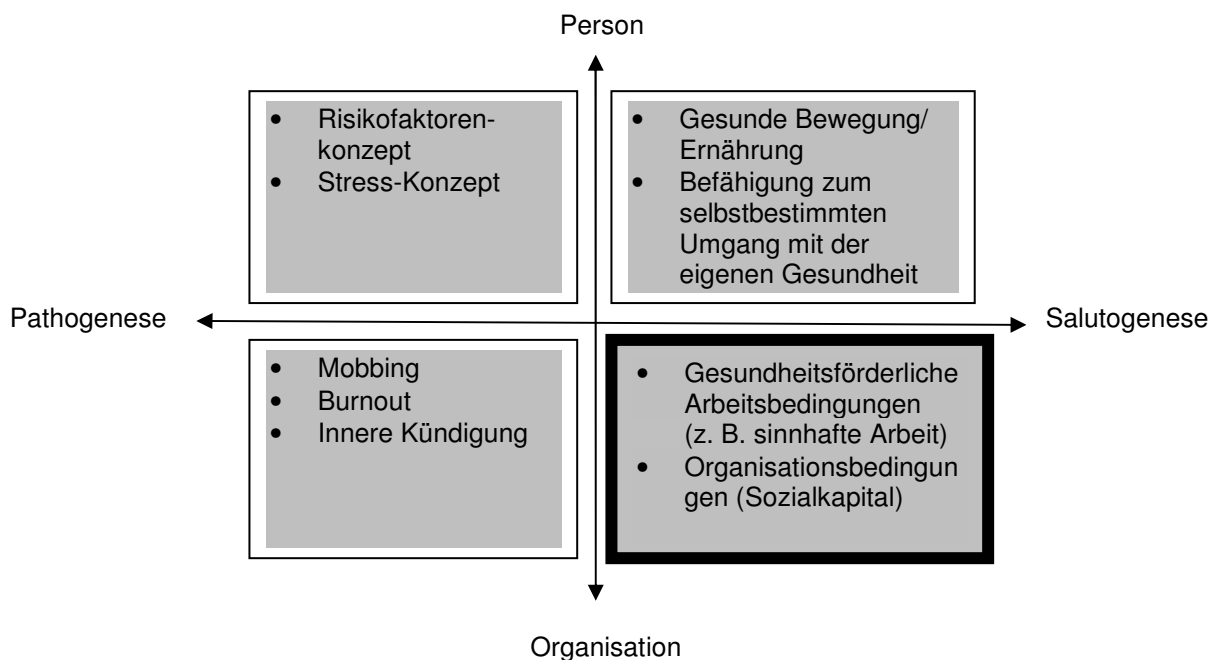


Abb. 1: Schwerpunkte des BGM

Aus unserer Sicht am vielversprechendsten sind Interventionen, die die Gesundheitspotentiale steigern und dadurch das Wohlbefinden und die Organisationsbindung erhöhen. Am geeignetsten sind dafür Investitionen in die Qualifikation, die Arbeitsbedingungen und das Sozialkapital einer Organisation (vgl. Abb. 2).

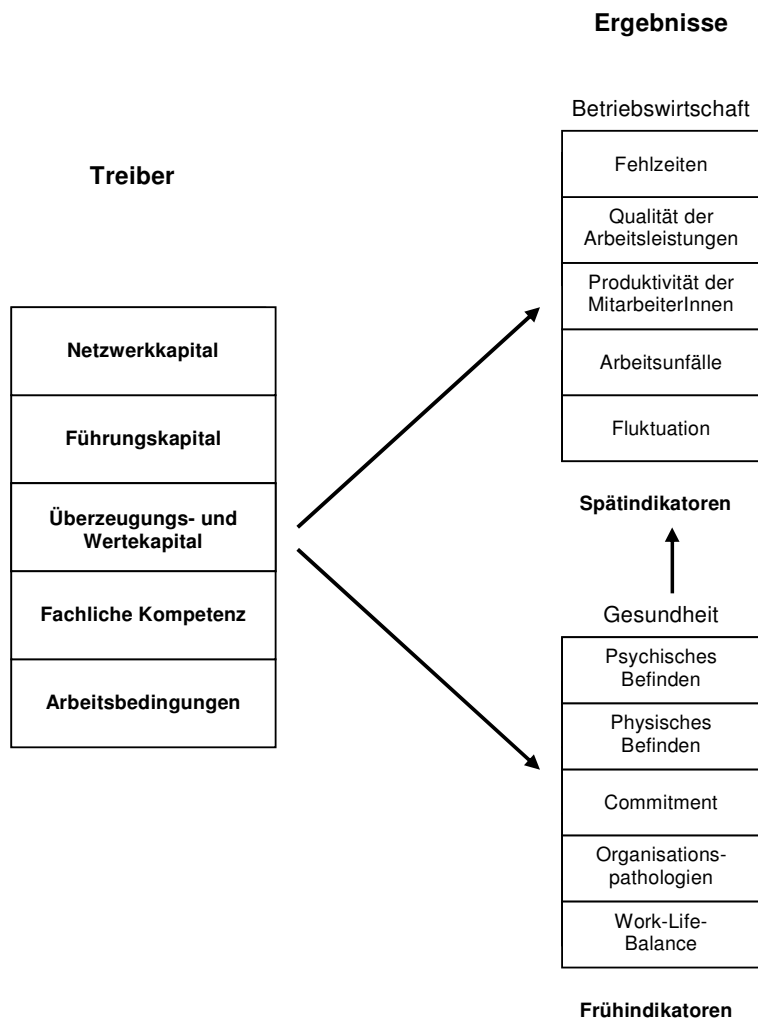


Abb. 2: „Hebel“ Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Zahlreiche Erkenntnisse aus der Biologie, Psychologie und Soziologie belegen, dass neben den Arbeitsbedingungen und der Qualifikation das Sozialkapital einer Organisation einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Motivation seiner Mitglieder und darüber hinaus das Betriebsergebnis hat (vgl. Badura et al. 2008).

Verwaltungsreform

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts begannen, angestoßen durch Konzepte aus den USA, erste Reformversuche. Unter der Bezeichnung des New Public Management (NPM) zielten sie vorrangig darauf ab, eine stärkere Ziel- und Erfolgsorientierung des Verwaltungshandelns zu bewirken. Mittel zur Erreichung dieses Ziels war die breitflächige Einführung von betriebswirtschaftlichen Management- und Führungskonzepten⁴. Trotz der einheitlichen

⁴ Neben einer sehr breiten Anerkennung der überlegenen Effektivität und Effizienz betriebswirtschaftlicher Instrumente gab es jedoch auch viele Stimmen, die eine unkritische und unreflektierte Übernahme eben dieser

Bezeichnung dieser Reformbestrebungen ergibt sich international jedoch eine sehr heterogene Ausprägung des New Public Management (NPM) und auch ein unterschiedlicher Entwicklungsstand der Umsetzung entsprechender Maßnahmen (vgl. Thom/ Ritz 2008). So zeichneten sich die angelsächsischen Länder durch einen sehr radikalen Reformprozess aus. Hier galt es, den öffentlichen Sektor möglichst stark zurückzubauen und relativ umfassend – basierend auf zentralstaatlich vorgegebenen Reformkonzepten – privatwirtschaftliche Strukturen zu etablieren. Im Gegensatz dazu verlief der Reformprozess in den skandinavischen Ländern und den Niederlanden moderater. Schwerpunkte waren hier die Modernisierung der Verwaltung basierend auf einem Konsens zwischen den verschiedenen Ebenen öffentlicher Verwaltung. Die Reformbemühungen im deutschsprachigen Europa (Deutschland, Österreich, Schweiz) verliefen eher abwartend und vorsichtig. Es wurden eher zaghaft Veränderungen vorgenommen und zum großen Teil nur einzelne Instrumente anstatt eines kohärenten Gesamtkonzepts implementiert (vgl. Jann et al. 2006).

Einer der bedeutendsten Gründe für den Stand der Verwaltungsreform in Deutschland liegt vermutlich in der unzureichenden Berücksichtigung der Mitarbeiter. So fanden Konzepte des Personalmanagements und der Personalentwicklung erst verspätet Eingang⁵. Darüber hinaus war die Beteiligung der Beschäftigten an der Entwicklung, Einführung und Umsetzung von Reformmaßnahmen defizitär: „Eine der wichtigsten Problemlagen ist daher darin zu sehen, dass die Modernisierung des öffentlichen Sektors weitgehend ohne die Beschäftigten erfolgt und diese nachträglich an neue Organisationsformen und Steuerungsinstrumente herangeführt werden sollen“ (von Bandemer 2002: 11). Bogumil et al. schreiben: „Angesichts der hohen Bedeutung, die der Personalmotivation für die Modernisierungserfolge beigemessen wird, sind diese Ergebnisse [sinkende Mitarbeitermotivation, Reformmüdigkeit; Anm. d. Autoren] bedenklich und dürften auch auf zukünftige Modernisierungsphasen unter neuen Leitbildern ausstrahlen, die in zahlreichen Kommunen nicht mehr mit der Offenheit der Mitarbeiter rechnen können, wie es das Neue Steuerungsmodell (NSM) noch konnte“ (Bogumil et al. 2008: 305-306)⁶.

Instrumente und einen „Imperialismus betriebswirtschaftlicher Managementkonzepte“ beklagten (Thom/ Ritz 2008: 3).

⁵ Diese Konzepte sind lediglich im „erweiterten Modell“ des NSM enthalten, das „Kernmodell“ des NSM, das die von der KGSt geforderten Mindestanforderungen an eine Reform beinhaltet, beschränkt sich auf politische und organisatorische Innovationen (vgl. Bogumil et al. 2008, KGSt-Bericht 5/1993, KGSt-Bericht 2/2007).

⁶ Dieser Reformmüdigkeit und –skepsis begegneten die Autoren – dies sei hier schon einmal bemerkt – auch in den im Rahmen der vorliegenden Studie geführten Interviews. Sie bezog sich zum Einen auf die Bestrebungen der Verwaltungsreform insgesamt und zum Anderen auf die Betriebliche Gesundheitsförderung, die sich zumeist gegen sehr starke anfängliche Widerstände behaupten musste und muss (s. 4.1).

Zum Handlungsbedarf in der öffentlichen Verwaltung

Die Fehlzeiten der Bediensteten der öffentlichen Verwaltung bzw. des öffentlichen Dienstes sind seit Jahren immer wieder Mittelpunkt teils recht polemisch geführter Debatten. Beklagt werden ein übermäßiges „Krankfeiern“, ein „Missbrauch der Lohnfortzahlung“ und eine „Überprivilegiertheit“ der Bediensteten im öffentlichen Dienst (Marstedt/ Müller 1998: 9). In 2007 hatte die AOK 9,6 Millionen Pflichtversicherte Mitglieder und 144.898 freiwillige Mitglieder (Badura et al. 2009: 208)⁷. Der Krankenstand⁸ aller AOK-Versicherten betrug 2007 4,5 % (ebd.: 209). Dabei wies die Branche „Öffentliche Verwaltung/ Sozialversicherung“ mit einem Krankenstand von 5,2 % im Branchenvergleich den höchsten Krankenstand auf (ebd.: 214). Über die Zeit betrachtet hat sich der Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung jedoch relativ deutlich von 6,9 % (1994) auf 5,2 % (2007) verringert (ebd.: 385). Wieweit die bisher ergriffenen Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Betrieblichen Gesundheitsmanagements dabei eine Rolle spielten lässt sich beim heutigen Kenntnisstand nicht klären.

Der Bedarf an betrieblicher Gesundheitspolitik wird zumeist immer noch an als überhöht angesehenen Fehlzeiten festgemacht. Fehlzeiten signalisieren, wo Handlungsbedarf besteht, sie erlauben aber keine Rückschlüsse auf seine Ursachen. Arbeitsunfähigkeitsdaten sind auch aus anderen Gründen wenig geeignet, um den Bedarf an betrieblicher Gesundheitspolitik hinreichend zu begründen: Sie sagen wenig aus über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Abwesenden. Und sie sagen nichts aus über den Gesundheitszustand der regelmäßig zur Arbeit Erscheinenden. Deren auch maßgeblich durch ihren Gesundheitszustand beeinflusste Arbeitsleistung ist aber entscheidend für den Erfolg eines Unternehmens oder einer Verwaltung. Aus diesem Grunde beschäftigt sich die Forschung und die durch sie angeleitete Praxis immer mehr mit dem sog. „Präsentismus“ und seinen Ursachen. Damit gemeint sind verdeckte Produktivitäts- und Qualitätsverluste bedingt durch eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Anwesenden – sei es wegen psychischer oder körperlicher Leiden, die ihrerseits beruflich, privat oder durch persönliche Voraussetzungen (z. B. mangelhafte Qualifizierung) verursacht sein können. Auch Unvereinbarkeiten zwischen Berufs- und Privatleben spielen dabei möglicherweise eine erhebliche Rolle. Der hier bestehende Bedarf an betrieblicher Gesundheitspolitik wird von der bereits erwähnten Kommission als hoch und dringend eingeschätzt:

⁷ Diese Datenbasis gibt nicht das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der gesamten Erwerbsbevölkerung Deutschlands wieder und erlaubt auch nur bedingt repräsentative Aussagen (spezielle Versichertenstruktur der AOK). Sie stellt momentan jedoch die einzige Datengrundlage dar, die in einer derartigen Größe und Systematik Arbeitsunfähigkeitsdaten erfasst.

⁸ Der Krankenstand stellt hier den prozentualen Anteil der im Auswertungszeitraum angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage am Kalenderjahr dar (vgl. Badura et al. 2009).

„Die Kommission ist sich bewusst, dass die Entwicklung von Vision, Leitbild und Strategie für eine neue betriebliche Gesundheitspolitik den Anfang eines länger andauernden Entwicklungsprozesses bildet. Durch die Konzentration auf die Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen wird deutlich, dass in vielen Kleinbetrieben, in den sog. neuen Industrien und in vielen Dienstleistungsbereichen (einschließlich des öffentlichen Sektors) Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitspolitik noch entwicklungsbedürftig sind. Gute Praxisbeispiele finden sich bislang vor allem in größeren Unternehmen des produzierenden Gewerbes. Entwicklungsbedürftig ist darüber hinaus auch die Situation für die wachsende Anzahl von Beschäftigten, die nicht in einem „Normalarbeitsverhältnis“ arbeiten, wovon insbesondere Frauen betroffen sind.

Aus Sicht der Kommission ist zum zweiten die betriebliche Gesundheitspolitik immer noch von obrigkeitsstaatlichen Vorstellungen geprägt, die den Staat überfordern mussten. Sie ist zugleich geprägt von einer Unterforderung der Sozialpartner, die mehr als bisher zur Gestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik beitragen sollten.

Die gegenwärtige Situation in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen birgt z.T. erhebliche Risiken für die Beschäftigten. Sie birgt zugleich jedoch auch erhebliche Chancen zur Verbesserung ihres Wohlbefindens und ihrer Leistungskraft. Risiken gilt es zu bekämpfen und zugleich die gegebenen Chancen zu nutzen, um mittel- und längerfristig die gewünschten sozial- und wirtschaftspolitischen Erfolge zu erzielen. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz in Deutschland hat eine erfolgreiche Vergangenheit. Die bestehenden Herausforderungen erfordern eine Anpassung und Weiterentwicklung der historisch gewachsenen Strukturen“ (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004: 25).

Zum Stand von BGF/ BGM in der öffentlichen Verwaltung

Dazu bedarf es vorab einer terminologischen Klärung. In Wissenschaft und Praxis hierzulande werden häufig Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement noch nicht klar genug unterschieden. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wurde bereits oben (s. S. 3) definiert.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet dagegen einzelne zeitlich begrenzte Maßnahmen oder Maßnahmenpakete zur Risikovermeidung oder Gesundheitsförderung, die sich überwiegend oder gänzlich in Verhaltensmodifikation der Mitarbeiter erschöpfen, deshalb oft auch keine nachhaltige Wirkung haben, und zumeist von bereits gesundheitsbewussten Mitarbeitern nachgefragt werden, bei denen der Bedarf eher gering ist oder die reine Mitnahmemöglichkeiten wahrnehmen.

Zur Klärung der Frage, wie stark BGF bzw. BGM in der öffentlichen Verwaltung in Deutschland verbreitet ist, gibt es einige empirische Evidenz. So führte das Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe, im Auftrag des Bundesverbandes der Unfallkassen und der Unfallkassen der Länder Hessen und Thüringen, 1999 und 2004 eine Befragung von Führungskräften der öffentlichen Verwaltung aus Hessen und Thüringen durch (vgl. Gröben 2002, Gröben/ Wenninger 2006). In der ersten Befragung 1999 wurde eine für die beiden Bundesländer repräsentative Stichprobe von 356 öffentlichen Einrichtungen zum jeweiligen Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung befragt. 2004 wurden 153 Dienststellen befragt, wodurch die Repräsentativität jedoch grundsätzlich erhalten blieb. Beantwortet wurden die Fragebögen durch Repräsentanten der obersten Führungsebene (Dienststellenleitung, Personalleitung, Sicherheitsfachkräfte). Ergebnis der Befragungen war, dass sowohl 1999, als auch 2004 92,8 % der untersuchten Dienststellen mindestens eine Maßnahme Betrieblicher Gesundheitsförderung realisierten oder realisiert hatten (Gröben/ Wenninger 2006: 96). Zur Bewertung des Niveaus der jeweils vorliegenden Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde ein Gesamtindex ermittelt. Der Durchschnittswert dieses Index hat sich von 15,34 Punkten in 1999 auf 18,42 Punkte in 2004 verbessert, womit also das Niveau der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den untersuchten Dienststellen signifikant gestiegen ist (ebd.: 96). Im Vergleich zur Privatwirtschaft ist diese Entwicklung jedoch noch rückständig. Eine vergleichbare Studie ermittelte dort einen Anstieg von 18,8 auf 21,6 Punkte (ebd.: 96). Zudem ist das Gesamtniveau bei durchschnittlich 18,42 von möglichen 100 Punkten immer noch relativ gering (ebd.: 97). Ausgedrückt in Schulnoten bekäme das Angebot Betrieblicher Gesundheitsförderung in knapp 2 % der Dienststellen eine drei, 11,76 % eine vier und rund 86 % eine fünf oder sechs (ebd.: 97). Das Fazit der Autoren erfolgt entsprechend ernüchtert: „Diese Ergebnisse deuten auf ein Problem hin, dass von mehreren Autoren thematisiert wird: Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gehen oft nicht über den Status eines Modellprojekts hinaus. Ein systematisches Vorgehen bildet die Ausnahme“ (ebd.: 98).

Hollederer untersuchte die Ergebnisse des IAB-Betriebspanels aus den Jahren 2002 und 2004 auf die Verbreitung Betrieblicher Gesundheitsförderung in den Unternehmen

Deutschlands (vgl. Holleder 2007). Das IAB-Betriebspanel ist eine Repräsentativbefragung von Arbeitgebern in Deutschland und erhebt seit 1993 kontinuierlich einen festen Satz an Daten. Daneben verfolgt es verschiedene Schwerpunktthemen. 2002 und 2004 war jeweils eine Frage zur Betrieblichen Gesundheitsförderung enthalten. In 2002 beteiligten sich 15.407 Betriebe, 2004 waren es 15.689 Betriebe. Insgesamt waren 2004 20 % der Betriebe gesundheitsfördernde Betriebe (1999: 19 %), führten also mindestens eine der abgefragten Maßnahmen durch (ebd.: 67). Weit über diesem Durchschnitt lag die Branche Öffentliche Verwaltung/ Sozialversicherung mit 44 % gesundheitsfördernden Betrieben (ebd.: 68). Zurückzuführen ist dieser Anteil auf die Durchführung von Krankenstandsanalysen in 25 % der öffentlichen Betriebe, durch ein Angebot verhaltensorientierter Maßnahmen in 21 % der Betriebe, eine Mitarbeiterbefragung in 13 % der Betriebe und die Durchführung von Gesundheitszirkeln (6 %) und sonstigen Maßnahmen (9 %) (ebd.: 68). Deutlich wird somit, dass die gesundheitsfördernden Betriebe der öffentlichen Verwaltung (und mehr noch der übrigen Branchen) in der Mehrheit lediglich eine Maßnahme bzw. ein Instrument Betrieblicher Gesundheitsförderung einsetzen. Holleder: „Alles in allem besteht nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ Entwicklungspotenzial. In der betrieblichen Gesundheitsförderung dominieren Krankenstandsanalysen und Mitarbeiterbefragungen, die vor allem den Bedarf ermitteln. Eine fundierte „Diagnostik“ ist notwendig, allein aber nicht hinreichend“ (ebd.: 75; Hervorhebung im Original).

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Projekt „Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen (NAGU)“ führte das Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) von August 2003 bis Juli 2006 eine Erhebung zur Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement in Kommunalverwaltungen durch (vgl. IFGP 2006). Neben einer detaillierten Fallanalyse der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung Dortmund und zwei Arbeitstreffen, an denen Kommunen teilnahmen, erfolgte eine bundesweite Online-Befragung von Kommunen mit oder ohne Erfahrungen in Betrieblichem Gesundheitsmanagement. An dieser Befragung nahmen 26 Kommunen mit BGM-Erfahrung und 9 Kommunen ohne derartige Erfahrungen teil (ebd.: 10). Die teilnehmenden Kommunen kamen aus ganz Deutschland, wobei jedoch die Mehrheit der Kommunalverwaltungen, die über BGM-Erfahrungen verfügten, aus Nordrhein-Westfalen stammten (10 von 26; ebd.: 11). Zudem sind die Kommunen mit Erfahrungen in Betrieblichem Gesundheitsmanagement mehrheitlich Großstädte (mehr als 100.000 Einwohner; 22 von 26 teilnehmenden Städten; ebd.: 12).

In einer weiteren Untersuchung schätzten Beck und Schnabel die Verbreitung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in deutschen Betrieben auf Basis der BIBB/ BAuA-

Erwerbstätigenbefragung 2005/ 2006 (vgl. Beck/ Schnabel 2008). An dieser Befragung nahmen insgesamt 20.000 Erwerbstätige teil, Basis der Untersuchung von Beck und Schnabel ist die Unterstichprobe der Arbeiter, Angestellten, Beamten und mithelfenden Familienangehörigen (n=18.026; ebd.: 4). Von diesen Befragten bestätigten insgesamt 38%, dass in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt wurden (ebd.: 5). Überdurchschnittlich häufig bestätigten diese Frage die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes (41%) (ebd.: 12). Innerhalb des öffentlichen Dienstes waren Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung wiederum umso häufiger anzutreffen, je größer die jeweilige Dienststelle war (Kleinst- und Kleinunternehmen: 31%, Mittlere Unternehmen: 43%, Große Unternehmen: 52%; ebd.: 12). Bezogen auf die öffentliche Verwaltung lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit – und auch in Einklang mit u. a. den Ergebnissen von Holleder (s. o.) – festhalten, dass BGF hier überdurchschnittlich häufig verbreitet ist und dass die Verbreitung stark von der Größe der Dienststelle abhängt.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhag auch die Ergebnisse des durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegebenen Forschungsprojekts „Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland“ (vgl. Hauser 2009, Hauser et al. 2008). Untersucht wurden in den Jahren 2006 und 2007 314 kleine, mittelgroße und große Unternehmen mit insgesamt 37.151 Beschäftigten aus den 12 größten Wirtschaftsbranchen Deutschlands (Hauser 2009: 188). Diese Stichprobe bzw. die Kriterien, nach denen sie ausgewählt wurde, erlaubt es, nach Aussage der Autoren, repräsentative Aussagen über eine Gesandgesamtheit von rund 18,5 Millionen Beschäftigten zu machen (ebd.: 188)⁹. Die Unterstichprobe aus der Branche öffentliche Verwaltung bestand aus 5.717 Mitarbeitern in 32 Unternehmen (Hauser et al.: 227)¹⁰. Zentrales Interesse des Projekts ist die Analyse des Zusammenhangs zwischen Unternehmenskultur, Mitarbeiterengagement und Unternehmenserfolg. Zur Unternehmenskultur wurden die Beschäftigten nach dem subjektiv empfundenen Maß an Mitarbeiterorientierung ihres Unternehmens befragt. Hierbei beantworteten die Befragten u. a. auch zwei Fragen zur Gesundheit (Fragekomplex „Fürsorge“): Zum Einen wurde gefragt, ob die Beschäftigten ihren Arbeitsplatz als ein gutes Umfeld für ihr psychisches und emotionales Wohlbefinden empfänden. Dies bejahten 41 % der gesamten Stichprobe (Hauser 2009: 190). Zum Anderen sollten die Mitarbeiter angeben, ob ihr Arbeitgeber Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung anbietet. Dies war bei 39 % aller Befragten der Fall (ebd.: 190). Leider werden die Ergebnisse zu diesen beiden Fragen nicht noch

⁹ Dies entsprach in etwa der Hälfte der gesamten Erwerbsbevölkerung von rund 39 Millionen Erwerbstätigen im Jahre 2006 (vgl. MDS 2008).

¹⁰ Diese 32 Unternehmen setzten sich wie folgt zusammen: 13 Gemeinde- und Stadtverwaltungen, sieben gesetzliche Krankenkassen, drei Berufsgenossenschaften, drei gemeinnützige Vereine/ Gesellschaften, zwei Landkreise/ Landratsämter sowie vier sonstige Ämter/ Ministerien (vgl. Hauser et al. 2008).

einmal getrennt nach Branchen dargestellt. Da die Antwortangaben in der Branche öffentliche Verwaltung zum gesamten Fragekomplex „Fürsorge“ aber durchschnittlich bis leicht überdurchschnittlich ausfallen, kann geschlussfolgert werden, dass die Verbreitung von Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung in etwa dem gesamten Durchschnitt entspricht (39 %) ¹¹.

Abschließend soll noch kurz auf die zentralen Ergebnisse dieses Forschungsprojekts hingewiesen werden, zumal hier beträchtliche Schnittmengen mit einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement bestehen, dessen Schwerpunkt die Förderung des Sozialkapitals einer Organisation ist. So konnte gezeigt werden, dass ein eindeutiger, positiver Zusammenhang zwischen der Unternehmenskultur, dem Mitarbeiterengagement und dem wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens besteht, unabhängig von der Größe und Branche, in dem es angesiedelt ist. Daneben wurde jedoch auch sichtbar, dass die Mehrzahl der Unternehmen diese Zusammenhänge noch nicht ausreichend erkennt und dass folglich ein großer Handlungsbedarf bezüglich der Entwicklung einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur inklusive einer stärkeren Berücksichtigung der Gesundheit der Beschäftigten besteht. Laut dieser Studie ist die allgemeine Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in der Verwaltung zwar durchschnittlich ausgeprägt (Hauser et al.: 227). Das Engagement der Mitarbeiter fällt jedoch unterdurchschnittlich aus (ebd.: 227). Auch die Fragen nach der Unternehmenskultur weisen fast ausnahmslos unterdurchschnittliche Werte in der Beantwortung auf (ebd.: 229-230). Im Vergleich zur gesamten Stichprobe besonders mangelhaft bewerten die befragten Mitarbeiter die vorhandene Leistungs- und Kundenorientierung, die Stärke der existierenden Unternehmenskultur und die Veränderungsfähigkeit ihrer jeweiligen Verwaltung (ebd.: 229).

Eine grobe Einschätzung der Verbreitung von BGF bzw. BGM in der öffentlichen Verwaltung erlauben auch die Berichte der gesetzlichen Krankenversicherung über ihre Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V (vgl. MDS 2008). In 2006 führten die gesetzlichen Krankenkassen in 2.422 Betrieben Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung durch bzw. unterstützten diese. In 5.454 Betrieben wurden darüber hinaus ausschließlich AU-Analysen angefertigt (ebd.: 69). Die Ausgaben der GKV für BGF betragen insgesamt 32,6 Mio. € (ebd.: 69). Der Großteil der Aktivitäten fand dabei wie in den Jahren zuvor im verarbeitenden Gewerbe statt (39 % aller Maßnahmen; ebd.: 13). Kooperationen mit der öffentlichen Verwaltung bildeten lediglich einen Anteil von 8 % (ebd. 13).

¹¹ Dieser Wert stimmt darüber hinaus auch relativ gut mit den bereits dargestellten Werten überein (s. o.).

Neben diesen vorrangig quantitativen Daten sind unterschiedliche Beispiele guter Praxis von BGF bzw. BGM in der öffentlichen Verwaltung bekannt (Umweltbundesamt, Beratungsservice Gesundheitsmanagement des Landes Niedersachsen, Oberfinanzdirektionen Rheinland und Chemnitz etc.). Insbesondere die Entwicklung in der Bundesverwaltung (vgl. Losada/ Mellenthin-Schulze 2009, Voglrieder 2008) lässt für die Zukunft hoffen.

Die angeführten Studien sind in ihrer Aussagekraft begrenzt. Aus unserer Sicht besonderer Forschungsbedarf besteht zur Qualität betrieblicher Gesundheitspolitik. Es ist daher das Ziel der vorgelegten Studie, eine Bestandsaufnahme der Qualität betrieblicher Gesundheitspolitik in den kommunalen Kernverwaltungen Deutschlands zu erarbeiten. Mit Hilfe von Experteninterviews sollen erste explorative Erkenntnisse und der Bedarf für weitere Forschungsarbeiten ermittelt werden.

2. Qualitätsstandards

Analyse und Beurteilung der betrieblichen Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung setzt Qualitätsstandards voraus. Grundlage und Orientierung für die Erhebung und Auswertung im Rahmen der vorliegenden Studie stellen die für das BGM geltenden wissenschaftlichen Standards dar (vgl. Badura et al. 1999, Walter 2007). Diese Standards sind zwar vor allem als ein „Prozessstandard zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen“ konzipiert, „liefern [jedoch] zugleich die Grundlage für ein fortlaufendes Controlling und den Maßstab für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation“, so dass ihre Anwendung im Rahmen der Studie angebracht ist (Walter 2007: 193). Darüber hinaus sollte vorab beachtet werden, dass der im Folgenden vorgestellte Standard „eine Idealnorm bzw. einen Maximalstandard dar[stellt], der in der betrieblichen Praxis nicht immer in Gänze zum Einsatz kommen wird“ (ebd.: 193). Der Standard ist unterteilt in Anforderungen an die Ziele im BGM, an die betriebspolitischen Voraussetzungen, an die strukturell-planerischen Rahmenbedingungen und die Durchführung der vier Kernprozesse.

Ziele im BGM

Die Festlegung von Zielen gesundheitsbezogener Aktivitäten und die zeitlich versetzte Überprüfung der Erreichung dieser Ziele bilden die Grundlage für eine Qualitätsbewertung des jeweils gegebenen BGM. Dabei sollte ein BGM die folgenden vier aufeinander aufbauenden Ziele verfolgen:

1. „Aufbau und dauerhafte Verankerung des Managementsystems“ (Schaffung entsprechender betriebspolitischer Voraussetzungen und strukturell-planerischer Rahmenbedingungen, Planung und Durchführung der vier Kernprozesse, dauerhafte Integration der Strukturen und Prozesse in die betrieblichen Routinen),
2. „Stärkung des Sozial- und Humankapitals“ (Förderung persönlicher Gesundheitspotentiale und vor allem Investitionen in eine mitarbeiterorientierte Führung und eine gesundheitsförderliche Organisations- und Arbeitsgestaltung mit dem Ziel, ein „Mehr an Vertrauen“, „eine partnerschaftliche Unternehmenskultur“ und eine „verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit der Beschäftigten“ zu bewirken.),
3. „Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit“ (Primäres Ziel des BGM ist die Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter, u. a. abzuleiten anhand „nachweislich positive[r] Effekte im psychischen und physischen Befinden, im

Selbstwertgefühl, in der Arbeitszufriedenheit oder in reduzierten Werten individueller Risikofaktoren“.),

4. „Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit“ (Die Realisierung der drei zuvor genannten Ziele sollte im Resultat auch zu Erfolgen auf betriebswirtschaftlicher Ebene wie der „Verbesserung des Arbeitsverhaltens und der Produktivität“, der „Steigerung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen (Kundenorientierung)“, sowie „der Senkung von Kosten“ führen. Dies würde vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen zudem der Legitimation des BGM dienen.) (ebd.: 195-196).

Hierbei ist zwischen zwei Arten von Zielen zu unterscheiden: Den mittel- bis langfristig orientierten strategischen Zielen (die vier genannten Ziele) und den kurzfristigen operativen Zielen (in den vier Zielen enthaltene Teilziele).

Betriebspolitische Voraussetzungen

Ein erfolgreiches BGM bedarf einer Reihe unterschiedlicher Voraussetzungen im Betrieb bzw. in der Verwaltung. Die entscheidende Voraussetzung ist dabei „das ausdrückliche und glaubhaft vermittelte Engagement der obersten Führungsebene“, sichtbar vor allem an Investitionsbereitschaft, der Vereinbarung schriftlicher Rahmenbedingungen und der Einrichtung eines Steuerungsgremiums (ebd.: 196). Das BGM sollte durch die Unternehmens- bzw. Dienststellenleitung und Personalvertretung in gemeinsamer Verantwortung und gleichberechtigt als Führungsaufgabe wahrgenommen werden.

Eine weitere Voraussetzung ist die Aushandlung und schriftliche Fixierung klarer, überprüfbarer Ziele. Die notwendige Präzisierung der Ziele sollte nach Möglichkeit in einer Zielhierarchie erfolgen, die zum einen globale Ziele in messbare Teilziele operationalisiert und zum anderen für jedes dieser Teilziele „Inhalt (Was soll erreicht werden?), Ausmaß bzw. Qualität (Wie genau soll das Ziel erreicht werden?) und Zeitpunkt (Bis wann ist das Ziel zu erreichen?“ schriftlich festlegt (ebd.: 197).

Des Weiteren ist der Abschluss schriftlicher Rahmenbedingungen – vorzugsweise eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung – unabdingbar, um eine verbindliche Basis herzustellen und um Grundsätze, Ziele, Vorgehensweisen und die Aufgaben und Kompetenzen der relevanten Gremien und Akteure verbindlich festzulegen.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches BGM ist die Einrichtung eines Steuerungsgremiums „als dem „Motor“ bzw. der treibenden Kraft betrieblicher Gesundheitsarbeit“ (ebd.: 198; Hervorhebung im Original). Mitglied in diesem zentralen Gremium sollten mindestens sein ein Vertreter der Unternehmens- bzw. Dienststellenleitung, der Personalratsvorsitzende, die betrieblichen Gesundheitsexperten, die Leiter von Personal- und Organisationsamt, weitere Führungskräfte der oberen Führungsebene sowie bei Bedarf weitere relevante Personen. Funktion des Steuerungsgremiums ist vor allem eine regelmäßige Berichterstattung (Gesundheitsbericht), die Setzung von Prioritäten, die Entwicklung und Festlegung von gesundheitsbezogenen Interventionen, die Informierung über laufende Projekte und Maßnahmen und die Unterrichtung der obersten Führungsebene und der Personalvertretung. Daneben sollten spezielle Herausforderungen an einzurichtende Projektteams bzw. Arbeitsgruppen delegiert werden (vgl. ebd.).

Letzte und sehr entscheidende betriebspolitische Voraussetzung ist die Bereitstellung angemessener finanzieller, personell-zeitlicher und räumlich-technischer Ressourcen für das BGM. Anhand unterschiedlichster Erfahrungen aus der betrieblichen Praxis wird bezüglich des Finanzierungsmodus der Aktivitäten im Rahmen des BGM die Einrichtung eines eigenen Budgets empfohlen (vgl. ebd.).

Strukturell-planerische Rahmenbedingungen

Neben den dargestellten betriebspolitischen Voraussetzungen ist die Schaffung weiterer strukturell-planerischer Rahmenbedingungen erforderlich. So ist es zum Einen notwendig, personelle Verantwortlichkeiten für das BGM festzulegen und die entsprechenden Aufgaben und Kompetenzen genauestens zu definieren. Dies betrifft vor allem die für das BGM verantwortliche Person, die maßgeblich über den Erfolg des BGM entscheidet. Sie sollte über eine breite Palette an Kompetenzen verfügen: fachlich-methodische (bezogen auf das BGM selbst), persönliche (Engagement, Belastbarkeit, Durchsetzungsvermögen), soziale (Kommunikation, Zusammenarbeit, Konfliktlösung) und Kenntnisse und Erfahrungen im Projektmanagement (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist es empfehlenswert, „zusätzliche Promotoren im Sinne von Kümmerern oder Paten“ zu benennen und bei größeren Herausforderungen Projektteams oder Arbeitsgruppen im Auftrag des Steuerungsgremiums arbeiten zu lassen (ebd.: 202).

Zum Anderen ist eine externe Unterstützung der Aktivitäten im Rahmen des BGM insgesamt hilfreich, zumindest aber zu Beginn der Entwicklung sehr dringend zu empfehlen (vgl. ebd.). Dabei kann diese Unterstützung sowohl aus der Wissenschaft, als auch von den Kranken-

oder Unfallkassen erfolgen und sich über eine reine Beratung bis hin zur Moderation von Gremien und/oder der Unterstützung konkreter Maßnahmen erstrecken.

Im Rahmen der dritten Voraussetzung sollte geklärt werden, „ob die geplanten gesundheitsförderlichen Aktivitäten von Beginn an im gesamten Unternehmen oder zunächst modellhaft in ausgewählten Organisationseinheiten oder Abteilungen durchgeführt werden sollten“ (ebd.: 203). Fällt die Entscheidung auf Letzteres muss im nächsten Schritt die Frage geklärt werden, ob Pilotbereiche mit einem starken Problemdruck einbezogen werden sollten, oder aber im Sinne einer besseren Erfolgswahrscheinlichkeit eher Organisationseinheiten mit vergleichsweise geringem Handlungsdruck. Letzen Endes sind „in jedem Fall das Interesse und die Aufgeschlossenheit der betroffenen Führungskräfte und Mitarbeiter gegenüber einem solchen Vorhaben“ entscheidend (ebd.: 203).

Die vierte strukturell-planerische Voraussetzung beinhaltet die Planung und das Controlling der Aktivitäten im Rahmen des BGM. So erfolgt für alle Maßnahmen und Projekte des BGM eine genaue Planung „hinsichtlich zu erledigender Aufgaben und Arbeitsschritte, einzuhaltender Termine, erforderlicher Ressourcen und anfallender Kosten“ (ebd.: 204). Im Rahmen des Controlling wird ein Abgleich zwischen Planungsvorgaben und der tatsächlichen Umsetzung vollzogen und werden bei einem Abweichen Korrekturen eingeleitet. Verantwortlich für Planung und Controlling ist die für das BGM verantwortliche Person gemeinsam mit dem Steuerungsgremium, wobei dies bei einzelnen Maßnahmen oder Teilprojekten auch an weitere Personen delegiert werden kann.

Fünftens erfordert ein erfolgreiches BGM zum Einen ein umfangreiches internes Marketing, „um das Thema insgesamt in der Belegschaft bekannt zu machen bzw. das Interesse dafür zu wecken und die Akzeptanz zu steigern sowie um die betroffenen Mitarbeiter von Beginn an in die angestoßenen Prozesse mit einzubeziehen“ (ebd.: 205). Zum Anderen ist eine begleitende Dokumentation aller wichtigen Vorgänge im BGM nötig, um Transparenz zu schaffen sowie die Planung, Steuerung und Erfolgsbewertung zu erleichtern.

Als sechste und letzte strukturell-planerische Voraussetzung sollte das BGM (möglichst früh) mit anderen in der Organisation eingesetzten Managementansätzen vernetzt werden, „um Ressourcen zu schonen und unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden, um eine stärkere inhaltliche Abhängigkeit herzustellen und um mögliche Synergieeffekte zu nutzen. Darüber hinaus unterstützt die Integration verschiedener Managementsysteme die dauerhafte Verankerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die betrieblichen Routinen“ (ebd.: 206). Dies betrifft vor allem Arbeitsschutzmanagementsysteme,

Qualitätsmanagementsysteme, unternehmensweite Steuerungsmodelle, Führungskräfte-Zielvereinbarungen und Feedbacksysteme (vgl. ebd.).

Durchführung der Kernprozesse

Die Qualität eines BGM wird letztlich durch die systematische Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation bestimmt, dem „Herzstück“ des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Diese vier Kernprozesse „stehen in einer zeitlich und inhaltlich logischen Abfolge“ insofern, als im Rahmen der Diagnose eine Erfassung des Ist-Zustandes erfolgt, auf dem aufbauend in der Planung Bedarfsgerechte Interventionen entwickelt und im Anschluss durchgeführt und gesteuert werden (ebd.: 206). Abschließend erfolgt im Rahmen der Evaluation ein Abgleich zwischen den ursprünglich gesetzten Zielen und den letzten Endes tatsächlich erreichten Zielen. Darüber hinaus ist zu betonen, dass die vier Prozesse „in Form eines Regelkreises angeordnet und als Lernzyklus zu verstehen“ sind, was bedeutet, dass sie vollständig und wiederholt zu durchlaufen sind und dass „[j]eder erneute Durchlauf des Zyklus ... zusätzlichen Erkenntnisgewinn für weiteres, planvolles Handeln nach sich ziehen [soll]“ (ebd.: 206) (vgl. Abb. 3).

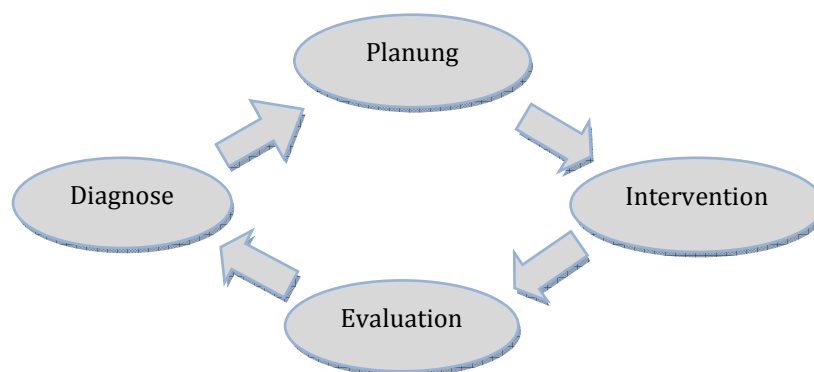


Abb. 3: BGM-Lernzyklus

Die zentrale Bedeutung der Diagnose im BGM ist es, anhand von Daten existierende Handlungsbedarfe aufzudecken und damit – entsprechend der Devise „Daten für Taten“ – die Basis für bedarfsgerechte und wirksame Interventionen zu legen (vgl. ebd.). Zusammenfassend betrachtet kommen der Diagnose vier Funktionen zu: „die systematische und valide Erfassung des physischen und psychosozialen Befindens der Beschäftigten, die Formulierung von Hypothesen über mögliche pathogene und salutogene Einflussgrößen, die Schaffung einer Grundlage für die Planung und Durchführung von Interventionen sowie die Schaffung einer Basis für die spätere Evaluation“ (ebd.: 207). Dabei stehen den Unternehmen bzw. Verwaltungen drei Arten von Daten zur Verfügung:

- Routine-Daten externer Experten (u. a. AU-Daten der Krankenkassen, Unfalldaten der Unfallkassen);
- Routine-Daten der Unternehmen bzw. Verwaltungen selbst (u. a. Fehlzeiten) und
- Neu generierte Daten (u. a. Mitarbeiterbefragung).

Eine Diagnose sollte sich immer auf mehrere dieser Datentypen gleichzeitig stützen und insbesondere das Wissen der Mitarbeiter, beispielsweise in Form einer Mitarbeiterbefragung, einbeziehen, da sich in der Praxis gezeigt hat, dass sich „[o]hne umfassende Kenntnisse über Einschätzungen und Wertungen ... der Beschäftigten ... ein Betriebliches Gesundheitsmanagement kaum wirkungsvoll betreiben [lässt]“ (ebd.: 208).

Die Bedeutung der Planungsphase besteht darin, im weiteren Verlauf ein durchdachtes und zielorientiertes Handeln zu ermöglichen. So legt das Steuerungsgremium in Kooperation mit dem jeweils für das BGM Zuständigen prioritäre Handlungsfelder und daraus folgend konkrete Organisationsbereiche und Risikobereiche fest. Im nächsten Schritt sind präzise Ziele für die nachfolgenden Interventionen zu entwickeln und qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Maßnahmen bzw. Projekte auszuwählen.

Im Rahmen der Intervention erfolgt die Durchführung der geplanten Maßnahmen und Projekte und damit die „eigentliche Therapie“ (ebd.: 212). Hierbei sollte zum Einen gelten, dass verhältnisbezogene Maßnahmen im Vordergrund stehen und verhaltensbezogene Angebote als Ergänzung angesehen werden. Zum Anderen sollten unabhängig von den jeweils gegeben Problemstellungen immer Investitionen in das Sozial- und Humankapital des Unternehmens bzw. der Verwaltung getätigt werden, was vor allem Folgendes beinhaltet:

- Verbesserung der Transparenz im Unternehmen durch laufende Informationen über Ziele und den Grad der Zielerreichung,
- Entwicklung und Pflege gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln,
- Beteiligung und Vernetzung der Experten,
- Beteiligung der Belegschaft,
- Verbesserung der Dialogmöglichkeiten zwischen Management [bzw. Führungsebenen; Anm. der Autoren] und Belegschaft,
- Verbesserung des sozialen Zusammenhalts unter den Beschäftigten und
- die Befähigung der Mitarbeiter zu einem sozial kompetenten Verhalten.

Den BGM-Lernzyklus abschließend bewertet die Evaluation einerseits, in welchem Ausmaß die angestrebten Ziele erreicht wurden (Ergebnisevaluation) und andererseits, inwiefern

beim Vorgehen Standards eingehalten wurden (Struktur- und Prozessevaluation). Bezüglich der Bewertung der Zielerreichung ist zu beachten, dass Maßnahmen, je nachdem wie umfassend durch sie Veränderungen herbeigeführt werden, ihre Wirkungen mit unterschiedlichem zeitlichen Abstand entfalten und dies bei der Wahl des Zeitpunkts der Evaluation berücksichtigt werden sollte. Darüber hinaus sollten, analog zur Diagnose, auch hier nur solche Instrumente und Methoden verwendet werden, die validiert und praxiserprobt sind und „ist dringend geboten, auf Methoden und Instrumente zurückzugreifen, die bereits in der Ist-Analyse eingesetzt wurden“ (ebd.: 215).

Die hier nur übersichtsartig dargestellten Standards für das BGM bildeten die wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkte für die Erhebung und Auswertung der Daten.

3. Methodik

Das Sampling der Studie

Das zentrale Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, den in den Kommunen aktuell gegebenen Entwicklungsstand bezüglich der Institutionalisierung und Durchführung von BGF bzw. BGM zu erfassen. In einer nach bestimmten Kriterien ausgewählten, begrenzten Anzahl von Kommunen wird der dortige Entwicklungsstand qualitativ erfasst.

Kriterium für die Aufnahme in das Sample war:

1. die geographische Lage der jeweiligen Kommune und
2. ein im Vergleich zur Gesamtheit der Kommunen fortgeschrittener Entwicklungsstand bezüglich BGF bzw. BGM.

So sollte zum Einen sichergestellt werden, dass in ungefähr gleicher Anzahl Städte aus dem Norden, Süden, Osten und Westen Deutschlands ausgewählt würden, um so historische und kulturelle Einflüsse zu berücksichtigen. Zum Anderen sollten solche Kommunen untersucht werden, die nach Aussage von Experten – dies waren sowohl Personen aus der Wissenschaft, als auch langjährige Praktiker – in der Anwendung von BGF bzw. BGM am weitesten fortgeschritten sind. Grundgedanke dieses zweiten Auswahlkriteriums war es, anhand des Entwicklungsstands der „Speerspitze“ der deutschen Kommunen bezüglich BGF bzw. BGM erste explorative Hinweise auf die Qualität der betrieblichen Gesundheitspolitik in der deutschen Kommunalverwaltung zu erhalten¹².

Anhand der genannten Auswahlkriterien wurden die folgenden 19 Kommunen bzw. Städte in das Sample der Studie aufgenommen¹³: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Berlin), Bochum, Dortmund, Duisburg, Frankfurt (Main), Freiburg, Halle (Saale), Hamm (Westfalen), Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz, München, Nürnberg, Potsdam, Regensburg, Stuttgart und Wolfsburg. Das erste Selektionskriterium konnte somit offensichtlich weitgehend erfüllt werden (s. Anhang 1). Bezüglich des zweiten Auswahlkriteriums muss festgehalten werden, dass es nicht möglich ist, die bezogen auf die betriebliche Gesundheitspolitik am weitesten fortgeschrittenen deutschen Kommunen zu identifizieren. Dies liegt u. a. an dem erstaunlich geringen Grad der Vernetzung der Kommunen untereinander, der in diesem Bereich

¹² Die Autoren sind sich möglicher methodischer Einwände gegenüber der dargestellten Vorgehensweise bewusst, halten diese angesichts des gegebenen Rahmens und des Ziels, erste explorative Erkenntnisse bezüglich der Fragestellung zu erarbeiten aber für angemessen.

¹³ Ein beteiligter Stadtstaat wird auf eigenen Wunsch hin hier nicht genannt.

gegeben ist (s. 4.1) und in der Folge an der geringen Transparenz des Geschehens insgesamt. Nach Aussage der befragten Experten und der interviewten Personen selbst können die Ausgewählten jedoch ausnahmslos zum vorderen Drittel der Kommunen in Deutschland bezogen auf den Entwicklungsstand betrieblicher Gesundheitspolitik gezählt werden.

Das Erhebungs- und Auswertungsverfahren der Studie

Zentrale Erhebungsmethode der vorliegenden Studie ist das Experteninterview. Entsprechend der Anzahl der ausgewählten Kommunen wurden im Rahmen der Untersuchung insgesamt 19 solcher Interviews geführt. Diese erfolgten leitfadengestützt (s. Anhang 2), face-to-face und wurden aufgezeichnet. Durchgeführt wurden die zwischen einer halben und zwei Stunden dauernden Interviews im Zeitraum von Oktober 2008 bis Januar 2009, größtenteils in den Büros der Interviewten. Als Interviewpartner wurden die in den untersuchten Städten für das BGF bzw. BGM verantwortlichen Personen gewählt. Da die Befragung auf sehr detaillierte und fachliche Informationen abzielte, erschien diese Wahl als sinnvoll. Die Mehrzahl der Interviews erfolgte mit einem einzelnen Interviewten, lediglich in vier Fällen wurden zwei Personen interviewt.

Neben den Experteninterviews füllten die interviewten Personen einen schriftlichen Fragebogen aus (s. Anhang 3). Ziel des Fragebogens war eine Ergänzung der Studie um quantitative Daten. Zudem stellten die untersuchten Städte relevante Dokumente (Dienstvereinbarung, Konzepte, Fort- und Weiterbildungsprogramm, Gesundheitsberichte etc.) zur Verfügung, anhand derer mittels Dokumentenanalyse weitere Erkenntnisse gewonnen werden konnten.

Die Auswertung der Interviews und Fragebögen orientierte sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 2008). Diese Auswertungsmethode erfreut sich in den Sozialwissenschaften einer zunehmenden Beliebtheit, da sie u. a. ein sehr pragmatisches Verfahren darstellt. Darüber hinaus folgt sie dem aktuellen Paradigmenwechsel in der sozialwissenschaftlichen Methodendiskussion, nach dem „eine strikte Gegenüberstellung qualitativer versus quantitativer Analyse als unsinnig angesehen wird und nach Verbindungen, Integrationsmöglichkeiten gesucht wird“ (ebd.: 8)¹⁴. So folgt

¹⁴ Der angesprochene Paradigmenwechsel verkehrt unter dem Stichwort „Mixed Methodologies“ (vgl. Mayring 2008).

der Forschungsprozess im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse immer der Abfolge: „Von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität“ (ebd.: 19).¹⁵

Grundsätzlich bestehen im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse drei Grundformen des Interpretierens:

- „Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es ... durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
- Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen ... zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert.
- Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien“ (ebd.: 58).

Die Grundform der Strukturierung hat wiederum vier Unterformen (formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung), wobei im Rahmen der vorliegenden Studie die inhaltliche Strukturierung gewählt wurde. Dabei ist es das „Ziel inhaltlicher Strukturierungen ... bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ (ebd.: 89). Diese interessierenden Themen, Inhalte und Aspekte werden in Form eines theoriegeleitet entwickelten „Kategoriensystems an das Material herangetragen“ und „[a]lle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert“ (ebd.: 83).

Interviewleitfaden und Auswertung orientieren sich an den in Kapitel 2 dargestellten Standards. Entsprechend wurde ein solches Kategoriensystem gebildet (s. Anhang 4) und wurden alle 19 Interviews einzeln danach ausgewertet.

¹⁵ Die Bezeichnung „Qualitative Inhaltsanalyse“ ist somit ein wenig irreführend, drückt jedoch den qualitativen Schwerpunkt der Methode aus (vgl. ebd.).

4. Ergebnisse

Empirische Befunde

Das folgende Kapitel enthält eine Darstellung unserer Befunde. Anschließend erfolgt eine gesonderte Aufführung der von den Befragten geäußerten Kritikpunkte und Empfehlungen.

Bei den 19 ausgewählten Städten handelt es sich ausschließlich um Großstädte (mehr als 100.000 Einwohner). Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass fünf der interviewten Städte zudem Landeshauptstädte sind und auch ein Stadtstaat einbezogen werden konnte. Analog stellen die untersuchten Städte ausnahmslos große Arbeitgeber mit mehr als 1.000 Beschäftigten dar. Dabei haben neun der ausgewählten Städte zwischen 1.000 und 4.000 Beschäftigte, vier zwischen 4.000 und 10.000 Beschäftigte und sechs mehr als 10.000 Mitarbeiter.

Historie

Entsprechend der eigenen Tradition bzw. Geschichte jeder Kommunalverwaltung weisen die ausgewählten Städte eine relativ unterschiedliche Entwicklung bezogen auf BGF auf. In der Mehrheit der befragten Städte bildeten jedoch solche Bereiche der Verwaltung, die zum Teil bereits seit Jahrzehnten mit den Anliegen der Beschäftigten und vor allem ihrer Gesundheit befasst sind – hier sei vor allem das Personalmanagement und die Sucht- und Sozialberatung genannt – die Keimzelle für die Entwicklung einer BGF.

In einem nächsten Schritt wurden, häufig unter Zuhilfenahme externer Expertise (mehrheitlich die vor Ort ansässigen Krankenkassen), erste gesundheitsbezogene Maßnahmen durchgeführt (Fehlzeitenanalyse, verhaltensorientierte Maßnahmen). In der Folge wurden die gesundheitsorientierten Aktivitäten stärker strukturiert und systematisiert. Es erfolgte somit in allen ausgewählten Städten ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess des Themas über Jahre, der auch zumeist erst relativ spät unter der Bezeichnung BGF erfolgte. Die früheste explizite Etablierung einer BGF erfolgte in den befragten Städten Ende der 1990er Jahre. Die Mehrheit der ausgewählten Städte verfügt seit ca. vier/ fünf Jahren über eine BGF. In einer Minderheit (vier Städte) befindet sich BGF zurzeit im Aufbauprozess.

Die Einrichtung einer BGF bzw. die Durchführung erster gesundheitsorientierter Maßnahmen war in den untersuchten Städten stark von der Initiative einzelner Personen abhängig. So

spielte in einigen Städten (acht) die Personalvertretung bzw. einzelne Personalräte eine maßgebliche Rolle.

Zitat: „Der Personalrat trommelt vielleicht seit 2004/2005. Und das hängt natürlich mit dem Personalabbau zusammen und mit Überlastungsanzeigen und mit Fehltagen, die jetzt auch seit 2005 erfasst werden von der Stadt.“

In den übrigen Städten wurde das Thema fast ausschließlich durch einen fachlichen „Promotor“ befördert, zumeist aus persönlichem Interesse und Engagement für die Thematik und außerhalb bzw. zusätzlich zu den regulären Aufgaben. In der Folge galt es dann, die BGF – vor allem mit der Unterstützung der Verwaltungsleitung – in der gesamten Stadtverwaltung (gegen zum Teil starke Widerstände) zu etablieren. Motive bzw. Argumente für die Einführung einer BGF in den untersuchten Städten waren vor allem zwei Aspekte: Zum Einen ein in der Regel relativ hoher Krankenstand, der zumeist durch die Politik vor Ort kritisiert wurde¹⁶.

Zitat: „Wir hatten damals dann auch, das war so 1998/1999, Anfragen aus dem parlamentarischen Bereich der Stadtverordnetenversammlung zum Krankenstand ... Wir hatten da dann auch ausweislich unserer Erhebungen einen Krankenstand, der über dem Durchschnitt lag. Das war dann natürlich auch noch mal eine, ich sag mal, Initiative aus dem politischen Bereich, der betrieblichen Gesundheit mehr Beachtung zu schenken.“

Zum Anderen der allgemeine Verwaltungsreformprozess (s. 1.2), der in allen interviewten Städten tiefgreifende Veränderungen mit sich brachte (u. a. Personalabbau, Arbeitsverdichtung), die es zu kompensieren galt. Die Einführung einer BGF erfolgte somit in keiner der untersuchten Städte als Bestandteil der Verwaltungsreform, sondern – in einem zeitlichen Abstand – vielmehr zur Abfederung der Folgen.

Zitat: „...und deswegen sagt auch der Oberbürgermeister: „Die Gesundheitsförderung ist die Schwester des Personalabbaus. Das Eine geht nicht ohne das Andere.““

Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass dieses zuletzt dargestellte Motiv zur Einführung eines BGM bzw. einer BGF jedoch auf einem grundlegend falschen Ansatz beruht. Eine betriebliche Gesundheitspolitik ist primär ausgerichtet auf die (gesundheitlichen) Belange der Mitarbeiter und setzt hier an mit ihren Maßnahmen. Eine solche mitarbeiterorientierte Organisationskultur führt in aller Regel in einem zweiten Schritt zu positiven Auswirkungen auf die Organisation selbst, dies ist jedoch nicht das primäre Ziel einer betrieblichen Gesundheitspolitik bzw. eines BGM. Auf keinen Fall darf ein Betriebliches

¹⁶ Dabei stellt die zeitlich befristete Reduzierung des Krankenstands um einen fest definierten Wert lediglich in einer der interviewten Städte ein Ziel dar. Vielmehr gilt ein überhöhter Krankenstand als Anlass, Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten einzuführen.

Gesundheitsmanagement dazu missbraucht werden, einen Abbau von Personal zu ermöglichen bzw. zu kaschieren.

Schriftliche Rahmenbedingungen

Verbindliche schriftliche Rahmenbedingungen lagen in zehn der untersuchten Städte vor. Davon hatten sieben Städte eine Dienstvereinbarung und handelten zwei Städte auf der Basis von Entschlüssen des städtischen Parlaments. Eine Stadt verfügte über eine Dienstanweisung¹⁷. In fünf Städten war darüber hinaus der Abschluss einer Dienstvereinbarung geplant bzw. im Prozess der Abstimmung. Grundsätzlich hatte jedoch in jeder der interviewten Städte – und somit häufig parallel zu den genannten verbindlichen Rahmenbedingungen – die Arbeit in der BGF eine vor allem inhaltlich orientierte schriftliche Grundlage (Konzeption, Rahmenvereinbarung). Hervorgehoben sei hier die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, der sechs der ausgewählten Städte beigetreten sind und die diese als Grundlage verwenden – wozu sie sich mit dem Beitritt auch verpflichten. Des Weiteren sei bemerkt, dass jede der interviewten Städte mindestens eine Dienstvereinbarung zu einem mit der BGF verwandten Themenbereich hat (Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)¹⁸, Sucht, Mobbing, Bildschirmarbeit, flexible Arbeitszeit, Personalentwicklung).

Kennzeichnend für die Städte, deren Arbeit in der BGF auf einer Dienstvereinbarung basiert, war, dass der Abschluss der Vereinbarung zumeist erst nach einem sehr langen Verhandlungs- und Abstimmungsprozess von teilweise bis zu eineinhalb Jahren erfolgen konnte.

Zitat: „Die [Dienstvereinbarung; Anm. d. Autoren] ist noch relativ neu. Das war auch ein recht zäher Abstimmungslauf. Also, das hat so ungefähr anderthalb Jahre gedauert.“

Zudem gab es zwischen den Interviewten geteilte Meinungen darüber, ob eine Dienstvereinbarung bereits zu Beginn der Arbeit in der BGF abgeschlossen werden sollte, oder ob erst nach einigen Jahren Arbeit in dem Themenbereich anhand der gesammelten Erfahrungen die Strukturen und Prozesse im Rahmen einer Dienstvereinbarung festgeschrieben werden sollten.

¹⁷ Während eine Dienstvereinbarung einen Vertrag zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern, vertreten durch die Dienststellenleitung und den Personalrat, darstellt, handelt es sich bei der Dienstanweisung um eine alleinige Anordnung durch die Dienststellenleitung.

¹⁸ Ist ein Arbeitnehmer im Laufe eines Kalenderjahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt krankheitsbedingt arbeitsunfähig, so ist der Arbeitgeber nach § 84 SGB IX dazu verpflichtet, entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und einer erneuten Arbeitsunfähigkeit und dem Verlust des Arbeitsplatzes vorzubeugen (Betriebliches Eingliederungsmanagement).

Zitat: „Die Erarbeitung einer Dienstvereinbarung, beispielsweise, kommt erst dann in Frage, wenn wir so viele Erfahrungen haben mit dem Thema, dass wir sagen können: Jetzt können wir stadtwweit eine Strategie festlegen, die auch Sinn macht.“

Einen Ausweg bietet die Möglichkeit, eine kontinuierliche Aktualisierung der Dienstvereinbarung – verbindlich in ihren Text mit aufgenommen – vorzunehmen (in einer Stadt gegeben; Aktualisierung alle drei Jahre). Der Abschluss einer Dienstanweisung bot in dem gegebenen Fall den Vorteil einer starken Unterstützung und eines hohen Engagements des Oberbürgermeisters für BGF, führte jedoch gleichzeitig zu Vorbehalten und mangelnder Unterstützung auf Seiten der Personalvertretung.

Zitat: „Und deshalb keine Dienstvereinbarung. Hat schon einen Nachteil. Gerade, weil ich aus dem Personalrat komme. Dass die Gesamtpersonalratsvorsitzende nämlich nicht so sehr mitmacht, sich nicht so sehr mit eingebunden fühlt.“

Strukturelle Bedingungen

Die Zuständigkeit für BGF bzw. die Stelle des jeweils Befragten liegt in der Mehrzahl der Fälle im Bereich Personal (13 Städte) und ist hier wiederum größtenteils in der Linienorganisation verortet (10 Städte). Daneben existieren zwei Stabsabteilungen bei der Personalamtsleitung und ist in einem Fall die Zuständigkeit für BGF Aufgabenbestandteil der Personalamtsleitung selbst. In den übrigen sechs Städten liegt die Zuständigkeit im Bereich für soziale Angelegenheiten, im zentralen Verwaltungsservice, im Bereich Arbeitsschutz beim Oberbürgermeister, beim Büro des Oberbürgermeisters, in einer Stabsstelle beim Bürgermeister und in Form einer Stabsstelle ohne (inhaltliche) Bindung an eine spezifische organisatorische Einheit. Darüber hinaus sei bemerkt, dass die BGF in sechs Städten Teil einer Abteilung mit weiteren internen Akteuren (u. a. Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit, BEM, Suchthilfe, betriebliche Sozialberatung, Schwerbehindertenvertretung) ist (s. u.).

Im Rahmen der Betrachtung organisatorischer Aspekte sollte weiterhin beachtet werden, dass in drei der sechs größten an der Studie beteiligten Städte (mehr als 10.000 Beschäftigte) die Zuständigkeit für BGF auf zentrale und dezentrale Strukturen aufgeteilt ist.

Zitat: „Dann sind wir quasi als Personal- und Organisationsamt ein zentrales Amt. Wir haben ca. 14.000 Beschäftigte bei der Stadt in ca. 38 Ämtern und Betrieben. Die haben alle einheitlich eigene Personalabteilungen ... mit relativ hoher Eigenkompetenz und wir haben hier teilweise Stabsstellenfunktion. Und gerade im Bereich der betrieblichen Gesundheit und des Arbeitsschutzes nehmen wir jetzt quasi als Geschäfts- und Stabsstelle diese Funktion wahr für die Stadt.“

Während die dezentralen Strukturen bzw. Stellen mit der operativen Durchführung der Aktivitäten im Rahmen der BGF befasst sind, ist die Aufgabe der zentralen Struktur bzw.

Stelle eher strategischer Natur. Neben der Vorgabe der grundlegenden Ausrichtung - teilweise mit vorhandener Richtlinienkompetenz – gehören dazu das Setzen von Impulsen, die Koordinierung der Stadtweiten Aktivitäten bezüglich BGF, die Entwicklung grundlegender Konzepte, die Mitwirkung an bereichsbezogenen Projekten bzw. Maßnahmen und das Angebot fachlicher Beratung für die Ämter und Sachbereiche.

Zitat: „Koordination ist so ein Punkt, wobei der möglicherweise ... nur ein Teil ist. Das eigentlich Wichtigere ist mehr, Impulse zu geben. Projekte anzustoßen, Ideen zu liefern, das kann man hier machen.“

Diese zentralen Aufgaben werden in den drei untersuchten Städten durch eine Stelle im Personalamt erfüllt (Koordinator für BGF). Die operative BGF-Arbeit erfolgt Ämter- bzw. Fachbereichsbezogen. Das bedeutet, dass in diesen Städten jedes Amt bzw. jeder Fachbereich eigene Strukturen für BGF besitzt (u. a. Zuständigkeiten, Gremien) und sich in seiner Arbeit an den Vorgaben der zentralen Stelle orientiert, von dort Daten als Grundlage für die eigene Arbeit bezieht und sich gegebenenfalls dort beraten lässt. Bezüglich der 16 übrigen einbezogenen Städte und der Funktionen der dort für BGF Zuständigen lässt sich folgende Aufteilung festhalten: In vier Städten herrscht eine relativ komfortable Situation vor (BGF Zuständigkeit einer Person innerhalb eines Teams und damit alleinige Konzentration auf die BGF möglich, teilweise Unterstützung durch eine Bürokräft), in fünf eine etwas weniger gute Ausstattung (einzelne Person für BGF zuständig, aber zu 100 %) und in den restlichen sieben Städten ist für das BGM lediglich ein gewisser Stellenanteil vorgesehen (maximal 50 %). Weitere Aufgaben der zuständigen Stellen sind dort das BEM, kollegiale Beratung/ Suchtberatung, Arbeitsmedizin und die Vertretung der Schwerbehinderten.

Bezüglich des beruflichen Hintergrunds der Interviewten ergibt sich ein relativ heterogenes Bild:

Beruflicher Hintergrund	Anzahl
Verwaltungsbeamte	8
Sozialpädagogen/ -arbeiter	4
Psychologen	3
Gesundheitswissenschaftler	1
Mediziner	1
Soziologe	1
Ökonom	1

Tab. 1: Beruflicher Hintergrund der Gesundheitsmanager in den untersuchten Städten.

Die größte Gruppe stellen somit die Verwaltungsbeamten (mittlerer, gehobener und höherer Dienst; 8 Städte), gefolgt von den Sozialpädagogen und –arbeitern (4 Städte) und den

Psychologen (3 Städte). Erwähnt werden sollte außerdem, dass BGF in einer Stadt durch eine (universitär) ausgebildete Gesundheitswissenschaftlerin organisiert wird. Zum beruflichen Werdegang der für BGF zuständigen Personen lässt sich darüber hinaus sagen, dass mehrheitlich bereits eine längere Verwaltungslaufbahn (beim aktuellen Arbeitgeber) vorliegt, begleitet durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen. In drei der ausgewählten Städte verlief der berufliche Werdegang des dort Zuständigen zudem über eine Tätigkeit in der Personalvertretung, wobei zwei davon Personalratsvorsitzende waren.

In diesem Zusammenhang wurde von einigen der Interviewten noch hinzugefügt, dass sich zwar eine zunehmende Verbreitung von BGF bzw. BGM in den deutschen Kommunalverwaltungen abzeichne, es aber grundsätzlich an einer angemessenen (fachlichen) Qualifikation der zuständigen Akteure mangle.

Zitat: „... und ich glaube, vielen Leuten fehlt einfach das Know-how ... bei einigen Kolleginnen und Kollegen wundert mich schon die Art, wie die BGM oder BGF machen, ich würde Beides nicht als solches bezeichnen. Ich weiß aber nicht – wie soll ich das jetzt vorsichtig ausdrücken – ob einfach der Wissensstand Derjenigen nicht so hoch ist, oder ob deren Rahmenbedingungen so ungünstig sind, dass die mehr nicht machen können.“

Zitat: „Das Zweite ist, es [BGF; Anm. d. Autoren] ist personell häufig nicht gut besetzt. Also, ich würde sagen, in dem Augenblick, wo die Leute nicht aus einem Leistungserbringer-Beruf kommen ... dann fehlt da häufig das Hintergrundwissen. Was noch mit dazu verstärkt wird dadurch, dass es als Alibi-Funktion in einem Unternehmen irgendwo angegliedert ist, wo es nicht hingehört.“

Auf die Frage nach dem persönlichen Interesse bzw. der persönlichen Einstellung gegenüber BGF ergab sich erneut ein sehr gemischtes Antwortbild. Als zentrale Motive für die aktuelle Tätigkeit lassen sich jedoch die Folgenden identifizieren: So ist zum Einen häufig eine soziale Einstellung der Personen für die Wahl der Stelle mitverantwortlich.

Zitat: „Ich glaube in dem Themenfeld kann man nur arbeiten, wenn man so ein bisschen ein Helfersyndrom hat. Weil es geht ja schon ganz viel um Menschen ... das offen sein für Probleme. Ich glaube, es ist mein Interesse, wirklich Menschen zu helfen, dass es ihnen besser geht. Also insofern mache ich das aus Überzeugung.“

Zum Anderen besteht oft ein fachlich motiviertes Interesse: Die Erfahrung unzulänglicher, unkoordinierter und wenig systematisierter Maßnahmen bezogen auf die Gesundheit der Beschäftigten und der Wunsch, daran etwas zu ändern.

Zitat: „Von daher [vorherige Tätigkeit in der betrieblichen Mitarbeiterberatung; Anm. d. Autoren] kam eben auch immer wieder die Motivation, was Übergreifendes, was Stabileres zu schaffen, das über das, was hier in der Einzelfallarbeit geleistet werden kann, deutlich hinausgeht. Also strukturelle Maßnahmen dann auch einzuleiten, die uns einen Rahmen geben für die Arbeit.“

Neben weiterer, vereinzelt genannter Motive (Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber durch BGF; BGF stellt eine herausfordernde und abwechslungsreiche Tätigkeit dar) ist es drittens

die Erkenntnis über die Relevanz und das Potential von BGF bezogen auf die jeweils eigene Stadtverwaltung, die die Interviewten in ihrer Arbeit bekräftigt.

Ressourcen

Bezüglich der Ausstattung der ausgewählten Städte mit personellen Ressourcen für BGF ergibt sich folgendes Bild: 17 Städte haben Ressourcen zwischen 0,5 und 2 Stellen. So ist nicht selten ein Gesundheitsmanager für bis zu 15.000 Mitarbeiter zuständig. Die übrigen beiden Städte weisen jeweils vier Stellen auf und es ergibt sich hier mit 1:2.000 das günstigste Verhältnis zwischen betrieblichem Gesundheitsmanager und Beschäftigten. Dabei sollte beachtet werden, dass die angegebenen Stellen bzw. Stellenanteile lediglich eine relativ grobe Einschätzung erlauben, eine ganz genaue Bestimmung der mit BGF befassten Stellen jedoch nicht möglich ist. So umfassen die genannten Stellenangaben sowohl fachlich-inhaltliche Arbeit, als auch unterstützende Sekretärtätigkeiten. Daneben sind sehr häufig Personen ohne explizite Stellenanteile an der Arbeit in der BGF beteiligt und ist insbesondere in den erwähnten Städten, die zentrale und dezentrale Strukturen für BGF aufweisen, eine genaue Stellenangabe nur schwer möglich.

Die Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen der BGF erfolgt in acht der interviewten Städte über ein eigenes Budget. Die weiteren Finanzierungsmodi sind die Folgenden: Verwaltungseinheiten, die die BGF in Anspruch nehmen, bezahlen die Leistungen aus dem eigenen Haushalt; bestimmte Maßnahmen (u. a. verhaltensbezogene Maßnahmen, Fortbildungen/ Schulungen) werden durch andere Bereiche bereitgestellt (u. a. Personalentwicklung, Volkshochschule, Fortbildungszentren); relativ viele Maßnahmen im Rahmen der BGF erfolgen durch die für BGF zuständige Person selbst. Daneben erhält ein großer Teil der untersuchten Städte – immer jedoch zeitlich befristet bzw. projektbezogen – Mittel Externer (Kranken- und Unfallkassen) und wird dieses Bemühen um eine teilweise Fremdfinanzierung innerhalb der Stadtverwaltungen und insbesondere durch die Verwaltungsleitung zumeist positiv bewertet.

Zitat: „Ich habe so immer versucht, noch irgendwo [extern; Anm. d. Autoren] Geld herzubekommen, um so auch die finanzielle Belastung für die Stadtverwaltung zu minimieren ... und das, glaub ich, ist auch immer gut angekommen. Also, dass die gesehen haben, ok, ich versuche jetzt nicht nur, ein teures Projekt zu machen, sondern bemühe mich, mit Anderen zu kooperieren.“

Die Höhe der in den acht Städten gegebenen Budgets variiert zwischen 5.000 und 55.000 Euro pro Jahr. Bezogen auf die Anzahl der Beschäftigten können so – allein aus dem jeweils gegebenen Budget und ohne das Einbeziehen von anderen Geldern und der beteiligten Arbeitskräfte – zwischen ca. einem und ca. sechs Euro pro Beschäftigtem und Jahr im

Rahmen der BGF aufgewendet werden. Es sollte jedoch beachtet werden, dass auch hier die oben bezüglich der Ausstattung mit personellen Ressourcen genannten Einschränkungen gelten und dass die Interviewten zwar in aller Regel nichts gegen eine Erhöhung ihrer Budgets – sofern ein solches vorhanden ist – einzuwenden hätten, sie jedoch grundsätzlich die gegebenen finanziellen Mittel als ausreichend erachten.

Zitat: „Das ist so wenig. 60.000 Euro insgesamt, also 10.000 Euro pro Amt ... und trotzdem wird diskutiert und die zetern herum ... das ist so ein Klacks, 10.000 Euro ... das ist ein Witz eigentlich. Aber das reicht, das ist schon ok ... Also, wir haben jetzt zwar den Jahresplan und wenn man das alles machen würde, was da drin steht, dann würde das 200.000 Euro kosten.“

Darüber hinaus wird in einigen Fällen ein fehlendes Budget als Ursache mangelhafter (Planungs-) Sicherheit moniert.

Zitat: „Aber wir hatten jetzt nie zu den Projekten ein festes Budget. Das man sagen konnte, damit kann man jetzt arbeiten. Sondern man hat erst gearbeitet und dann gehofft, dass man dann das Geld dafür kriegt.“

Gremien

In 15 der 19 befragten Städte existiert ein ausschließlich zu BGF arbeitendes Gremium, wobei in fünf dieser Städte sogar mehrere Gremien bestehen (ein zentrales auf Stadtebene und mehrere auf Ämter- bzw. Fachbereichsebene). Drei Städte haben BGF als festen Bestandteil des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzausschusses (ASA) vorgesehen und eine Stadt verfügt seit einigen Jahren über kein Gremium mehr. Darüber hinaus bestehen in allen Städten, die Projektarbeit in ausgewählten Verwaltungseinheiten betreiben, temporäre Projektlenkungsausschüsse. Neben dem in der jeweiligen Stadtverwaltung für BGF Zuständigen, der in aller Regel auch Geschäftsführer des Gremiums ist und es leitet, sind immer die folgenden Bereiche Mitglied: Personalvertretung, Schwerbehindertenvertretung, Gleichstellungsbeauftragte, Arbeitsschutz und –sicherheit, Betriebsmedizin und ein Vertreter der Dienststelle (zumeist eine Amts- bzw. Fachbereichsleitung). Darüber hinaus sind häufig die Organisations- und Personalentwicklung beteiligt und wird in vielen Fällen über eine stärkere Einbindung von Führungskräften nachgedacht, beispielsweise in Form von Leitern größerer Ämter bzw. Fachbereiche. Lediglich in einem Fall ist der Oberbürgermeister Mitglied und sogar Geschäftsführer des Steuerungsgremiums. Die Sitzungsfrequenz ist relativ unterschiedlich und reicht von monatlichen, über mehrheitlich quartalsmäßige bis hin zu einmaligen Treffen pro Jahr.

Während in einigen wenigen Städten Gremien bestehen, die aus einer relativ kleinen Anzahl vor allem fachlich qualifizierter Personen bestehen und in sehr regelmäßigen Treffen gemeinsam Maßnahmen erarbeiten, herrscht in der Mehrheit der interviewten Städte folgende Konstellation vor: Die für BGF jeweils zuständige Person ist Geschäftsführer des Gremiums und ist somit für Organisation, Vorbereitung und Leitung der Treffen verantwortlich. Funktion des Gremiums ist in der Regel zweierlei: Zum Einen wird über die abgeschlossenen und laufenden Aktivitäten im Rahmen der BGF Bericht erstattet (Information) und zum Anderen werden (vor allem durch die jeweilige Zuständige) geplante Maßnahmen diskutiert und entschieden (Legitimation). Der jeweilige Gesundheitsmanager ist somit zwar bei größeren Vorhaben auf die Zustimmung des Gremiums angewiesen, er erhält diese erfahrungsgemäß jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit und versieht seine Arbeit dadurch zudem mit mehr Autorität. Zur grundsätzlichen Verteilung der Funktionen Entscheidungsfindung und operative Durchführung von Maßnahmen lässt sich somit zusammenfassend sagen, dass in der Mehrzahl der untersuchten Städte beide Funktionen durch den jeweils für BGF Zuständigen erfüllt werden.

Zitat: „Also eigentlich habe ich ziemliche Narrenfreiheit. Also ich kann wirklich gestalten, entscheiden, wo ich Schwerpunkte setze. Aber ich habe eigentlich keine Entscheidungsmacht und auch kein Geld ... Ich muss dann also, wenn's konkret wird, wirklich sagen: Ich brauche da jetzt grünes Licht für irgendetwas. Bisher ist mir das ganz gut gelungen ... und insofern ist meine Freiheit vielleicht auch so ein bisschen eingeschränkt, aber ich bringe da [im Steuerungsgremium; Anm. d. Autoren] wirklich meine Punkte ein. Also ich lade ein, ich mache die Tagesordnung, wir schreiben die Protokolle ... dieser Ausschuss, einerseits muss ich da natürlich jetzt immer auch Sachen darstellen und absegnen lassen, aber ich kann dann auch sicher sein, wenn ich das dann da besprochen habe, dann hat das auch Gewicht.“

Einbindung von Führungskräften und Beschäftigten

Die Einbindung der Führungskräfte in die Aktivitäten der BGF erfolgt über verschiedene Wege. So sind sie zum Einen – wie bereits oben beschrieben – Mitglied in den entsprechenden Gremien, wobei es sich dabei zumeist um die Amts- bzw. Fachbereichsleiterenebene handelt und nur in einem Fall der (Ober-) Bürgermeister selbst im Gremium sitzt. Zum Anderen finden in beinahe allen Städten Fortbildungen und Schulungen zur BGF speziell für Führungskräfte statt, mit Hilfe derer den Führungskräften BGF näher gebracht werden soll bzw. um diese dafür zu sensibilisieren. Darüber hinaus war eine sehr häufige Antwort der Interviewten, die Führungskräfte über die interne Kommunikation einzubeziehen bzw. zu informieren (Intranet, Mitarbeiter-Zeitung etc.). Neben diesen mehr oder weniger dauerhaften Beteiligungsstrukturen erfolgen – in den Städten, die Projekte durchführen – temporäre und punktuelle Beteiligungen über die bereichsbezogenen Projekte (jeweilige Bereichsleiter entscheiden über grundsätzliche Durchführung des Projekts und alle Maßnahmen). Insgesamt betrachtet müsse man – so einige Stimmen – bei der Gewinnung

der durch die umfangreichen Reformmaßnahmen mit am stärksten belasteten Führungskräften vorsichtig vorgehen, um diese nicht abzuschrecken.

Zitat: „... weil es auch ganz wichtig ist, dass man nicht die Leute [die Führungskräfte; Anm. d. Autoren] überrennt. Das ist ja wie bei den Kollegen auch: Brauchen wir denn das jetzt wieder? Sondern die Frage ist: Was haben wir denn jetzt davon, wenn wir Gesundheitsförderung bei der Stadt machen? Das heißt, man muss sehr vorsichtig und auch sehr diplomatisch argumentieren ... und es wird noch ein sehr sensibler Prozess werden.“

Die Partizipation der Mitarbeiter geschieht in 18 der 19 untersuchten Städten über die Personalvertretungen (Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, Gleichstellungsbeauftragte) und ihre Mitgliedschaft in den mit der BGF assoziierten Gremien. Eine stärker direkte Beteiligung erfolgt vor allem im Rahmen von Projektarbeit (in 13 Städten). Dabei werden von wenigen der untersuchten Städte Mitarbeiterbefragungen angewendet, jedoch von allen Gesundheitszirkel bzw. Workshops. Hier sollte jedoch beachtet werden, dass die Mitarbeiter zwar Anliegen und Probleme äußern und Lösungsvorschläge machen können, die letztendliche Entscheidung aber durch die jeweilige Führungskraft (Amts- bzw. Fachbereichsleitung) erfolgt. Eine Information der Mitarbeiter über die Aktivitäten der BGF ist in allen 19 Städten im Rahmen der internen Kommunikation gewährleistet (Intranet, Personalversammlungen, Newsletter etc.) (vgl. Tab. 2).

Partizipationsform	Häufigkeit
Information der Beschäftigten über die interne Kommunikation	19
Gesundheitszirkel/ Workshops	19
Personalvertretungen Mitglied des Steuerungsgremiums	18
Projektarbeit in einzelnen Verwaltungseinheiten	13

Tab. 2: Partizipation der Beschäftigten im Rahmen der BGF.

Externe und interne Kooperation

Den am häufigsten genannten externen Kooperationspartner stellen die Krankenkassen dar. So haben beinahe alle der untersuchten Städte die fachliche Beratung der Krankenkassen zu Beginn bzw. beim Aufbau der BGF in Anspruch genommen. Mit der Dauer nimmt, nach Aussage der Interviewten, diese fachlich-personelle Kooperation bzw. Unterstützung jedoch ab, da genügend eigene Erfahrung bzw. Kompetenz aufgebaut werden konnte. Zudem wurden in einigen Fällen auch kritische Erfahrungen im Zusammenhang mit derlei Kooperationen gemacht.

Zitat: „Es hat sich aber herausgestellt, es hat einen Nachteil, wenn man auf Externe angewiesen ist, die kostenlos sind. Da muss man immer warten. Also zum Beispiel das im Gartenamt hat über zwei Jahre gedauert. Das wurde sehr aufwendig gemacht und kostete eine

Menge Geld, was wir zwar nicht bezahlen mussten ... was mir wichtig ist, dass wenn ich das selber mache und das auch bezahle, dann kann ich auch den zeitlichen Rahmen bestimmen und kann auch Druck machen, wenn's nötig ist.“

Zitat: „Meine ganz große Kritik ist erstens, die Krankenkassen haben – ich darf mir das erlauben, ich hab's ja selbst erlebt [die Interviewperson war vor ihrer aktuellen Tätigkeit bei einer Krankenkasse angestellt; Anm. d. Autoren] – als erste Zielsetzung, Mitglieder zu werben ... Eine Krankenkasse hat einen ergänzenden Auftrag zu Betrieblicher Gesundheitsförderung, ist aber eigentlich nicht an der Kernaufgabe interessiert ... Oder sie verkaufen Dienstleistungen, die, wenn das ein neutraler Gutachter betrachten würde, nicht unbedingt einen Fit darstellen zu dem, was gebraucht wird [Die angebotenen Leistungen passen nicht zu dem gegebenen Bedarf; Anm. d. Autoren].“

Zum Zeitpunkt der Interviews bestand der Hauptteil der Kooperationen mit Krankenkassen daher in der Teilfinanzierung eigener Maßnahmen und der Vermittlung der Beschäftigten in verhaltensorientierte Maßnahmen der Krankenkassen. Insgesamt gesehen äußerten viele der Interviewten die Vermutung bzw. die Hoffnung, dass im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds trotz zumeist sehr heterogener Versichertenstrukturen eine größere Bereitschaft der Krankenkassen zu (finanzieller) Kooperation entsteht. Neben den Krankenkassen wurden in den Interviews nur vereinzelt als weitere externe Partner die Unfallkassen, Hochschulen bzw. wissenschaftliche Einrichtungen und öffentliche Projekte genannt. Eine weitere, in allen interviewten Städten in mehr oder weniger starkem Ausmaß stattfindende Form externer Kooperation stellt der Einkauf externer Referenten für Seminare, Schulungen, Beratungen und Sportkurse dar.

Des Weiteren lässt sich zudem beobachten, dass eine relativ geringe Vernetzung der Interviewten mit Kollegen aus anderen Städten bzw. Kommunen und der Privatwirtschaft besteht. So sind lediglich drei Städte Mitglied eines gemischten Netzwerks (Kommunen und Unternehmen). Darüber hinaus besteht ein mehr oder weniger starker Austausch über bundesweite Gremien bzw. Institutionen wie beispielsweise den Deutschen Städtetag (DST), die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) oder das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)¹⁹. Entscheidend für den Austausch von Informationen und das Lösen konkreter Probleme sind jedoch bei vielen Interviewten Kontakte zu einzelnen Kollegen aus anderen Stadtverwaltungen (zumeist desselben Bundeslandes), die sich über Tagungen oder andere Kontakte ergeben haben. In den Gesprächen wurde daher relativ häufig der Wunsch nach einer intensiveren Vernetzung geäußert, der vor allem möglichst auf einer sehr pragmatischen, konkrete Problemlagen bearbeitenden Ebene erfolgen sollte.

Zitat: „Das ist schon schade. Ich würde schon gerne mal so einen Austausch haben. Gerade eben auf der Ebene von Kommunen, die ja auch irgendwo von den Aufgaben her und

¹⁹ Für nähere Informationen zu diesen Institutionen sei auf die entsprechenden Websites verwiesen (s. Literaturverzeichnis).

manchmal auch von den Herzdingen her gleich ticken ... Ich wünsche mir da so einen richtigen Austausch. Nicht, dass da eine Stadt sagt: Wir haben das, das und das gemacht. Wir sind die Größten, Besten und Tollsten. Mit manchmal sehr schönen Folien, wo dann vielleicht auch gar nicht so viel dahinter steckt.“

Eine interne Zusammenarbeit bzw. Verknüpfung erfolgt vor allem mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement, dem Arbeitsschutz und der Arbeitssicherheit, der Arbeitsmedizin, der betrieblichen Sozialberatung und der Personalentwicklung sowie den Personalvertretungen. Daneben wird vereinzelt eine Verknüpfung mit der Organisationsentwicklung und dem Wissensmanagement genannt. Die Verknüpfungen entstehen zum einen durch die Vereinigung mehrerer Tätigkeiten in einer Person (betrifft vor allem das BEM); zum anderen durch die Zusammenfassung mehrerer Tätigkeiten in einer Abteilung und unter einem koordinierendem Dach; und in der Mehrzahl der Fälle über die Mitgliedschaft in den mit der BGF befassten Gremien. Insgesamt betrachtet erfolgt eine interne Verknüpfung somit über viele unterschiedliche Wege. Von den Interviewpartnern wird jedoch sehr weitgehend eine Ausweitung und vor allem Verbesserung der bestehenden Zusammenarbeit gefordert.

Zitat: „Gerade am Anfang habe ich großes Misstrauen von Leuten geerntet, die teilweise in diesem Bereich schon ein Stückchen eine Aufgabe hatten. Also Arbeitssicherheit, Personalvertretung. Das waren eigentlich die beiden Hauptsächlichen ... Das ist, irgendwie fühlen sich die in ihren ureigensten Aufgaben eingeengt. So nach dem Motto: Gesundheit ist doch mein Metier, jetzt kommt da was Anderes und will sich da einmischen.“

Zitat: „Aber jetzt eine wirkliche Verzahnung, zum Beispiel mit der Organisationseinheit, die findet definitiv nicht statt. Also noch nicht einmal, obwohl wir jetzt hier gegenüber sitzen. Weil es halt definitiv nicht in den Köpfen drin ist, dass wir bei solchen Prozessen mit dazugehören ... und das will auch keiner wirklich wissen.“

Kritisiert wird dabei vor allem auch, dass die Kooperation zumeist nur informell, punktuell und unstrukturiert erfolgt.

Darüber hinaus spielt die interne Kommunikation bzw. das interne Marketing der Aktivitäten im Rahmen der BGF eine bedeutende Rolle. Diese erfolgt u. a. über Intranet, interne Newsletter, Mitarbeiterzeitungen, Personalversammlungen, Informationsveranstaltungen und Gesundheitstage. Die Bedeutung dieses internen Werbens wurde so auch von den Interviewpartnern bestätigt.

Zitat: „Obwohl wir das wirklich überall immer publik machen. Gesundheitstage veranstalten. Auch so ein bisschen Gesundheitskirmes gehört ja irgendwie auch dazu.“

Es sei vor allem zu Beginn wichtig, um das Thema überhaupt erstmal bekannt zu machen bzw. über die Einrichtung einer BGF zu informieren. Dies geschah in vielen der befragten Städte im Rahmen eines Gesundheitstages. Auch im Laufe der weiteren Entwicklung ist es unabdingbar, immer wieder über die vollzogenen Maßnahmen zu berichten und BGF

insbesondere im Bewusstsein der Beschäftigten aufrechtzuerhalten. Daneben spielt der Aspekt der Rechtfertigung eine wichtige Rolle, da die Gesundheitsförderung der eigenen Mitarbeiter keine für die Kommunen gesetzlich vorgeschriebene Leistung darstellt. Zudem fördert eine kontinuierliche interne Kommunikation das Verständnis für BGF bzw. die zugrunde liegenden Zusammenhänge. Während sich die Interviewten zu Beginn ihrer Tätigkeit oft mit starker Skepsis und auch einigen Widerständen konfrontiert sahen, ergab sich mit der Zeit, viel Engagement und vor allem positiven Erfahrungen mit der Arbeit der Gesundheitsmanagerinnen wachsende Zustimmung.

Zitat: „Es war zu Beginn so wahnsinnig schwierig, Bereiche zu finden, die sagen: Ja, wir haben Interesse, Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Da mussten wir viel an Überzeugungsarbeit leisten und mittlerweile ist es tatsächlich so, dass die Bereiche kommen und von sich aus sagen: Wir wollen unbedingt. Man könnte sagen, die rennen uns schon fast die Bude ein.“

In einigen Kommunen wird darüber hinaus auch darüber nachgedacht, eine interne Plattform einzurichten, auf der Angebote aber auch einzelne Maßnahmen und Projekte dargestellt werden sollen, um so den internen Austausch zu erleichtern und u. U. auch einen internen Wettbewerb zwischen den einzelnen Verwaltungseinheiten zu motivieren.

Ziele

In den untersuchten Städten existieren bis auf eine Ausnahme zwei Arten von Zielen bezogen auf BGF. Zum Einen sind dies eher grundlegende bzw. allgemeine Ziele wie beispielsweise „der Aufbau eines systematischen und dauerhaften Betrieblichen Gesundheitsmanagements“, „die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten“, „die Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber“, „die Gewährleistung der Partizipation der Beschäftigten“ oder „die Steigerung der Produktivität und Qualität der erbrachten Dienstleistungen“. Diese Ziele wurden in einem zum Teil recht langen Prozess zwischen Gesundheitsmanager, Personalvertretung und Dienststellenleitung abgestimmt und in den schriftlichen Rahmenbedingungen (verbindlich) fixiert (Dienstvereinbarung, Konzeption, Rahmenvereinbarung etc.). Zum Anderen existieren daneben auf Ebene einzelner Verwaltungsbereiche und im Rahmen von Projekten sehr konkrete Ziele und Lösungen. Hierzu gehören u. a. der Bau neuer Sanitäreinrichtungen, das Bekleben von Fenstern mit Sonnenlicht abweisender Folie im Sommer, das Anschaffen neuer Arbeits- und Schutzkleidung, die Verbesserung des öffentlichen Images des jeweiligen Bereichs, oder die Verkürzung von Öffnungszeiten in Verwaltungsbereichen mit Publikumsverkehr. Diese Ziele bzw. Wünsche ergeben sich zumeist aus Mitarbeiterbefragungen oder in der Mehrheit aus Gesundheitszirkeln oder Workshops und werden im Anschluss in der jeweiligen

Projektleitungsgruppe zwischen Fachdiensten, Gesundheitsmanagern und der Bereichsleitung diskutiert und beschlossen.

Kennzeichnend ist dabei, dass keine Verbindung zwischen den beiden genannten Zieltypen besteht bzw. die strategischen Ziele nicht in operationalisierte und terminierte Teilziele übersetzt werden. Lediglich in einer der untersuchten Städte findet eine solche Übersetzung strategischer in operative Ziele statt, wobei dies in Anlehnung an das Instrument der Balanced Scorecard geschieht²⁰.

Diagnostik

Bezüglich der Erhebung des jeweiligen Ist-Zustandes bzw. Bedarfs zum Thema Arbeit und Gesundheit ergibt sich auch hier wiederum ein heterogenes Bild angewandter Methoden und Instrumente innerhalb der befragten Städte. Festgehalten werden kann jedoch bereits an dieser Stelle, dass jede der 19 interviewten Städte mehrere der im Folgenden dargestellten diagnostischen Instrumente einsetzt (mindestens vier).

Eine Analyse des Unfallgeschehens und Arbeitsplatzbegehungen werden überwiegend durchgeführt, fast ausschließlich durch Arbeitsschutz und –sicherheit. Hier erfolgt häufig auch eine Gefährdungsbeurteilung²¹. Dabei sollte bemerkt sein, dass die Analyse psychischer Gefährdungen am Arbeitsplatz in den ausgewählten Städten aktuell ein sehr bedeutendes Thema darstellt, insbesondere weil viele Anzeichen und zum Teil auch Belege für eine starke Zunahme dieser Art von Belastung und ihrer gesundheitlichen Folgen bestehen. Der Schwerpunkt der Arbeit bzw. Diskussion zu diesem Analyseinstrument besteht in der Mehrzahl der untersuchten Städte aktuell jedoch darin, ein geeignetes Vorgehen zu entwickeln und festzuschreiben.

Zitat: „Von daher sind wir da auch dran, was das Thema Gefährdungsbeurteilungen [psychosozialer Belastungen; Anm. d. Autoren] angeht. Da einen Prozess zu etablieren, bei dem Jedem klar ist, warum wir etwas tun, mit welchem Ziel, welche Motivation dahinter steckt, welche positiven Wirkungen damit verbunden sind.“

Medizinische Vorsorgeuntersuchungen (Hautkrebsscreening, Brustkrebsscreening etc.) führt die jeweilige Betriebsmedizinerin nur punktuell bzw. auf Anfrage einzelner Mitarbeiter durch. Daneben werden sie teilweise auch breitflächig eingesetzt, um so für die BGF zu werben bzw. um es im Bewusstsein der internen Öffentlichkeit zu halten.

²⁰ Zu grundlegenden Informationen bezüglich dieses Instruments vgl. Badura/ Schröder/ Vetter (2009).

²¹ Die Beurteilung der von der Arbeitsstätte, dem Arbeitsplatz, den Arbeits- und Fertigungsverfahren, den Arbeitsabläufen und den Arbeitszeiten ausgehenden Gefährdungen (insbesondere auch der psychischen Belastungen) für die Beschäftigten ist gesetzliche Pflicht des Arbeitgebers (§ 5 ArbSchG).

Zitat: „Also wir machen so Einzelaktionen [einzelne Vorsorgeuntersuchungen; Anm. d. Autoren] stadtwweit und auch projektbezogen für die Beschäftigten, aber das dient in erster Linie dazu, das Thema, ja, bekannt zu machen und es in die Köpfe zu bekommen und die Kolleginnen und Kollegen für Gesundheit zu sensibilisieren.“

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten in ihren jeweiligen Stadtverwaltungen sind allen Interviewten bekannt bzw. werden zur Kenntnis genommen. Systematisch aufbereitet und intern verbreitet werden sie jedoch nur in einer kleinen Minderheit von vier Städten (Erfassung und Aufbereitung im Bereich Personal, Weiterleitung der Ämterbezogenen Ergebnisse an Ämter, Dienststellenleitung und Gesundheitsmanager, regelmäßige Veröffentlichung der Stadtweiten Ergebnisse in Form eines Gesundheitsberichtes bzw. -reports). In einigen weiteren Städten ist dieses Vorgehen darüber hinaus geplant, oder im Aufbau befindlich. In zwei der untersuchten Städte ist eine Weiterverwendung der im Personalbereich erfassten krankheitsbedingten Fehlzeiten aus Datenschutzgründen und auf Bestreben der dortigen Personalvertretungen verboten.

Zitat: „Würden wir gerne [mit AU-Daten arbeiten; Anm. d. Autoren], dürfen wir aber offiziell nicht. Das ist hier ein Konflikt im Land, zwischen Innenministerium und Hauptpersonalrat. Also, das ist wirklich, ich glaube, der dauert jetzt fünf/sechs Jahre schon. Also, es gibt hier so ein Programm, danach könnte man dann elektronisch alles Mögliche mit den Krankendaten machen und da bremst der Hauptpersonalrat zu Recht.“

Entsprechend stellen AU-Daten nur in wenigen Fällen (vier) eine handlungsleitende Grundlage dar (u. a. Reduktion der Fehlzeiten um einen gewissen Prozentsatz, Pflicht zu Meldung und Maßnahmeneinleitung bei Überschreitung des stadtwweiten Durchschnitts). In der Mehrheit wird die Verwendung von AU-Daten im Rahmen der BGF kritisch angesehen. So herrscht die Auffassung vor, dass Fehlzeiten lediglich „die Spitze des Eisbergs“ darstellten und dass ein Paradigmenwechsel weg von einer reinen Krankenstatistik und hin zu einer Gesundheitsstatistik erfolgen müsse, um der Gesundheit und Produktivität der Anwesenden mehr Beachtung schenken zu können.

Zitat: „...und diesen Blickwinkel finde ich viel interessanter. Also nicht mehr nur zu schauen auf Fehlzeiten, sondern zu gucken: Wie erhält man die Motivation der Motivierten? Da war mal so ein schönes Zitat eines Kollegen aus einem Verkehrsbetrieb, der gesagt hat: Keiner merkt, dass ich immer da bin. Also muss ich denn erst krank werden, damit man mir mehr Beachtung schenkt?“

Darüber hinaus stellen Fehlzeiten eine sehr sensible Thematik dar. So wird in aller Regel auf eine interne Veröffentlichung ämterbezogener AU-Daten verzichtet und werden die Ergebnisse stattdessen nur den jeweiligen Ämtern übermittelt

Zitat: „... das können wir nicht machen, weil der Amtsleiter, der ein schlechtes Ergebnis hat und das nicht ändern kann, oder vielleicht nicht gänzlich ändern kann, den verlieren wir womöglich, weil der fühlt sich ja bloßgestellt und der arbeitet nicht mehr mit.“

Schließlich werden vielfach methodische Schwierigkeiten angeführt (Vergleich zwischen Ämtern aufgrund einer mangelnden Berücksichtigung von Größe, Personalstruktur etc. unzulässig; insgesamt keine einheitliche Berechnung der Fehlzeiten durch die Kommunen bzw. mangelhafte Einhaltung der Vorgaben des Deutschen Städtetages).

Zitat: „Der Städtetag hat vor einigen Jahren konkrete Kriterien vorgegeben [für die Berechnung der AU-Daten; Anm. d. Autoren], die aber von den Kommunen teilweise nicht richtig umgesetzt werden. Das heißt, wenn die hohe Fehlzeiten haben – ich hab das so durch ein paar Telefonate festgestellt – dann geben die auf einmal zwar die Zahl der richtigen Tage an, aber nicht der Kalendertage wie es vorgeschrieben ist, sondern der Arbeitstage ... oder Manche geben dann Fehltage ab 42 Tagen nicht mehr an und das kann natürlich auch ganz schön reinhauen ... Der Städtetag hat ganz einheitliche Vorgaben, die einzelnen Kommunen handhaben es aber dennoch unterschiedlich. Nach meinem Eindruck so, wie es ihnen nutzt.“

Auch eine Bedarfsanalyse mit Hilfe von Mitarbeiterbefragungen ist unter den Interviewten sehr umstritten. So wurden in drei Städten eine oder mehrere verwaltungsweite Befragungen durchgeführt und soll dies auch in Zukunft regelmäßig erfolgen. Daneben gibt es eine relativ große Anzahl an Städten, die eine Befragung der Beschäftigten nur projektbezogen und in einzelnen Verwaltungseinheiten als sinnvoll erachtet. Schließlich gibt es einzelne Interviewpartner, die derlei Befragungen grundsätzlich ablehnen bzw. versuchen, diese möglichst zu vermeiden. Das Hauptargument ist hierbei die Unverhältnismäßigkeit des Aufwands einer Befragung. So würden über einen sehr langen Zeitraum für Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Mitarbeiterbefragung Ressourcen gebunden und würde dabei das eigentliche Ziel – die bedarfsorientierte Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen – zu kurz kommen.

Zitat: „Also ich mache nicht unbedingt immer eine Befragung. Das ist zu aufwendig, muss ich ehrlich sagen ... Ich muss ehrlich sagen, hier gab es mal so einen Haufen an Mitarbeiterbefragungen, aus jedem Bereich wollten die alles wissen ... das war nachher so viel, da hat man keine Lust mehr gehabt ... und deswegen versuche ich das, ehrlich gesagt, auch immer zu umgehen.“

Der hohe Aufwand würde dabei u. a. durch einen oft sehr langwierigen Abstimmungs- und Genehmigungsprozess des Fragebogens verursacht.

Zitat: „Da sind die im öffentlichen Dienst auch total pingelig. Da muss man immer erst den Personalrat fragen, der Verwaltungsvorstand muss dazu ja sagen. Also, es ist immer so ein bisschen kompliziert.“

Tenor aller Gespräche ist, dass es unbedingt zu vermeiden sei, auf eine Mitarbeiterbefragung keine Maßnahmen folgen zu lassen, da man so das Interesse und die Mitarbeit der Beschäftigten verlieren würde.

Zitat: „Wir machen Mitarbeiterbefragungen nur dann, wenn die einzelnen Bereiche auch finanzielle Mittel dafür haben, da irgendetwas draus zu machen. Weil es ist total frustrierend für Beschäftigte, wenn die sich da hinsetzen und so einen Fragebogen ausfüllen und dann passiert nichts mehr.“

Die eingesetzten Befragungsinstrumente sind zum Teil validierte Fragebögen aus der Wissenschaft und von Krankenkassen, oder werden zum Teil von den Gesundheitsmanagern selbst entwickelt.

Der Einsatz von Gesundheitszirkeln (und Workshops) stellt in den untersuchten Städten das am stärksten verbreitete Diagnoseinstrument dar. So hat jede Stadt schon einmal einen oder mehrere solcher Zirkel durchgeführt, entweder im Rahmen von Projekten (meist in Verbindung mit einer vorherigen Mitarbeiterbefragung), als isolierte Maßnahme, oder als dauerhafte Einrichtung in einzelnen Bereichen der Verwaltung.

Daneben wenden einzelne Städte im Rahmen ihrer Diagnostik zudem das Instrument der Arbeitssituationsanalyse an.

Problemstellungen für das BGM

Die in den Fragebögen genannten relevanten Problemstellungen im Rahmen des BGM sind vor allem Spannungen und Konflikte zwischen den Beschäftigten, Spannungen und Konflikte zwischen den Beschäftigten und Vorgesetzten, Muskel- und Skeletterkrankungen und Mobbing²².

Im Rahmen der Interviews stellten sich dabei die beiden erstgenannten Problemlagen als besonders relevant heraus.

Zitat: „... Es hat sich herausgestellt, dass wenn das Betriebsklima stimmt, das heißt, wenn der Vorgesetzte mit den Leuten gut umgehen kann, spielt es im Grunde keine Rolle, ob der jetzt einen tollen Stuhl hat, oder ein super Arbeitszimmer, oder sonst etwas. Das ist alles nachrangig ... damals hat es geheißen: 80 % der dienstlichen Probleme sind Beziehungsprobleme. Heutzutage sagt man sogar 90 %.“

So sei die Arbeit in vielen Fachbereichen und Ämtern gekennzeichnet durch Konflikte zwischen den Beschäftigten und ein schlechtes Betriebsklima, das u. a. durch eine heterogene Belegschaft verursacht würde und sich im Zuge von Personalabbau und Arbeitsverdichtung weiter verschlechtere.

²² Zur Bedeutung von Mobbing gab es unter den Interviewten jedoch auch einige kritische Stimmen (Zitat: „Da gilt ja schon jedes schiefe Gucken gleich als Mobbing.“).

Zitat: „Das Gleiche kann man aber auch sagen, was die Kollegialität betrifft, die Mitarbeiter unter sich. Wenn das da nicht stimmt, oder es da nicht funktioniert, dann drückt sich das auch ganz stark in Fehlzeiten aus. Ich habe gestern ein Gespräch mit einer Kollegin geführt, die seit fünf Monaten krank ist, bis hin zu sechs Wochen psychosomatischer Kur, mit einer ganz ausgeprägten Angststörung, tiefe Depression und nach wie vor in ambulanter Therapie, allein durch ... einen Konflikt mit einer Kollegin.“

Begegnet werde diesem Problem mit Angeboten in Coaching, Mediation und Teamentwicklung.

Hierbei werden zudem auch erste Hinweise auf das Betriebsklima bzw. die Unternehmenskultur sichtbar²³. Im Vergleich zu Problemstellungen bezogen auf das Netzwerk- oder Führungskapital gingen die Befragten jedoch seltener hierauf ein. Genannt wurde u. a. ein problematisches Betriebsklima, das in einzelnen Verwaltungsbereichen durch eine andauernd starke Personalfuktuation und einen mangelhaften sozialen Fit der Belegschaft verursacht würde (z. B. in den Jobcentern). Verwaltungsweit wurde diese Problematik auch in einer der untersuchten Städte aus den neuen Bundesländern beklagt, da in diesem Fall nach der Wiedervereinigung neue Mitarbeiter aus ganz Deutschland eingestellt worden seien und dies zu einer Durchmischung verschiedener Verwaltungskulturen geführt habe.

Zitat: „Denn wir haben eine Verwaltung, die zu einem Drittel bis zur Hälfte aus der ehemaligen DDR stammt ... Dann kommt ein Viertel aus Nordrhein-Westfalen ... Einige sind aus Berlin gekommen und einige sind jetzt neu nach der Wende ... Das heißt, wir haben jetzt eigentlich eine Zusammensetzung aus vier Prismen ... und das schafft auch eine Besonderheit, weil die Kulturen ganz unterschiedlich sind. Allein die nordrhein-westfälische Verwaltungskultur ist schlicht anders als die in West-Berlin ... Das heißt, jede Verwaltungskultur hat Traditionen und wenn die [die verschiedenen Verwaltungskulturen; Anm. d. Autoren] aufeinander treffen, ist nicht immer Konsens angesagt.“

Darüber hinaus wurden in zwei in der Studie berücksichtigten Stadtverwaltungen Defizite bei der Identifikation der Mitarbeiter mit ihrem Arbeitgeber beobachtet und daraus ein Handlungsbedarf abgeleitet. In einem weiteren Fall wurde, bedingt u. a. durch ein mangelndes Führungsverhalten der Verwaltungsführung und eine sehr desolante Haushaltslage, eine starke Orientierungslosigkeit in der gesamten Belegschaft moniert.

Von großer Bedeutung in den Gesprächen war der Aspekt Führungsverhalten bzw. -stil. Grundsätzlich sei dieses innerhalb einer Stadtverwaltung unterschiedlich ausgeprägt und gebe es so zum Teil Führungskräfte, die sich durch einen gesundheits- und mitarbeiterorientierten Führungsstil auszeichneten. Daneben gebe es jedoch eine relativ große Anzahl an Vorgesetzten, die schlechtes oder fehlendes Führungsverhalten aufwiesen

²³ Die übergeordnete Bedeutung dieser im Rahmen des Sozialkapitalkonzepts (s. o.) als Überzeugungs- und Wertekapital erfassten Aspekte konnte gerade erst empirisch bestätigt werden (vgl. Badura et al. (2008)).

(direktiver und wenig partizipativer und partnerschaftlicher Führungsstil; Beschränkung auf fachliche Aufgaben bei völliger Vernachlässigung von (Personal-) Führungsfunktionen).

Zitat: „Das ist ein ganz großer Faktor. Davon haben wir auch die ganze Palette bei der Stadt. Von Führungskräften, die wirklich vorbildlich sind, wo ich sage: Toll, so muss das eigentlich sein, bis hin zu Leuten, wo ich sage: Wie ist das eigentlich möglich, dass die im 21. Jahrhundert Führungskraft bei der Stadt sind.“

Zitat: „Die Führungskräfte sind das A und O.“

Dies habe dann zumeist einen sehr starken (negativen) Einfluss auf die Beschäftigten der jeweiligen Verwaltungseinheit und das Betriebsklima. Von einer einseitigen Zuweisung der Verantwortung an die Führungskräfte müsse jedoch abgesehen werden, da derlei Probleme sehr häufig aus einem Wechselspiel zwischen Beschäftigten und des jeweiligen Vorgesetzten entstünden.

Zitat: „... dass natürlich das Führungsverhalten an sich eine Auswirkung hat auf die Gesundheit von Mitarbeitern ... Die Praxis zeigt aber: Das wollen Führungskräfte ganz ungern hören ... hier kommt ein zweites Phänomen hinzu ... dass es eben problematische Mitarbeiter gibt, aus welchen Gründen auch immer. Deren Verhalten wiederum auf die Führungskraft wirkt und dadurch kommt es zu einer Dynamik, die häufig dann eskaliert ... das ist immer Beides, das ist nicht zu trennen.“

Vielmehr müsse auch beachtet werden, dass sich Mitarbeiter so von ihrer Verantwortung für bestehende Probleme befreien könnten. Insgesamt gelte es, Führungskräfte als durch die sehr umfassenden Reformprozesse in den Kommunen stark belastet anzusehen und sie stärker zu unterstützen.

Zitat: „Meiner Meinung nach ist es, nach nunmehr etlichen Jahren Erfahrung gerade in dem Bereich und nach etlichen Erfahrungen auch mit Führungskräftebildungen wichtiger, man muss Teams, Führungskräfte und Unternehmen wesentlich stärker begleiten.“

Vor diesem Hintergrund hat sich in den ausgewählten Städten eine sehr starke Sensibilität für diese Problematik gezeigt insofern, als bereits sehr unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt werden. So bietet jede Stadt im Rahmen ihres Fort- und Weiterbildungsprogramms spezielle Seminare für Führungskräfte an, in denen diese bezüglich mitarbeiter- und gesundheitsorientierter Führung geschult werden. Diese Schulungen müssen in einem Teil der untersuchten Städte zudem verpflichtend belegt werden. Darüber hinaus wird in einigen Fällen bei der Einstellung bzw. Beförderung von Führungspersonal Vorbildung bezüglich Führungsverhalten vorausgesetzt. In zwei der interviewten Städte müssen angehende Führungskräfte zudem eine gewisse Probezeit durchlaufen bzw. bekommen generell nur befristete Verträge, die, geknüpft an bestimmte Voraussetzungen, immer wieder neu verlängert werden müssen.

Zitat: „Der Vorteil ist, dass unsere Amtsleiter dafür freigestellt werden von allen fachlichen Aufgaben, das heißt sie sind wirklich für uns zu 100 % Führungskräfte. Deswegen auch auf Zeit, das heißt, wir behandeln sie, wenn Sie so wollen, wie Minister: Wir nehmen sie auf Zeit und sie können jedes Ressort leiten.“

Neben diesen betrieblichen Maßnahmen äußerten die Interviewten fast einhellig einen dringenden Reformbedarf bezüglich der universitären Ausbildung von Nachwuchsführungskräften.

Zitat: „Das wäre ganz wichtig. Diesen Aspekt vergesse ich immer. Aber das ist eigentlich das A und O. Weil ich habe das auch gerade von den Nachwuchskräften gehört – gut innerstädtisch werden die schon in die Richtung geschult – aber eben vom Studium her nicht. Da wird das total vernachlässigt, da ist das noch kein Thema. Und das ist ganz wichtig. Also, da müsste jetzt was von Ihrer Seite kommen, da wären Sie die Richtigen.“

Zitat: „Die müssen Pädagogik und Psychologie mit drin haben ... Das ist ja auch gar nicht böse gemeint, das würde der Führungskraft ja auch einfach helfen.“

Es sei klar, dass ein Führungsstil nicht an einer Hochschule erlernt werden könne, die grundlegenden theoretischen Zusammenhänge u. a. zwischen Führung und Gesundheit müssten jedoch unbedingt Bestandteil der Curricula werden.

Abgesehen von der zentralen Problematik des Führungsverhaltens konnten in den Interviews Fachgebiete identifiziert werden, die erstaunlich oft als problembehaftete Bereiche genannt wurden und mit denen entsprechend häufig Projektarbeit betrieben wurde. Das betrifft vor allem Jobcenter bzw. ARGEn (Arbeitsgemeinschaften), Jugendämter, Garten- und Tiefbauämter, Kindergärten und Kindertagesstätten, Feuerwehren und Ordnungsämter. Die Ursachen für das vermehrte Auftreten von Problemen in diesen Bereichen wurden im Rahmen der Studie nicht ermittelt. Schließlich werden zunehmend Aktivitäten auf die Gruppe der Auszubildenden ausgerichtet, um so möglichst früh Grundlagen für ein gesundheitsorientiertes Verhalten zu legen.

Planung

Analog zum oben beschriebenen weiten Einsatz von Gesundheitszirkeln (bzw. Workshops) stellen diese in den interviewten Städten auch den zentralen Rahmen dar, in dem – zumeist unter Moderation der jeweils für BGF zuständigen Person – Maßnahmen der BGF erarbeitet und diskutiert werden. Die so entwickelten Maßnahmenvorschläge werden anschließend in der Projektleitungsgruppe bzw. bei keinem Projektbezug direkt mit dem Bereichsleiter beschlossen oder fallen gelassen. Der vor Ort für BGF zuständige Gesundheitsmanager begleitet mehrheitlich diesen Prozess und lässt eigene Erfahrungen und/ oder Erfahrungen anderer Städte einfließen. Entsprechende wissenschaftliche Literatur wird hierbei so gut wie nie zu Rate gezogen und wird zudem häufig als zu wenig praxisorientiert kritisiert.

Zitat: „Also da muss man leider Gottes sagen, dass das in der Literatur ziemlich zu kurz kommt ... es ist alles sehr wissenschaftlich. Ich würde jetzt sogar schon fast so weit gehen zu sagen, dass es nicht wirklich praxisorientiert ist, weil ich habe in noch keinem Vortrag, oder in wenigen Vorträgen wirklich gehört: Wie gehe ich damit um, wenn die Belastung ist, keine Ahnung, fehlende Personalführung oder Fehlerkultur.“

Insgesamt gesehen erfolgt die Planung von Maßnahmen relativ stark problemorientiert und konkret (Einrichtung eines Kurses für Rückengymnastik, Organisation eines Seminars zu Stressbewältigung etc.).

Durchführung von Maßnahmen

In den Interviews ergab sich ein sehr buntes Bild an Maßnahmen, die in den untersuchten Städten bereits durchgeführt wurden. Um dieses ein wenig strukturieren zu können, wurden die Interviewten gebeten, die Maßnahmen anhand einer Matrix zu gliedern (vgl. Abb. 4). Die Klassifizierung der vollzogenen Maßnahmen erfolgte anhand der beiden Achsen personen- vs. organisationsbezogen und salutogenetisch vs. pathogenetisch orientiert.

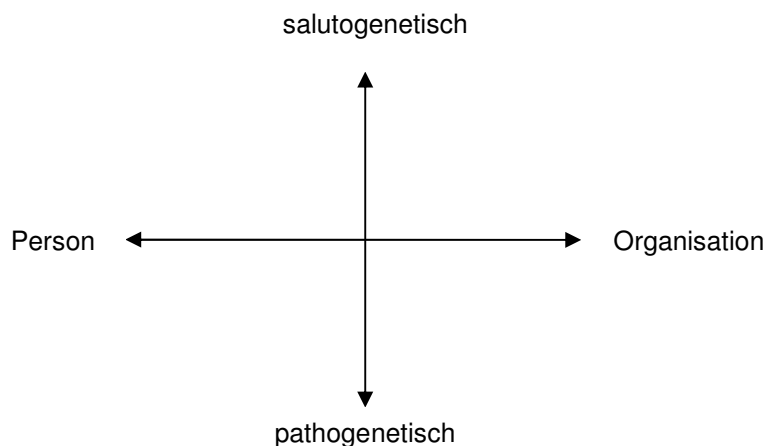


Abb. 4: Matrix zur Klassifizierung der durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der BGF.

Alle Interviewpartner gaben hierbei an, dass grundsätzlich zu allen vier Quadranten bereits Maßnahmen durchgeführt worden seien und nannten entsprechende Beispiele. So lässt sich unbestritten festhalten, dass alle der untersuchten Städte ein zum Teil sehr umfangreiches Angebot im Bereich der Verhaltensprävention vorhalten (vor allem Bewegung bzw. Betriebssport, Massageangebote, Rückentraining, Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung). Daneben existiert zumeist ein sehr großes Angebot an Schulungen und Fortbildungen, häufig im Rahmen eines eigenen Fortbildungszentrums bzw. der Personalentwicklung (fachliche Weiterbildungen, Arbeitstechniken wie Zeitmanagement

etc.). Bezogen auf die Organisation und die Verhütung von Krankheit ist eine erstaunlich starke Sensibilität für das Thema Mobbing gegeben. So existieren teilweise eigene Gremien und Dienstvereinbarungen zum Umgang mit der Problematik. Parallel dazu gibt es in der großen Mehrheit der interviewten Städte Ansätze eines Konfliktmanagements (Coaching, Mediation, Einzelgespräche). Im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Organisationsbedingungen werden Seminare für Führungskräfte (s. u.) und Teamentwicklungsmaßnahmen angeboten. Zusammenfassend betrachtet lässt sich jedoch festhalten, dass insgesamt ein Schwerpunkt auf verhaltensorientierten Maßnahmen liegt. Den Interviewten ist in der überwiegenden Mehrheit zwar die übergeordnete Bedeutung verhältnisorientierter Maßnahmen bewusst, ihnen ist es aufgrund von starken Widerständen und ihrer eher geringen Einflussmöglichkeiten jedoch nur begrenzt möglich, Veränderungen an Organisationsstrukturen und –abläufen herbeizuführen.

Zitat: „Organisationstechnisch sind wir irgendwie außen vor. Es ist schon so eher auf die Einzelperson ausgerichtet.“

Zitat: „Umsetzbar ist natürlich aus meinem Gefühl heraus eher die Verhaltensprävention, weil Verhältnisse zu ändern viel schwieriger ist. Vieles kann ich gar nicht ändern ... manchmal liegt die Ursache wirklich in der Arbeitsaufgabe, die kann ich so gut wie gar nicht ändern. Ich kann auch, wenn die Personaldecke immer dünner wird, keine Mitarbeiter zaubern.“

In diesem Zusammenhang soll auf einen interessanten Nebenbefund aus den Interviews hingewiesen werden. So wurde dem Angebot verhaltens- und vor allem bewegungsorientierter Maßnahmen fast einheitlich eine große Bedeutung bezogen auf die Beschäftigten zugewiesen. Mit Hilfe von Maßnahmen dieser Art würde zum Einen auf Seiten der Mitarbeiter der Eindruck entstehen, dass bezogen auf BGF „etwas gemacht wird“, zumal es mehrheitlich das ist, was sie unter Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung verstehen und es somit auch das ist, was sie bezüglich der BGF erwarten.

Zitat: „Das [Angebot bewegungsorientierter Maßnahmen; Anm. d. Autoren] habe ich zu Anfang unterschätzt. Ich habe mir immer gedacht: So was ist mir unwichtig. Machen wir aber auch. Also, viele Beschäftigte nehmen nur das war und sagen: Ah, ist ja toll, dass es das gibt. Also, das ist für die Gesundheitsmanagement.“

Zitat: „Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, man kann nicht theoretisch Gesundheitsförderung machen.“

Zum Anderen erführen viele Beschäftigte ein solches Angebot und seine teilweise Finanzierung als Wertschätzung durch den Arbeitgeber. Darüber hinaus verbessere eine Teilnahme die Beziehungen und die Kommunikation innerhalb der Belegschaft.

Zitat: „Das haben mir ganz Viele erzählt, dass das wirklich auch noch diesen nachhaltigen Effekt hat, dass man einfach ein bisschen mehr kommuniziert.“

Zitat: „... es fördert das Wir-Gefühl, also die Kommunikation zwischen den Leuten wird angeregt, man lernt sich kennen.“

An der Durchführung der verschiedenen Maßnahmen beteiligt sind in der Regel die Mitarbeiter, der Leiter der entsprechenden Verwaltungseinheit und die für BGF zuständige Person. Externe Prozessbegleiter aus der Wissenschaft oder von den Krankenkassen sind zumeist nur zu Beginn der Aktivitäten involviert.

Evaluation

Entsprechend des breiten Einsatzes von Gesundheitszirkeln (und Workshops) in den untersuchten Städten erfolgt eine Bewertung der Zielerreichung von Maßnahmen der BGF am häufigsten in Form einer abschließenden Sitzung eines Gesundheitszirkels (bzw. Workshops). Diejenigen Städte, die im Rahmen der Diagnostik zudem auch Mitarbeiterbefragungen einsetzen, organisieren zumeist eine zweite Befragung nach Beendigung des Projekts und einem gewissen zeitlichen Nachlauf, um so anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs die bewirkten Veränderungen zu erfassen. In lediglich zwei Städten erfolgt ein erneuter Abgleich der krankheitsbedingten Fehlzeiten. Eine Bewertung der angebotenen verhaltensorientierten Angebote findet hingegen in allen interviewten Städten statt (meist in Form eines Feedbacks bezüglich der externen Leitung). Eine datengestützte Ergebnisevaluation wird somit nur in einigen wenigen Fällen angewendet.

Zitat: „Wir wären aber dankbar, wenn von Ihnen uns auch Daten oder Vorschläge zu Daten kommen würden, die wir in irgendeiner Weise verwenden können oder sollten. Das wird aber jeder sein, sprich dankbar sein, wenn Sie ihm das an die Hand geben können, weil das noch so das Defizit ist. Es bleibt auf dieser weichen Ebene und qualitativ ... dass man am Ende sagen kann: Ja, es hat sich für die Beschäftigten etwas verbessert.“

Zitat: „Es ist jetzt noch so ein Thema, das einfach zu weich besetzt ist. Und mein Ziel wird es auch sein, ... Zahlen zu hinterlegen, weil nur die dann auch wirklich weiterbringen. Weil ohne Zahlen und nur mit einer 10-seitigen Prosa brauche ich nicht in den Gemeinderat.“

Dies ist auf der Basis einer wenig datenbasierten Diagnostik zudem auch nur schwer möglich. Die Bewertung von Maßnahmen im Rahmen der BGF ist über die gesamte Verwaltung gesehen immer unterschiedlich. Neben einzelnen misslungenen und teilweise auch abgebrochenen Projekten ist die Resonanz der Beteiligten – nach Aussage der Interviewten – insgesamt jedoch positiv. Bezüglich der Bewertung durch die unterschiedlichen an den Projekten beteiligten Gruppen lässt sich beobachten, dass Führungskräfte die durchgeführten Maßnahmen und deren Wirkungen tendenziell besser bewerten.

Zitat: „Würde ich auch so sehen, weil die Mitarbeiter auch nicht immer wissen, was alles getan wird und es längere Zeit dauert, bis es vor Ort bekannt ist, bis man es gemerkt hat, auch wenn man später einen Vortrag macht. Gerade in dem Bereich von solchen immateriellen Sachen.“

Qualitätsbewertung

Die Beantwortung dieser Frage fällt in allen 19 Städten einheitlich aus: Keine der interviewten Städte unterzieht seine BGF einer regelmäßigen, formellen und strukturierten Bewertung seiner Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Diese Bewertung sollte anhand von existierenden Qualitätsstandards der betrieblichen Gesundheitspolitik erfolgen, wie sie u. a. im zweiten Kapitel dieses Berichts beschrieben werden. Eine (informelle) Reflexion, Diskussion und Veränderung der im Rahmen der BGF jeweils gegebenen Strukturen und Prozesse findet in mehr oder weniger starkem Ausmaß statt.

Vernetzung

Wie bereits oben beschrieben verfügen die Interviewten nur über einzelne Kontakte zu anderen Städten bzw. den dortigen Gesundheitsmanagern. Anhand dieser (begrenzten) Kontakte ergibt sich jedoch ein relativ einheitliches Bild. So haben – nach Aussage der Interviewpartnerinnen – vor allem Groß- und Landeshauptstädte bereits BGF eingerichtet bzw. führen entsprechende Maßnahmen durch.

Zitat: „Sagen wir’s mal so: Die Hauptstädte packen es an ... das heißt, an den Hauptstädten kommt der Prozess nicht vorbei. Das sind aber auch die, die die größeren Verwaltungen haben und die, die auch gleichzeitig als Hauptstädte öfters in die Pflicht genommen werden vom Land ... da werden die Hauptstädte gerne als Leuchtturmstädte genommen.“

Auch in kleineren Städten und Kommunen zeichnet sich – vor dem Hintergrund der demographischen Alterung – eine zunehmende Sensibilität ab, wobei sich dies jedoch bisher auf eine Anerkennung der Bedeutung und des Potentials von BGF und erste Anfänge beschränkt.

Zitat: „Um es ganz kurz zu formulieren: Mühsam ernährt sich das Eichhörnchen. Also, mein Eindruck ist der, dass relativ viele Kommunen das Thema für sich als Thema entdeckt haben ... aber auf der Handlungsebene Null.“

Zitat: „Also, ich habe schon den Eindruck, dass nach und nach doch in vielen Kommunen erkannt worden ist: Wir müssen da was tun. Und in den Personalabteilungen da halt auch Leute was angefangen haben.“

Zukunft

Nach Aussage der Interviewten lassen sich die zentralen Herausforderungen der untersuchten Kommunalverwaltungen wie folgt charakterisieren. Die tiefgreifenden

Veränderungen im Zuge der Verwaltungsreform²⁴ haben in fast ausnahmslos allen Bereichen der kommunalen Verwaltung zu einem Mehr an Verantwortung, Flexibilität und Komplexität der Arbeit geführt. Daneben muss die Arbeit aufgrund des eigenen Anspruchsdenkens und des Anspruchsdenkens der Öffentlichkeit („modernes Dienstleistungsunternehmen“, „Bürger- und Serviceorientierung“ etc.) schneller und qualitativ besser erfolgen²⁵. Da zudem in jeder der 19 untersuchten Städte in nicht unerheblichem Maße Stellen abgebaut wurden²⁶, kann für das gesamte Sample eine faktische Arbeitsverdichtung konstatiert werden. Diese Arbeitsverdichtung trifft in allen an der Studie beteiligten Städten auf eine überdurchschnittlich stark alternde Belegschaft (mit einem sehr hohen Anteil an Schwerbehinderten).

Vor diesem Hintergrund wird BGF in vielen der ausgewählten Städte als hilfreich und positiv angesehen und hat es eine gesicherte Stellung innerhalb der Stadtverwaltung. In einigen wenigen Städten hat es jedoch – vor allem aufgrund einer desolaten Haushaltslage und der Tatsache, dass BGF keine gesetzliche Pflichtaufgabe für Kommunen darstellt – eine wenig zukunftssträchtige Position.

Zitat: „Aber ich bin auch der Meinung, dass eigentlich in Kommunen, die so hoch verschuldet sind, Betriebliches Gesundheitsmanagement keine richtige Chance hat ... und es steht und fällt nun mal ganz viel mit dem Geld.“

Zitat: „Also eigentlich bin ich optimistisch, aber klar, ich weiß auch, dass im Zweifelsfall, wenn irgendwie wieder mal ein Bankenskandal oder sonst etwas passiert, dann wird in solchen Bereichen [BGF; Anm. d. Autoren] gekürzt.“

Zitat: „Momentan ist das, was wir tun [BGF; Anm. d. Autoren], nicht gewollt. Von der Führungsspitze interessiert sich niemand ... es kann auch ganz schnell sein, dass sie [die aktuelle Oberbürgermeisterin; Anm. d. Autoren] nächste Woche sagt: Das hat sich jetzt erledigt.“

In einem Fall wurde auch durch den Interviewpartner bzw. Gesundheitsmanager selbst kritisch hinterfragt, inwieweit eine Betriebliche Gesundheitsförderung angesichts ihrer gegebenen Ausstattung überhaupt einen relevanten Einfluss auf Herausforderungen dieser Größenordnung ausüben könne.

Zitat: „Wenn man sich der Grenzen von Anfang an bewusst ist, dann kann das trotzdem super gelingen. Man kann nicht ein Paradies schaffen, das ist einmal klar. Und da muss man halt die Abstriche von Anfang an machen. Das heißt, ich bin in einer öffentlichen Verwaltung immer sehr an das Dienstrecht gebunden, ich muss die demographische Entwicklung mit einbeziehen, habe aber nur geringe Möglichkeiten, etwas dafür oder dagegen zu tun und habe auch Begrenzungen was das Haushaltsmäßige angeht.“

²⁴ In vielen der an der Studie beteiligten Städte erfolgte diese nicht entlang eines einheitlichen Prozesses, sondern in mehreren Reformwellen.

²⁵ Mehrere Interviewte berichten von Anfragen aus dem Gemeinde- bzw. Stadtrat aufgrund von Bürgerbeschwerden über zu lange Bearbeitungszeiten.

²⁶ Der Abbau von Stellen – vor allem durch Einstellungsstopp und fehlende Neubesetzung von durch Verrentung frei werdender Stellen – ist im Sinne einer „Verschlankung“ und Entbürokratisierung im Zuge der Verwaltungsreform zum Teil gewollt, zum Teil durch die Haushaltslage diktiert.

Als entscheidend wird hierbei die Unterstützung der Verwaltungs- und insbesondere der politischen Leitung (Gemeinde- oder Stadtrat) für die BGF angesehen („sine qua non“). Eine kritische Rolle spielt hierbei der jeweilige (Ober-) Bürgermeister. Ein (Ober-) Bürgermeister erhält sein zeitlich befristetes Mandat durch Wahlen und er ist somit primär von diesen abhängig. Diese Tatsache führt in einigen der untersuchten Städte dazu, dass die Befragten eine relativ starke Außenorientierung des (Ober-) Bürgermeisters und ein kurzfristig orientiertes Handeln beklagen.

Zitat: „Das Schlimme ist ja, es wird ja nicht nur von Haushaltsjahr zu Haushaltsjahr gedacht, sondern von Wahlperiode zu Wahlperiode. Und das bestimmt hier die Entscheidungen in der Stadtverwaltung. Kein OB denkt darüber nach, ob wir in 20 Jahren dann einen vollkommenen Fachkräftemangel hier haben werden ... das interessiert den im Moment, glaub ich, gar nicht, aber die nächste Wahl, die interessiert den.“

In der Folge bezweifeln viele der Interviewten, dass eine wirklich glaubhafte Unterstützung für BGM bzw. BGF seitens der Verwaltungsleitung gegeben ist.

Zitat: „Das sind zum Teil ganz kleine Sachbearbeiter. Die werden nicht ernst genommen. Also, wenn da eine ganz kleine Sachbearbeiterin, die da ihr absolut fitzeliges Gebiet hat in ihrer Behörde, plötzlich auch noch Gesundheitskoordinatorin nebenbei irgendwie, ohne zeitliche Quantifizierung machen soll und die soll da ein Gespräch führen mit irgendeinem Vorgesetzten ... das ist Feigenblatt ... das ist alles möglich. Die können dann sagen: Ja, wir haben hier ja einen Zuständigen. Aber es läuft nichts.“

Zitat: „Also, ich habe manchmal das Gefühl, ich bin so ein bisschen auch der Vorzeigehänsel. Dann schicken sie dich zu einer Konferenz und du sollst einen kleinen Vortrag halten. So nach dem Motto: Wir leisten uns hier auch einen ... ich habe da immer so das Gefühl, dass das auch immer so ein bisschen Show-Veranstaltung ist.“

Auch die Personalräte spielen eine wichtige Rolle u. a. weil zu Beginn meist eine starke Skepsis auf Seiten der Mitarbeiter besteht, die durch ein Einbeziehen der Personalvertretung verringert wird. Eine Unterstützung der Personalräte ist jedoch nicht so selbstverständlich wie es anhand der gegebenen Interessenüberschneidungen erscheinen mag. So berichten einzelne Interviewte von Zurückhaltung oder sogar Widerstand seitens der Personalvertretung. Als mögliche Ursachen wurden ein Konkurrenzdenken und ein gewisser Zwang zur Profilierung auf Seiten des Personalrats angegeben.

Zitat: „Also wir haben den Eindruck, dass es seit der Änderung des Personalvertretungsgesetzes wirklich eine Verschlechterung in der Zusammenarbeit gegeben hat. Weil der Personalrat ja so ein bisschen ein zahnlöser Tiger geworden ist ... und jetzt suchen die, da sie ja wenig Möglichkeiten haben, mitzubestimmen, Felder, wo sie dann Fässer aufmachen, wo es gar nicht notwendig ist ... man hat uns in der Vergangenheit eigentlich immer unterstützt ... das war eigentlich immer so, dass wir neben der Betriebsärztin als Erstes mit den Personalräten gesprochen haben, wenn es um Abstimmungen ging.“

Zitat: „Warum das so ist, das weiß ich nicht und wir haben da intern schon oft drüber gesprochen. Es kann wirklich nur so sein, dass früher der Personalrat die Anlaufstelle war für alle Probleme. Und jetzt plötzlich gibt es da eine andere Anlaufstelle ... Das heißt auf der einen Seite werden sie beschnitten in ihren Aufgaben, in ihren Kompetenzen und auf der anderen

Seite haben sie jetzt plötzlich auch noch einen Konkurrenten von dem Personenkreis, der sie vorher alleine als deren Retter gehabt hat.“

Insgesamt gesehen schätzt die Mehrzahl der Interviewten die Zukunftsperspektive für BGF in ihrer jeweiligen Stadtverwaltung entsprechend als relativ sicher ein insofern, als der gegebene Status quo mit großer Wahrscheinlichkeit beibehalten wird. Eine Aufstockung des existierenden Status bzw. Niveaus wird jedoch als eher unrealistisch angesehen. In zwei der untersuchten Städte herrschte, wie bereits oben angedeutet, darüber hinaus zum Zeitpunkt des Interviews völlige Unsicherheit bezüglich des Fortbestands der BGF.

Abschlussfrage

Auf die abschließende Frage nach den ganz persönlichen Wünschen der interviewten Gesundheitsmanager für die Zukunft ihrer jeweiligen BGF ergaben sich drei zentrale Anliegen. So wurde beinahe einstimmig eine bessere Ausstattung mit räumlichen, finanziellen und vor allem personellen Ressourcen gefordert, wobei man sich auch überall bewusst war, dass vor dem aktuellen Hintergrund entsprechende Vorstöße illusorisch seien.

Zitat: „Fördern würde das Ganze mehr Geld, ein größeres Budget ... und man braucht dann schon auch noch ein bisschen mehr Personal, es wäre also auch schon besser, wenn man wenigstens zu zweit wäre.“

Daneben wurde sehr häufig eine verbesserte – vor allem dauerhafte und systematische – Kooperation und Vernetzung mit den relevanten internen Akteuren genannt.

Zitat: „Also, meine ganz persönliche Wunschvorstellung wäre: Dass das Thema, wie gerade angedeutet, zusammengeführt wird mit Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit bei uns. In eine etwas größere Referatsabteilung und das wir zumindest etwas mehr Manpower bekommen dafür, als es jetzt der Fall ist.“

Schließlich wurde von allen Interviewten der Wunsch geäußert, dass es innerhalb ihrer jeweiligen Verwaltung ein größeres Verständnis für BGF bzw. ihrer Bedeutung und ihres Potentials gäbe und es deshalb keiner weiteren andauernden Rechtfertigung bedürfe.

Zitat: „Dass so in der Stadtverwaltung einfach richtig gut implementiert ist, was es [die BGF; Anm. d. Autoren] bringt und die Akzeptanz einfach ne sehr große ist.“

Auf dieser Basis solle BGF dann für jeden Mitarbeiter und jede Führungskraft eine Selbstverständlichkeit darstellen und so auch unabhängig von einzelnen Personen (Promotoren) gelebt werden.

Zitat: „Dass es das Thema in fünf Jahren nicht mehr braucht, weil es dann ein selbstverständlicher Teil des Führungshandelns ist.“

Zitat: „Dass dann die Entwicklung wirklich in die Richtung geht, dass wir uns glaubhaft realisieren, also, dass es nicht nur ein Bühnenstück wird, sondern es gelebtes Modell wird ... dass es keine Sondernummer mehr ist ... es muss dann unabhängig von einzelnen Personen selbstverständlich sein.“

Zwei Interviewpartner wünschen sich darüber hinaus eine Berücksichtigung von Aspekten der BGF bei allem Handeln in ihren Stadtverwaltungen.

Zitat: „Es sollte trotz mangelnder rechtlicher Befugnisse eine Selbstverständlichkeit werden, dass in allen Entscheidungen, die auch nur am Rande die Gesundheit der Beschäftigten betreffen, wir eingeschaltet werden, also das BGF eingeschaltet wird.“

Zitat: „Das Ideal wäre, so als hehres Ziel, ... dass Gesundheit immer mitgedacht wird bei allen Maßnahmen.“

Im sich nun anschließenden Kapitel werden die Kritikpunkte und Empfehlungen der Befragten noch einmal gesondert aufgeführt.

Kritik und Empfehlungen der Interviewten

Die im Rahmen der Studie befragten Interviewpartner stellen ausnahmslos Personen dar, deren Funktion in ihrer Stadtverwaltung im Themenfeld BGF liegt und die dort wiederum hauptverantwortlich für die Planung, Steuerung und Durchführung der entsprechenden Maßnahmen sind. Zudem üben sie diese Funktion in der überwiegenden Mehrheit bereits seit mehreren Jahren aus. Die Interviewten können somit als Experten bezüglich der Thematik BGF in Kommunalverwaltungen erachtet werden und es erscheint daher sowohl lohnenswert, als auch notwendig, die in den Interviews genannten Kritikpunkte und Empfehlungen noch einmal gesondert darzustellen. Dabei sind zum Einen die von den Interviewpartnern im Rahmen ihrer Arbeit in der Vergangenheit und aktuell erfahrenen Mängel von Interesse und zum Anderen die anhand dieser Mängel oder anhand positiver Erfahrungen abgeleiteten Empfehlungen für die Gestaltung von BGF in Kommunalverwaltungen.

Im Folgenden werden nur die von den Befragten am häufigsten genannten Kritikpunkte und Empfehlungen noch einmal aufgeführt. Angegeben wird dabei auch die Häufigkeit der jeweiligen Nennung (in Klammern).

Unterstützung durch Verwaltungsführung und Personalvertretung (betriebliche Gesundheitspolitik)

Die Unterstützung der BGF durch die Verwaltungsführung wird von einer Mehrheit der Befragten (15) als der entscheidende Erfolgsfaktor für BGF angesehen. Neben des jeweiligen Gemeinderates und der zweiten Führungsebene (Amts- oder Fachbereichsleiter) sei hierbei vor allem der (Ober-) Bürgermeister entscheidend. Ein Mangel bezüglich dieser Unterstützung wird in einigen Fällen beklagt (6). Hierbei wird zum einen die politische Abhängigkeit bemängelt, die u. a. dazu führen könne, dass die BGF als gesetzlich nicht vorgeschriebene Leistung der Kommunen durch einen politischen Entschluss gestrichen werden könne. Zum anderen sei eine Unterstützung des (Ober-) Bürgermeisters häufig nicht gegeben, da dieser zu kurzfristig und zu stark nach außen orientiert sei.

Eine Unterstützung der BGF durch die Personalvertretung wird ebenfalls in einigen Fällen als wichtig erachtet (8). Dabei wird von einzelnen Interviewpartnern jedoch eine problembehaftete Beziehung zum Personalrat beklagt (5). So sähe der Personalrat in diesen Fällen BGF als Konkurrenz an und entsage er einzelnen Vorhaben seine Unterstützung. Die entsprechenden Interviewten nennen als mögliche Ursache eine zunehmende Beschneidung

der Kompetenzen der Personalvertretung, in deren Folge ein Profilierungsdruck auf dem Personalrat laste.

Schriftliche Rahmenbedingungen

Die Mehrheit (15) der im Rahmen der Studie interviewten Kommunalverwaltungen handelt im Rahmen der BGF auf der Basis einer verbindlichen schriftlichen Grundlage bzw. plant eine solche. Für einige der Interviewpartner (4) stellt diese schriftliche Vereinbarung aufgrund der dadurch gegebenen verbindlichen Unterstützung von Gemeinderat und/oder Dienststellenleitung und Personalrat für BGF ein unabdingbares Fundament des eigenen Handelns dar. Gerade bei anfänglichen Widerständen könne man sich immer wieder auf diese schriftliche Grundlage beziehen. Zwei der Interviewpartner weisen zudem darauf hin, dass eine verbindliche, schriftliche Rahmenbedingung erst nach einiger Erfahrung abgeschlossen werden und/oder kontinuierlich den Gegebenheiten angepasst werden solle, da sie die Strukturen und Prozesse in der BGF sehr stark präge bzw. festschreibe.

Gremien

In knapp der Hälfte (8) der in die Studie einbezogenen Städte beklagen die Interviewten ein Steuerungsgremium, dessen Funktion lediglich darin bestehe, die Mitglieder über die Aktivitäten der BGF zu informieren und größere Vorhaben der für BGF zuständigen Person zu genehmigen. Diese Konstellation wird jedoch zum Teil (3) insofern als förderlich angesehen, als die eigenen Aktivitäten nach dem Beschluss durch das Steuerungsgremium eine höhere Legitimität und Autorität besäßen.

Diagnostik

Die Berücksichtigung von Arbeitsunfähigkeitsdaten im Rahmen der Diagnose ist innerhalb der in der Studie berücksichtigten Städte umstritten. So handele es sich um sensible Daten, mit denen sehr vorsichtig umgegangen werden müsse und sei es eher kontraproduktiv, einzelnen Verwaltungseinheiten, die hohe Fehlzeiten hätten, diese vorzuhalten (6). Zudem sei ihre Erfassung und vor allem ihr Heranziehen zu Vergleichszwecken methodisch nicht immer einwandfrei (2). Darüber hinaus wurde in einigen Fällen (6) im Sinne einer verstärkten Berücksichtigung der anwesenden Mitarbeiter bzw. der Problematik des Präsentismus eine vorrangige Orientierung an Arbeitsunfähigkeitsdaten abgelehnt.

Der Einsatz von Mitarbeiterbefragungen in der Diagnostik war unter den Interviewten ebenfalls umstritten. Während diese in einigen Fällen (5) regelmäßig – teilweise auch verwaltungsweit – durchgeführt werden, werden Mitarbeiterbefragungen in einigen Stadtverwaltungen (4) strikt abgelehnt, da der Aufwand, gemessen am Nutzen, unverhältnismäßig sei. Relativ einig waren sich die Interviewten bezüglich der Erkenntnis, dass auf eine Befragung Maßnahmen zu erfolgen haben, um so die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit von BGF zu bewahren (11).

Personelle Ressourcen und Qualifikation

Eine Mehrheit der Interviewten (13) beklagt eine nicht ausreichende Ausstattung mit personellen Ressourcen. Dieser Mangel bezieht sich dabei sowohl auf fachlich ausgebildetes Personal, als auch auf unterstützende Mitarbeiter (Sekretärtätigkeiten, Pflege der internen und externen Kommunikation etc.). Vier Interviewte monieren darüber hinaus eine grundsätzlich mangelhafte Qualifikation der in den deutschen Kommunen für BGF zuständigen Personen. Zusammen mit einer unzureichenden Ausstattung mit personellen Ressourcen werde BGF so nicht wirklich ernsthaft betrieben.

Finanzielle Ressourcen

Daneben wünschen sich die Interviewpartner mehrheitlich mehr finanzielle Ressourcen (12). Dazu sollte bemerkt werden, dass viele der Befragten zwar die vorhandenen finanziellen Ressourcen als ausreichend erachten, um im Rahmen der BGF tätig zu werden, dass aber eben auch eine Mehrheit der Interviewten – die genannten 12 – bei der Frage nach der eigenen Wunschvorstellung für die Zukunft der BGF u. a. eine Erhöhung der finanziellen Mittel angeben. Das Vorhandensein eines eigenen Budgets wird von einigen Interviewpartnern (5) im Sinne einer verbesserten Handlungs- und Planungssicherheit als förderlich empfunden. Ein kontinuierliches Bemühen um externe finanzielle Mittel bewirkt in einigen Fällen (3) eine positive Resonanz und ein gesteigertes Ansehen der BGF in der Stadtverwaltung.

Interne Kooperation und Kommunikation

Die Zusammenarbeit mit den relevanten internen Akteuren BEM, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Personal- und Organisationsentwicklung, Personalberatung und Personalvertretung wird von einer Mehrheit der Befragten (12) als verbesserungswürdig kritisiert. Beklagt wird ein zumeist noch fehlendes Verständnis von

BGF und in der Folge Unwissenheit darüber, dass möglichst eine Vernetzung und Zusammenarbeit der BGF mit den genannten internen Akteuren erfolgen sollte.

Eine interne Kommunikation der BGF bzw. der im Rahmen der BGF durchgeführten Aktivitäten und Maßnahmen erachten die Mehrheit der Befragten (11) als sinnvoll und notwendig. Die Information über Intranet, Mitarbeiterzeitung, Personalversammlungen, Gesundheitstage, News-Flyer etc. helfe zu Beginn dabei, das Thema bekannt zu machen, gewährleiste in der Folge Transparenz über das Handeln im Rahmen der BGF, liefere aktuelle Informationen und Tipps und steigere im Sinne eines internen Marketing die Akzeptanz für BGF.

Externe Kooperation

Wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben, erfolgt in den an der Studie beteiligten Stadtverwaltungen eine externe Kooperation vor allem mit den gesetzlichen Krankenkassen. Dabei hat jedoch etwas mehr als die Hälfte der Befragten (11) zum Teil negative Erfahrungen gemacht und äußert Kritik an dieser Form der Kooperation²⁷. Diese Kritik bezieht sich u. a. auf eine häufig nur mittelmäßige fachliche Qualifikation, eine teilweise sehr problematische Zusammenarbeit mit weiteren externen Partnern und eine häufig fachlich unangemessene und langsame Vorgehensweise.

Verhältnisorientierte Maßnahmen

Im Rahmen der Frage nach den in den Städten bereits durchgeführten Maßnahmen der BGF vertraten die Interviewten mehrheitlich (15) die Auffassung, dass verhältnisorientierte Maßnahmen vorrangig vor verhaltensorientierten Maßnahmen durchzuführen seien. Insgesamt war diese Grundeinstellung in den meisten Fällen jedoch nur schwer in die Praxis umzusetzen und führten viele der Befragten (7) dies auf nicht ausreichende Einflussmöglichkeiten zurück.

Verhaltensorientierte Maßnahmen

Wie bereits oben beschrieben (s. 4.1) bewerteten die Befragten das Angebot verhaltensorientierter Maßnahmen (Bewegung, Ernährung, Entspannung, Arbeitstechniken etc.) mehrheitlich als sehr wichtig, da es die Beschäftigten als Wertschätzung empfänden, da

²⁷ Eine Beteiligung der Krankenkassen beim Aufbau von BGF bewerten die Befragten fast ausnahmslos als hilfreich (s. u.).

die Angebote die Kommunikation und das Zusammengehörigkeitsgefühl der Mitarbeiter untereinander fördere und da es zumeist das sei, was die Beschäftigten mit BGF verbänden (12). Wichtig sei es dabei zudem, dass die Beschäftigten in Form von (finanziellen) Ermäßigungen oder der (teilweisen) Anerkennung der Teilnahme als Arbeitszeit zu einer Teilnahme motiviert würden, ihnen aber dennoch eine gewisse Eigenbeteiligung abverlangt werde (12).

Führungskapital

Die zentrale Problemstellung für BGF ist nach Aussage der Interviewten das mangelhafte Führungsverhalten in den jeweiligen Kommunalverwaltungen (19). So beklagten die Mitarbeiter vielerorts einen noch sehr patriarchalischen Führungsstil und eine unzureichende Information und Kommunikation ihres Vorgesetzten. Nur in wenigen Fällen (4) wird diese alleinige Verantwortung der Führungskräfte relativiert und stattdessen eine negativ eskalierende Dynamik zwischen Belegschaft und Führungskraft für viele Probleme im Rahmen der BGF verantwortlich gemacht. Um dieser zentralen Problemstellung begegnen zu können, wird von einigen Interviewten (5) eine Reform der universitären Ausbildung von Nachwuchsführungskräften für die Verwaltung gefordert. Daneben solle bei der Einstellung neuer Führungskräfte auf entsprechende Vorkenntnisse in mitarbeiterorientierter Führung geachtet werden. Zwei der in der Studie berücksichtigten Kommunalverwaltungen empfehlen – und praktizieren dies auch bereits – eine Probezeit für Führungskräfte.

Mikropolitik

Wiederum einheitlich alle Befragten beklagen einen dauerhaften Rechtfertigungsdruck für die BGF (19). Dieser sei insbesondere zu Anfang sehr hoch, weshalb es eines starken Initiators bzw. einer starken Initiatorengruppe bedürfe. Nach hohem persönlichen Einsatz und Erfolgen in der Arbeit im Rahmen der BGF ließe sich diese anfängliche Skepsis zum Teil zwar sehr gut aufheben, insgesamt bestünde aber häufig weiterhin ein fehlendes Verständnis von BGF und ihren Potentialen und sei auch weiterhin ein starker Rechtfertigungsdruck spürbar.

5. Zusammenfassung und Empfehlungen der Autoren

Die vorgelegte Studie kommt zu Ergebnissen und Empfehlungen auf der Basis einer explorativen Fallstudie eines nichtrepräsentativen Samples von 19 Stadtverwaltungen. Die durchgeführten Experteninterviews kamen auf Empfehlungen von uns kontaktierter ausgewiesener Kenner der Szene zustande in Städten, die als besonders engagiert beim Thema betriebliche Gesundheitspolitik gelten. Unsere Aussagen zum Ist-Zustand und darauf basierende Empfehlungen müssen deshalb mit einem Vorbehalt versehen werden. Belastbare quantitative Daten zur Verbreitung und zur Qualität betrieblicher Gesundheitspolitik in deutschen Kommunalverwaltungen und zum Verhältnis von Aufwand und Ertrag liegen unseres Wissens bisher nicht vor.

Bei der Erstellung dieses Berichtes gingen die Autoren davon aus, dass das Zukunftspotenzial betrieblicher Gesundheitspolitik sowohl in der Industrie wie auch in Verwaltungen beträchtlich ist, insbesondere weil die Erwerbstätigen altern und anhaltende Rationalisierungsbemühungen dazu führen, dass weniger Beschäftigte mehr leisten müssen. Zu bedenken ist hierbei auch das heraufgesetzte Rentenalter und die sich daraus ergebende Notwendigkeit verstärkter Bemühungen zum Erhalt von Erwerbsfähigkeit und Leistungsbereitschaft. Deutschland ist eine rohstoffarme Hochleistungsgesellschaft. Leistungsfähigkeit und Innovationskraft der Menschen bilden deshalb die wichtigsten Ressourcen, die es entsprechend zu schützen und zu fördern gilt (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).

Orientiert haben wir uns bei der Entwicklung der Leitfäden für die Experteninterviews und beim Abfassen dieses Berichtes an Qualitätskriterien zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, die im Rahmen langjähriger Forschungs- und Entwicklungsarbeiten in der Arbeitsgruppe 1 der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld formuliert wurden (vgl. Badura/ Hehlmann 2003, Münch/ Walter/ Badura 2003, Walter 2007, Badura/ Greiner/ Rixgens/ Ueberle/ Behr 2008).

Betriebliche Gesundheitsförderung verstanden als Bereitstellung ganz überwiegend verhaltensorientierter Angebote zu Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung ist zumindest in den großen Kommunen „angekommen“. Von einem systematisch angelegten und nachhaltig wirksamen Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind die meisten Stadtverwaltungen aber offenbar noch weit entfernt. Die politische Führung der Kommunen hat ganz offensichtlich in der großen Mehrheit der Fälle die Bedeutung verstärkter Mitarbeiterorientierung durch Gesundheitsförderung noch nicht voll erkannt. Ein planvoller,

an validen Daten und längerfristigen Zielen orientierter Einsatz der bereitgestellten Ressourcen und Mitarbeiter ist allenfalls ansatzweise zu erkennen.

Dabei scheint nicht der – bisher eher bescheidene – Umfang an Ressourcen das Problem zu sein, sondern:

- das Nichtvorhandensein längerfristiger Ziele bzw. die Nichteinbeziehung der Gesundheitsexperten vor Ort in ihre Verfolgung;
- die geringe Priorität des Themas Gesundheit, dessen hohe Bedeutung für die Mitarbeitermotivation, die Servicequalität und die Verwaltungseffizienz offensichtlich noch nicht ausreichend erkannt wird;
- die oft unzureichende Qualifikation der Gesundheitsexperten vor Ort in Sachen wissensbasiertem Gesundheitsmanagement und ihr geringer Einfluss;
- die Nichtberücksichtigung expliziter Standards zur Orientierung und Legitimation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement; und daraus resultierend
- das unterentwickelte Bewusstsein für die Bedeutung valider Daten zur Bedarfsermittlung, Zielfindung und Projektevaluation;
- die nicht vorhandene oder unzureichende Unterstützung der betrieblichen Gesundheitspolitik durch den Personalrat.

Empfehlungen

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich erfolgreich entwickeln und realisieren nur durch eine enge Zusammenarbeit der Tarif- und Betriebsparteien. Daher richten sich die folgenden Empfehlungen sowohl an die Arbeitgeber als auch an die Gewerkschaften und Arbeitnehmer.

1.

Wir empfehlen als erstes die Verankerung der betrieblichen Gesundheitspolitik in den Tarifvereinbarungen. Als regelbedürftig erachten wir insbesondere Betriebsvereinbarungen, Qualitätsstandards und die betriebliche Gesundheitsberichterstattung.

2.

Wir empfehlen die Formulierung zentraler Qualitätskriterien und Verfahren zu ihrer kontinuierlichen Weiterentwicklung und verweisen dabei u. a. auf die Bielefelder Vorarbeiten.

3.

Wir empfehlen eine ausreichende Qualifizierung von Führungskräften, Experten vor Ort und von Personalräten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

4.

Wir empfehlen die Veranstaltung regelmäßiger Arbeitstreffen und Kongresse zur Vernetzung, Weiterbildung, Motivation und Öffentlichkeitsarbeit.

5.

Wir empfehlen die Verbesserung des Transfers von Erkenntnissen aus der Wissenschaft in die Verwaltungspraxis insbesondere zu den Themen psychische Beeinträchtigungen, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmanagement.

6.

Wir empfehlen schließlich die Förderung von Leuchtturmprojekten zu folgenden Themenfeldern:

- a) Mitarbeiterorientierte Verwaltungskultur
- b) Betriebliche Gesundheitsberichterstattung
- c) Gesunde Führung
- d) Förderung sozialer Kompetenz

- e) Mobbing, Burnout, Innere Kündigung, Work-Life-Balance etc.
- f) Evaluation und kontinuierliche Verbesserung von BGM.

7.

Was konkrete Interventionen im Gebiet des Betrieblichen Gesundheitsmanagements betrifft, empfehlen wir die Orientierung an der abgebildeten „Handlungspyramide“ (vgl. Abb. 5).

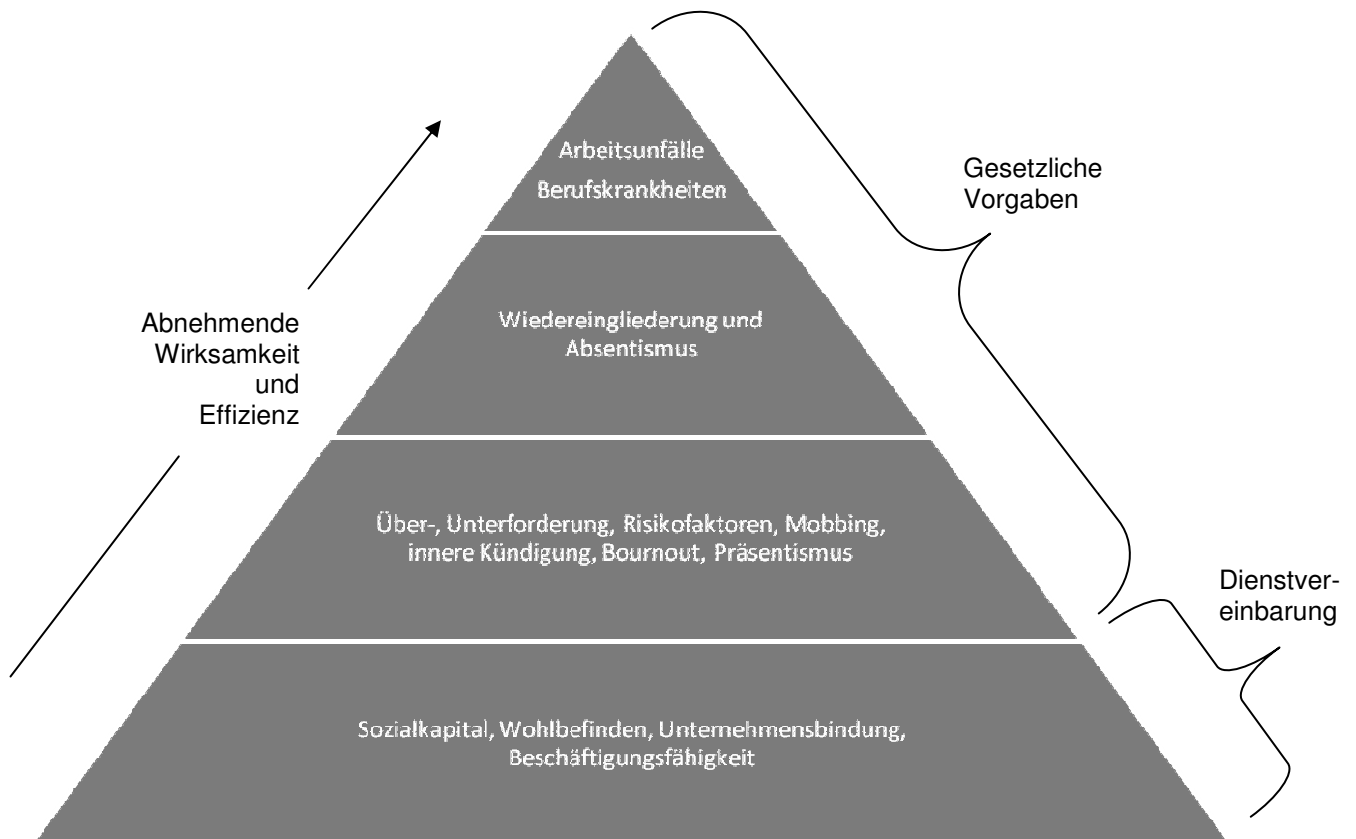


Abb. 5: „Handlungspyramide“ des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Literatur

- Badura, B./ Schröder, H./ Vetter, C. (Hrsg.) (2009): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Badura, B./ Greiner, W./ Rixgens, P./ Ueberle, M./ Behr, M. (2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Badura, B./ Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Badura, B./ Ritter, W./ Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma.
- Beck, D./ Schnabel, P.-E. (2008): Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. Noch unveröffentlicht.
- Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bogumil, J./ Grohs, S./ Kuhlmann, S./ Ohm, A. (2008): Zehn Jahre Neues Steuerungsmodell. Eine Bilanz kommunaler Verwaltungsmodernisierung. 2. Aufl. Berlin: edition sigma.
- Gröben, F. (2002): Ergebnisse einer Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. In: Badura, B./ Litsch, M./ Vetter, C. (Hrsg.) (2002): Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Gröben, F./ Wenninger, S. (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst. Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung von Führungskräften in Hessen und Thüringen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2006; 1: 94-98.
- Grunow, D./ Grunow-Lutter, V. (2000): Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hauser, F. (2009): Unternehmenskultur, Gesundheit und wirtschaftlicher Erfolg in den Unternehmen in Deutschland. Ergebnisse eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Badura, B./ Schröder, H./ Vetter, C. (Hrsg.) (2009): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin und Heidelberg: Springer.

- Hauser, F./ Schubert, A./ Aicher, M. (2008): Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland. Ein Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
Online unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/24844/f371_forschungsbericht.html;
Letzter Zugriff am 27.04.09.
- Holleder, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. In: Gesundheitswesen 2007; 69: 63-76.
- Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) (2006): Stand und Rolle des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Ergebnisse einer Befragung von Kommunalverwaltungen. Münster.
- Jann, W. et al. (2006): Status-Report Verwaltungsreform. Eine Zwischenbilanz nach zehn Jahren. 2. Aufl. Berlin: edition sigma.
- KGSt-Bericht 2/2007: Das Neue Steuerungsmodell: Bilanz der Umsetzung. Köln.
- KGSt-Bericht 5/1993: Das Neue Steuerungsmodell. Begründung, Konturen, Umsetzung. Köln.
- Losada, F. I./ Mellenthin-Schulze, M. (2009): Krankenstand und betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung. In: Badura, B./ Schröder, H./ Vetter, C. (Hrsg.) (2009): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Kosten und Nutzen. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Marstedt, G./ Müller, R. (1998): Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft. Berlin: edition sigma.
- Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2008): Präventionsbericht 2007. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Köln: asmuth druck + crossmedia GmbH & Co. KG.
- Münch, E./ Walter, U./ Badura, B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: edition sigma.

Thom, N./ Ritz, A. (2008): Public Management. Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler.

Voglrieder, S. (2008): Krankenstand und Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung. In: Badura, B./ Schröder, H./ Vetter, C. (Hrsg.) (2008): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Berlin und Heidelberg: Springer.

von Bandemer, S. (2002): Der öffentliche Sektor im Wandel – Modernisierungsstrategien und deren Auswirkungen auf die Beschäftigten. In: Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Berlin und Heidelberg: Springer.

Walter, Uta (2007): Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation. Beziehbar über die Autoren.

Websites

Deutscher Städtetag (DST)

→ <http://www.staedtetag.de>

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

→ <http://www.dnbgf.de>

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt)

→ <http://www.kgst.de>

Statistisches Bundesamt

→ <http://www.destatis.de>

Weitere relevante Literatur

Oppolzer, A. (2000): Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung. Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten. In: Badura, B./ Litsch, M./ Vetter, C. (Hrsg.) (2000): Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz. Berlin und Heidelberg: Springer.

Sochert, R./ Schwippert, C. (2003): Die öffentliche Verwaltung – ein kranker Sektor? Europäische Trends und deutsche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Anhang 1: Karte von Deutschland mit untersuchten Städten



Anhang 2: Interviewleitfaden zur Studie

Interviewleitfaden

1. Status quo und Historie

1.1 Status quo

- Was genau ist Ihre aktuelle Aufgabe/ Funktion (Stellenbeschreibung etc.)?
- Was ist Ihre Rolle in dem Themenfeld BGM in Ihrer Verwaltung?
- Wie kamen Sie persönlich zu diesem Thema/ dieser Stelle?
- Was ist Ihr persönliches Interesse am BGF/ BGM? (*eher zum Nachsteuern*)

1.2 Historie

- Können Sie mir einen kurzen Überblick über die bisherige Entwicklung des Themas BGF/ BGM in Ihrer Verwaltung geben?
- Welche Entwicklungsstadien lassen sich unterscheiden?
- Wer hat als erstes die Initiative für BGF/ BGM ergriffen?
- Welches war das handlungsleitende Motiv für die Einführung von BGF/BGM (*z.B. Demografie, Fehlzeiten etc.*)?
- Besteht/ Bestand ein Zusammenhang zu allgemeinen Reformprozessen?

2. Institutionalisierung

- Welche dauerhaften Strukturen bestehen bei Ihnen heute für BGF/BGM:
 - Schriftliche Rahmenbedingungen (z.B. Konzeption, Dienstvereinbarung)
 - Ressourcen (finanziell, personell → Organigramm)
 - Zuständigkeiten
 - Gremien
- In welcher Weise sind die Führungskräfte eingebunden (Bürgermeister/ Verwaltungsvorstand, Personalamtsleiter)?
- Wie erfolgt die Partizipation der Beschäftigten (welche grundlegenden Strukturen?)?
- Welche Kooperationen bestehen mit externen Experten – z.B. KK, BG, Unfallkassen, Arbeitsmedizin?
- Welche Kooperationen bestehen mit internen Akteuren/Themenfeldern?
 - Arbeitsschutz
 - Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)
 - Betriebsmedizinischer Dienst
 - Personalabteilung

- Abschließend betrachtet: Wer erfüllt Entscheidungs-, Steuerungs- und Arbeitsfunktion?

3. Ziele im BGM

- Gibt es klare, schriftlich fixierte Ziele für BGM?
- wenn ja, welche sind das?
- Werden die Ziele operationalisiert und terminiert?
- Wer war/ist an der Zieldiskussion beteiligt?
- Welche Bedeutung haben Daten für die Zieldiskussion?
- Wird die Zielerreichung regelmäßig geprüft und werden gegebenenfalls Ziele korrigiert bzw. neu festgelegt?

4. Kernprozesse im BGM

4.1 Diagnostik

- Wie erfolgt die Diagnostik und Bedarfsanalyse (Dateninfrastruktur)?
Genauer nachfragen:
 - Analyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten
 - Medizinische Vorsorgeuntersuchungen?
 - Arbeitsmedizinische Untersuchungen?
 - Gefährdungsbeurteilungen?
 - Arbeitsplatzbegehungen?
 - Gesundheitszirkel?
 - Befragungen der MitarbeiterInnen?
 - Wenn ja, in welchen Abständen?
 - Welche Themen/ Skalen/ Items beinhaltet die Befragung?
 - Wie stehen Sie zu der Aussage, dass Mitarbeiterbefragungen in Kommunalverwaltungen generell zu aufwendig seien?

4.2 Planung von Maßnahmen / Projekten

- Wie erfolgt die Maßnahmenplanung (Rechercheaufwand, Evidenzbasierung etc.)?
- Wie geschieht die Konsensfindung bei der Maßnahmenauswahl (Beteiligte: Machtpromotoren, Fachpromotoren, Beschäftigte)?

4.3 Durchführung/ Steuerung von Maßnahmen/ Projekten

- Welche Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?
(*Nachsteuern salutogenetisch/pathogenetisch, individuumsbezogen/organisationsbezogen* → Matrix s. u.)

- Stimmen Sie der Aussage eines Kollegen zu, dass die große Mehrheit der für Ihre Tätigkeit relevanten Probleme an der Mensch-Mensch-Schnittstelle, also an der Art des Miteinanders zwischen den Beschäftigten entsteht?
- Wie schätzen Sie die Bedeutung von Maßnahmen der Verhaltensprävention (Kurs- bzw. Betriebssportangebot) ein (Kommunikation, Wertschätzung)?
- Wer war/ist an der Durchführung beteiligt?
 - a) Fachpromotoren (interne und externe; Interviewperson?)
 - b) Machtpromotoren (→ Führung)
 - c) Prozessbegleiter
- Waren/sind externe Akteure eingebunden (Kassen, Berufsgenossenschaften, Berater etc.)?
- Wie erfolgt das Controlling der Maßnahmen?

4.4 Evaluation

- Findet eine regelmäßige Bewertung der Zielerreichung/ Qualität im BGM allgemein statt?
 - wenn ja, geschieht diese Bewertung datengestützt?
 - wenn nein, worin liegt dieses begründet?
- Wie bewerten die unterschiedlichen Gruppen den Erfolg (Führung, Experten, Beschäftigte, Kassen, Berufsgenossenschaften etc.)
- Prozessevaluation der angebotenen Kurse (Verhaltensprävention)?

5. Integration

- Wird BGM mit anderen Managementansätzen /Führungsinstrumenten verknüpft?
 - wenn ja, wie erfolgt diese Verknüpfung?
 - wenn nein, was sind die Ursachen hierfür?

6. Qualitätsbewertung (*Evaluation des BGM*)

- Werden Strukturen und Prozesse des BGM (regelmäßig) einer Qualitätsbewertung unterzogen?
- Wenn ja: wie? Von wem? Mit welchem Ergebnis?

7. Verbreitung und Qualität von BGF/BGM in Kommunalverwaltungen

- Liegen Ihnen Information/ Daten zum Status quo von BGF/ BGM in anderen Stadtverwaltungen vor (bzw. ist Ihnen dazu etwas bekannt)?

- wenn ja, wie beurteilen Sie den Verbreitungsgrad und das Qualitätsniveau?
- wo sehen Sie die größten Qualitätsdefizite?

8. Zukunft

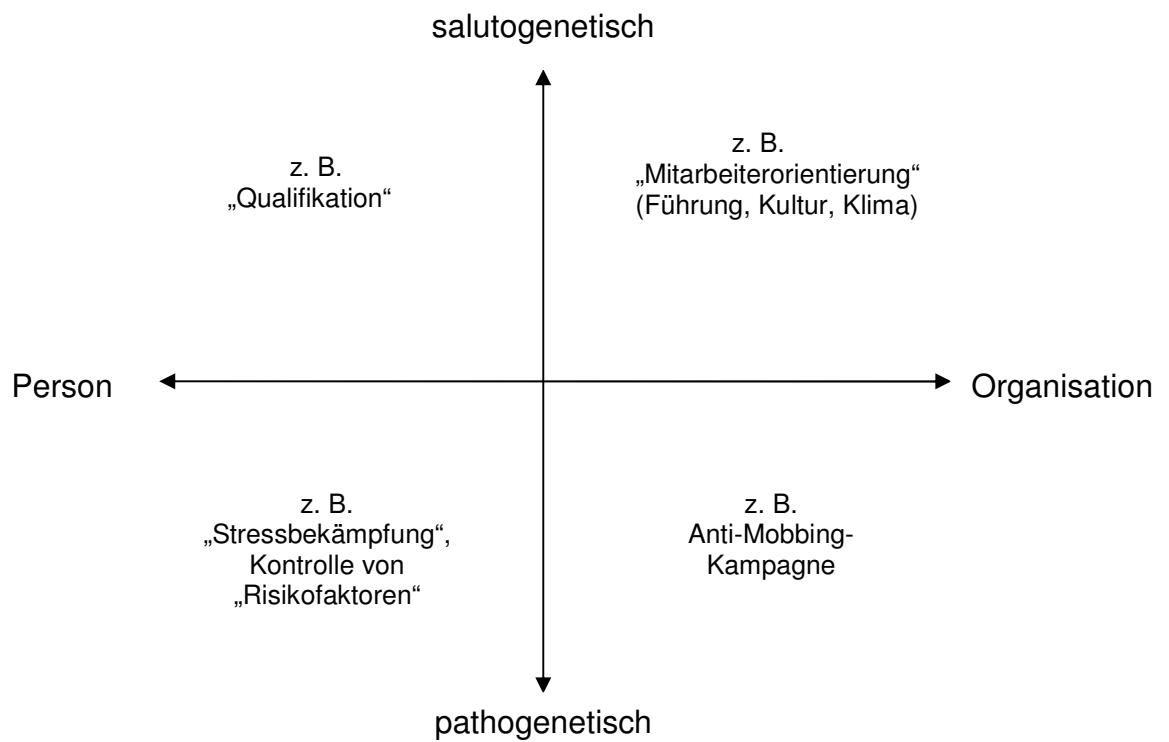
- Welches sind, Ihrer Meinung nach, die zentralen Herausforderungen, vor denen Ihre Stadtverwaltung in den nächsten Jahren steht?
- Wird BGM in der Stadtverwaltung als ein geeignetes Instrumentarium erachtet, um diese Herausforderungen zu bewältigen bzw. wie ist die Stellung des Themas BGM/ BGF in Ihrer Verwaltung im Allgemeinen? Für wie entscheidend erfahren Sie die Unterstützung der Verwaltungsführung? Und für wie entscheidend die des Personalrats?
- Welche Zukunftsperspektiven hat das BGM in Ihrer Stadtverwaltung?
 - a) hemmende Faktoren
 - b) fördernde Faktoren

9. Abschlussfrage

- Was ist Ihre persönliche Wunschvorstellung, wie sich das BGM in Ihrer Verwaltung weiterentwickeln soll?
- Möchten Sie zum Schluss noch etwas ergänzen?

Wo würden Sie in der folgenden Grafik das in Ihrer Stadtverwaltung praktizierte BGF/
BGM einordnen?

- Beispiele einzelner Maßnahmen
- Maßnahmen eines Quadranten überwiegend/ Tendenz vorhanden?



Anhang 3: Schriftlicher Fragebogen zur Studie



Bestandserhebung zur Situation des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den kommunalen Kernverwaltungen Deutschlands

Fragebogen zur
Ausgangssituation der beteiligten
Verwaltungen

Strukturdaten Ihrer Verwaltung

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Internet: _____ E-Mail: _____

Mitarbeiterzahl: < 100 > 100 – 250 > 250 – 1000 > 1000

Einwohnerzahl Ihrer Kommune:

Name der ausfüllenden Person:

Funktion im Unternehmen:

Amt, dem Ihre Stelle angehört:

Telefon und Fax:

E-Mail:

Bedeutung des Themas BGM für Ihre Verwaltung

1. Wir bitten Sie zunächst um eine kurze Einschätzung der Ist-Situation in Ihrer Verwaltung.

In den letzten zwei Jahren hat/haben....	zu- genommen	ab- genommen	sich nicht verändert	ist mir nicht bekannt
- die Unfälle im Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die krankheitsbedingten Fehlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die körperlichen Belastungen der Beschäftigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die psychischen Belastungen der Beschäftigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die (Personal-) Fluktuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Aktivitäten im Themenfeld BGM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bitte geben Sie im Folgenden an, wie relevant die genannten Problemstellungen für Ihre Verwaltung sind.

	ganz und gar nicht relevant			sehr relevant	
- Spannungen und Konflikte zwischen den Beschäftigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Spannungen und Konflikte zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suchtprobleme (z.B. Alkohol, Medikamente, Rauchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Burnout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Innere Kündigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Muskel - und Skeletterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schlechtes Betriebsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- weitere Problemstellungen:					

Bisherige Aktivitäten und Maßnahmen

3. Hat Ihre Verwaltung bislang eine Ist-Analyse / Bestandsaufnahme zum Thema Arbeit und Gesundheit der Beschäftigten durchgeführt?

- ja nein

3.1 Falls ja, welche der folgenden Vorgehensweisen/Methoden wurden dazu eingesetzt:
(Mehrfachantworten möglich)

- Analyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten
- Gefährdungsanalyse
- Arbeitsplatzbegehungen
- Medizinische Vorsorgeuntersuchungen
- Analyse des Unfallgeschehens
- Mitarbeiterbefragung
- Gesundheits-/Qualitätszirkel o.ä.
- sonstige: _____

4. In welchem der genannten Themenfelder sind bislang Maßnahmen durchgeführt worden?

- 4.1 Verhaltensorientierte Maßnahmen wie z.B. Rückenschule, Ernährungsberatung ja nein
- 4.2 Organisationsbezogene Maßnahmen wie z.B. Optimierung von Arbeitsabläufen ja nein
- 4.3 Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Unfallverhütung ja nein
- 4.4 Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung und Ergonomie ja nein

5. Werden die in Ihrer Verwaltung durchgeführten Maßnahmen des BGM einer Erfolgskontrolle (Evaluation) unterzogen?

- ja nein

6. Werden die Ergebnisse der Evaluation dokumentiert?

- ja nein falls ja, wie: _____

Ziele und angestrebte Ergebnisse im BGM

7. Liegt in Ihrer Verwaltung eine schriftlich festgelegte Zielsetzung für BGM vor?

- ja nein

7.1 Wenn ja, welche der nachfolgend genannten Ziele verfolgen Sie?
(Mehrfachantworten möglich)

- Einhaltung gesetzlicher Vorschriften im Arbeits- und Gesundheitsschutz

- Senkung von Kosten (z.B. durch Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten)
- Verbesserung des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Beschäftigten
- gesundheitsförderliche Gestaltung der unmittelbaren Arbeitsbedingungen
- gesundheitsförderliche Gestaltung von Organisationsaufbau und –abläufen
- Steigerung von Motivation und Engagement der Beschäftigten
- Steigerung des Wohlbefindens der Beschäftigten
- Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes der Beschäftigten
- sonstige _____

Betriebspolitische Voraussetzungen für BGM

8. Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Aussagen für Ihre Verwaltung zutreffen.

8.1 Schriftliche Rahmenregelungen

Existieren schriftliche Rahmenregelungen
(z.B. Konzeption, Dienstvereinbarung) zum Thema BGM? ja nein

Falls ja, welche sind das: _____

8.2 Steuerungsgremium

Existiert ein Steuerungsgremium für BGM? ja nein

Falls ja, was sind dessen Aufgaben: _____

Welche Gremien sind darüber hinaus
mit dem Thema befasst: _____

8.3 Regelung von Zuständigkeiten

Gibt es in Ihrem Unternehmen/Ihrer Organisation
eine Zuständigkeit für BGM? ja nein

Falls ja, wer ist zuständig
(Nennung der Funktion): _____

Mit welchen Aufgaben ist
diese Person betraut: _____

Verknüpfung mit anderen Managementansätzen

9. Mit welchen der nachfolgend genannten Managementansätze und Führungsinstrumente ist BGM in Ihrer Verwaltung verknüpft?
(Mehrfachantworten möglich)

	vorhanden	geplant
Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisationsentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissensmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebliches Eingliederungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zielvereinbarungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges: (bitte nennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschlussfragen

10. Gibt es in Ihrer Verwaltung bereits Projekte, die das Thema BGM betreffen?

ja nein

falls ja, welche:

12. Möchten Sie zum Abschluss noch etwas ergänzend hinzufügen?

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zum vereinbarten Gesprächstermin mit und wenn möglich auch etwaige für das Gespräch relevante schriftliche Unterlagen (Organigramm, Stellenbeschreibung, Satzung des Steuerungsgremiums, Konzeption BGM, Zielvereinbarung BGM, Dienstvereinbarung zum BGM, Gesundheitsbericht, Evaluationsbögen etc.)!

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zusammenarbeit !!!

Anhang 4: Auswertungsschema

Kategorien	Angaben
Interviewpartner	
Strukturdaten (s. Fragebogen)	
1. Status quo und Historie	
1.1 Status quo	
Aktuelle Funktion des Interviewpartners (Stellenbeschreibung vorhanden?)	
Wie an Stelle gekommen? Was ist Ihr persönliches Interesse an BGF/ BGM?	
1.2 Historie	
Überblick über die bisherige Entwicklung bzw. Entwicklungsstadien	
Wer hat als erstes Initiative ergriffen und was war handlungsleitendes Motiv?	
Zusammenhang zu Verwaltungsreformprozessen?	
2. Institutionalisierung	
Schriftliche Rahmenbedingungen (Konzeption? Dienstvereinbarung?) (Fragebogen 8.1)	
Ressourcen (finanziell, personell)	
Zuständigkeiten (Fragebogen 8.3)	
Gremien (Satzung? Mitglieder?) (Fragebogen 8.2)	
Einbindung Führungskräfte	
Partizipation Beschäftigte	
Kooperationen mit externen Experten (finanziell? personell? Know-how? Externe Prozessbegleitung?)	
Kooperation mit internen Akteuren (s. auch 5. Integration)	
Mitglied eines Netzwerks?	
Internes Marketing erfolgt?	
Entscheidungs-, Steuerungs- und Arbeitsfunktion	
3. Ziele im BGM (Fragebogen 7.)	
Klare, schriftlich fixierte Ziele? Welche sind das (Zielvereinbarung)?	
Ziele operationalisiert und terminiert?	
Wer an Zieldiskussion beteiligt? Bedeutung von Daten für die Zieldiskussion?	
Zielerreichung regelmäßig geprüft und korrigiert?	
4. Kernprozesse im BGM	
4.1 Diagnose (Fragebogen 3.)	
1. Frage Fragebogen	
Fehlzeitenanalyse (Gesundheitsbericht?)?	
Mitarbeiterbefragung (Beispiel eines Fragebogens? Generell zu aufwendig?)?	

Sonstige	
4.2 Planung	
Wie erfolgt Maßnahmenplanung (Recherche, Evidenzbasierung)?	
Wie Konsensfindung zwischen Beteiligten bei Maßnahmenauswahl?	
4.3 Durchführung von Maßnahmen (Fragebogen: 4. und 10.)	
Welche Maßnahmen bisher (Matrix: Tendenz? Beispiele)?	
Problematik Führungskapital (Reformbedarf?)? (Fragebogen 2.)	
Probleme mehrheitlich an Mensch-Mensch-Schnittstelle? (Fragebogen 2.)	
Bedeutung Verhaltensprävention (Wertschätzung, Kommunikation)?	
Wer an der Durchführung beteiligt (Fach- und Machtpromotoren, Prozessbegleitung)?	
Controlling der Maßnahmen?	
4.4 Evaluation (Fragebogen: 5. und 6.)	
Regelmäßige Bewertung der Zielerreichung/ Qualität? Wie?	
Wie Bewertung der unterschiedlichen Gruppen?	
Evaluation Verhaltensprävention?	
5. Integration (Fragebogen 9.)	
Verknüpfung mit anderen Managementansätzen? Wie?	
6. Qualitätsbewertung	
Strukturen und Prozesse des BGM Qualitätsbewertung unterzogen?	
7. Verbreitung und Qualität von BGM in KV	
Informationen zu BGF/BGM in anderen Kommunalverwaltungen (Verbreitung, Qualität)?	
8. Zukunft	
Zentrale Herausforderungen Ihrer Verwaltung?	
BGM als geeignetes Instrument angesehen? Standing des Themas?	
Unterstützung der Führung? Der Personalvertretung?	
Zukunftsperspektive des Themas?	
9. Abschlussfrage	
Persönliche Wunschvorstellung	
Sonstiges	