



Der Minister

Ministerium des Innern NRW, 40190 Düsseldorf

Präsidenten des Landtags  
Nordrhein-Westfalen  
Herrn André Kuper MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
17. WAHLPERIODE

**VORLAGE**  
**17/2114**

A07/1

27. Mai 2019

Seite 1 von 1

Telefon 0211 871-2025

Telefax 0211 871-

für die Mitglieder des  
Unterausschusses Personal des Haushalts- und Finanzausschusses

**Sitzung des Unterausschusses Personal des Haushalts- und Finanzausschusses am [04.06.2019]**  
**„Abschlussbericht Salubris UG zur wissenschaftlichen Begleitung bei der Entwicklung und Festlegung von Standards für das BGM in der Landesverwaltung Nordrhein-Westfalen“**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

zur Information der Mitglieder des Unterausschusses Personal des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags übersende ich den „Abschlussberichtes Salubris UG zur wissenschaftlichen Begleitung bei der Entwicklung und Festlegung von Standards für das BGM in der Landesverwaltung Nordrhein-Westfalen“.

Mit freundlichen Grüßen

Herbert Reul

Dienstgebäude:  
Friedrichstr. 62-80  
40217 Düsseldorf

Lieferanschrift:  
Fürstenwall 129  
40217 Düsseldorf

Telefon 0211 871-01  
Telefax 0211 871-3355  
poststelle@im.nrw.de  
www.im.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahnlinien 732, 736, 835,  
836, U71, U72, U73, U83  
Haltestelle: Kirchplatz



---

# Mindeststandards im Behördlichen Gesundheitsmanagement (BGM) der Landesverwaltung Nordrhein- Westfalen

Abschlussbericht zum Vergabeverfahren „Entwicklung und Festlegung von Standards für BGM in der Landesverwaltung“  
(Auftragsnummer ZVSt-2018-192/BGM)

---

„Ein professionelles und mit hoher Verbindlichkeit geführtes Behördliches Gesundheitsmanagement ist kein Luxusgut, sondern von zentraler Bedeutung für die Attraktivität und den Erfolg der Landesverwaltung.“

**Prof. Dr. Bernhard Badura, Mika Steinke (M. Sc.)**

**Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG**

*Unter Mitwirkung von:*

Dr. Cona Ehresmann, Rabea Heller (B. Sc.), Eckhard Münch (Dipl. Soz. Wiss.),  
Johanna Radtke (M. Sc.), Karen Lange, Dr. Uta Walter, Wolfgang Wirth (Leiter  
KrimD NRW)

Bielefeld, im Mai 2019



# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung: Mindeststandards im Überblick .....	I
Vorwort der Stabsstelle.....	III
Vorwort der Autoren.....	V
Standards sind Führungsinstrumente .....	VII
<b>Teil I Grundlagen</b> .....	1
1. Licht- und Schattenseiten der Arbeitswelt.....	1
2. Fokus: Psychische Gesundheit.....	5
3. Das Behördliche Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung .....	8
4. Kennzahlen für die Landesverwaltung.....	13
5. Zwischenfazit .....	16
<b>Teil II Standards für die Landesverwaltung</b> .....	17
Katalog der Standards .....	19
A. Anforderungen an Rahmenbedingungen .....	20
B. Anforderungen an Strukturen .....	35
C. Anforderungen an Prozesse.....	46
D. Anforderungen an Ergebnisse und ihre Sicherung .....	56
<b>Teil III Empfehlungen</b> .....	59
Literaturverzeichnis.....	69
<b>Teil IV Anhang</b> .....	74
1. Sozialkapital.....	74
2. Kennzahlenglossar .....	77
3. Fehlzeiten: Dokumentation, Analyse, Steuerung .....	80
4. Präsentismus.....	88
5. Statistische Fehlzeitenanalyse im Strafvollzug. Was zeigt uns das Management Informationssystem - MIS? .....	92

6. Standardisierung des BGM durch Qualifizierung.....	107
7. Burnout vermeiden - die Lichtseiten von Organisationen stärken.....	112
8. Führung und Gesundheit .....	118
9. Ideen für ein Workshop-Programm zur Entwicklung und zur Pflege einer Kultur vertrauensvoller Kooperation .....	126
10. Normen und weitere Vorschläge zur Standardisierung des Behördlichen Gesundheitsmanagements .....	130
11. Beispiele für Dienstvereinbarungen zum Behördlichen bzw. Betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	145

# Zusammenfassung: Mindeststandards im Überblick

## **Mindeststandards für die obersten Leitungsebenen der Landesverwaltung NRW**

- Nachhaltige Erfolge beim Schutz, Erhalt und der Förderung der Gesundheit der Landesbediensteten lassen sich nur dann erzielen, wenn die Ressorts und Behörden mit den dafür notwendigen (Plan-)Stellen bzw. dem erforderlichen Personal (Fachpromotoren) ausgestattet werden.
- Eine zweite zwingende Voraussetzung ist die nachgewiesene Qualifikation und ausschließliche Befassung der Fachpromotoren mit dem Thema Gesundheit.
- Die oberste Leitungsebene ist verantwortlich für die Steuerung des Behördlichen Gesundheitsmanagements mit Kennzahlen, das Berichtswesen, die verbindliche Einhaltung der Mindeststandards sowie die interne und externe Vernetzung und Weiterbildung der Fachpromotoren.

## **Mindeststandards für die Leitung der Behörden**

Rahmenbedingungen und Strukturen:

- Periodische Festlegung inhaltlicher Zielsetzungen für das Behördliche Gesundheitsmanagement und seine Ergebnissicherung, gemeinsam mit den Fachpromotoren (BGM-Strategie).
- Etablierung eines Steuerkreises für das Behördliche Gesundheitsmanagement, Mitwirkung von Machtpromotoren.
- Wahrnehmung des Behördlichen Gesundheitsmanagements als Daueraufgabe durch Bereitstellung ausreichender Ressourcen, finanziell, personell, infrastrukturell.

- Abschluss einer schriftlichen Vereinbarung zum Behördlichen Gesundheitsmanagement und internes Marketing.
- Festlegung personeller Verantwortlichkeiten (Machtpromotoren) und Qualifizierung interner Expertinnen und Experten (Fachpromotoren) zum Thema.
- Periodisches Berichtswesen (in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle).

### **Mindeststandards für die Fachpromotoren**

- Festlegung von Zielen, gemeinsam mit den Machtpromotoren und dem Steuerkreis (BGM-Strategie).

Strukturen im Behördlichen Gesundheitsmanagement:

- Sicherstellung der Qualifikation und kontinuierlicher Weiterbildung.
- Aufbau einer Dateninfrastruktur.
- Vorschlag von Schwerpunkten (für den Steuerkreis und einzelne Projekte).

Prozesse im Behördlichen Gesundheitsmanagement:

- Vorschlag einzelner Projekte.
- Durchlaufen des Lernzyklus (Deming-Zyklus):
  - Diagnose
  - Planung
  - Projektdurchführung
  - Evaluation.

Ergebnissicherung (in Zusammenarbeit mit Machtpromotoren):

- Ergebnisse einzelner Maßnahmen und Projekte sichern, z. B. durch interne Audits.
- Ergebnisse des Behördlichen Gesundheitsmanagements der Landesverwaltung sichern (mit Kennzahlen).

---

## Vorwort der Stabsstelle

Gesundheit und Arbeit bedingen einander wechselseitig. Die meisten Beschäftigten des Landes Nordrhein-Westfalen verbringen circa ein Drittel des Tages bei der Arbeit - sei es im Büro, auf Streife, in Klassenzimmern oder beim Straßenbau. Wie sie zusammenarbeiten, wie sie sich in ihrer Tätigkeit fühlen und wie sie sich ernähren und bewegen, wirkt sich auf die Gesundheit aus. Deswegen ist Gesundheit nicht nur Privatsache, sondern auch eine Verantwortung des Arbeitgebers. Gesunde Kolleginnen und Kollegen können ihr Arbeits- und Privatleben zufriedenstellender gestalten. Sie fühlen sich wohl, sind leistungsfähig und können auch für die Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen gute Arbeit leisten.

Die Landesregierung stärkt ihr Betriebliches bzw. Behördliches Gesundheitsmanagement und steuert es zentral, um gute Arbeitsbedingungen zu schaffen und das Land als Arbeitgeber attraktiver zu machen. Standards für das Gesundheitsmanagement in den Landesbehörden sind das wichtigste Instrument hierfür. Sie legen für die oberste Leitungsebene, für Ressort- bzw. Behördenleitungen und Gesundheitsexperten Zielmarken fest, an denen sich die bisherigen Strukturen und Angebote messen lassen - und an denen sie wachsen können. Ihre Realisierung in allen Landesbehörden ist ein umfangreiches und anspruchsvolles Unterfangen. Und sie ist eine große Chance, die Arbeitswelt der Kolleginnen und Kollegen im Dienste des Landes gesund zu gestalten.

Damit diese Entwicklung nachhaltig und ganzheitlich ist, beziehen sich die folgenden Standard-Vorschläge nicht nur auf klassische Bereiche der Gesundheitsförderung, sondern vor allem auf Rahmenbedingungen, Strukturen, Prozess und Ergebnisse. Der Erfolg künftiger BGM-Standards hängt insbesondere von zwei Faktoren ab: Sie müssen von den Behördenleitungen proaktiv unterstützt und durch qualifiziertes Personal mit ausreichenden zeitlichen Kapazitäten umgesetzt werden.

Diesem Anspruch gerecht zu werden, stellt eine große Herausforderung für die Landesregierung dar. Dem Einstieg in die Standardsetzung kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu.

*Ihre Stabsstelle Landeskoordination Betriebliches Gesundheitsmanagement*

---

## Vorwort der Autoren

Die Landesregierung beabsichtigt das Gesundheitsmanagement in den Landesbehörden zu stärken, um als attraktiver Arbeitgeber im Wettbewerb um Fachkräfte bestehen zu können (s. Koalitionsvertrag vom 26. Juni 2017). Sie hat dazu eine Stabsstelle im Innenministerium eingerichtet, die das Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung koordinieren und steuern soll. Eine ihrer zentralen Aufgaben besteht in der Entwicklung von Mindeststandards für das BGM der Landesverwaltung, die die Landesregierung festlegen will (s. Koalitionsvertrag). Um der Landesregierung wissenschaftlich fundierte BGM-Standards vorschlagen zu können, hat die Stabsstelle einen Auftrag ausgeschrieben, den wir am 14. Dezember 2018 erhalten und angenommen haben.

Der Auftrag bestand in der „wissenschaftliche[n] Begleitung und Erarbeitung von Standards für das BGM in der Landesverwaltung Nordrhein-Westfalen unter Berücksichtigung aktuellster wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Besonderheiten im Personalkörper der Landesverwaltung“ (Leistungsbeschreibung vom 02.11.2018). Hierzu sollte die Ausgangssituation in den Ressorts und Geschäftsbereichen analysiert und Beratungsleistung - in Abstimmung mit dem Auftraggeber - erbracht werden. Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter Einbindung der Vertreterinnen/Vertreter aus den obersten Landesbehörden sollten (Mindest-) Standards formuliert werden, die für alle Behörden der Landesverwaltung verbindlich sind. Im gesamten Prozess sollte eine enge Abstimmung mit und Beratung des Auftraggebers stattfinden. Der Abschlussbericht sollte dem Auftraggeber bis zum 30. April 2019 vorgelegt werden.

Wir haben den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand zusammengefasst (Teil I). Darüber hinaus haben wir mit 14 Vertreterinnen und Vertretern der obersten Landesbehörden leitfadengestützte Interviews geführt, um die spezifische Situation der Landesverwaltung bei der Standardformulierung zu berücksichtigen (Teil II).

Teil III enthält Empfehlungen zur Aufbau- und Ablauforganisation und zu den Aufgaben der Stabstelle. Teil IV enthält Kurzsays zu zentralen Themen und Entwicklungsaufgaben im Behördlichen Gesundheitsmanagement.

Die zahlreichen nachgeordneten Behörden der nordrhein-westfälischen Landesregierung wie Schulen, Polizei-Dienststellen, Landesbetriebe, Fortbildungseinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Bezirksregierungen und Landesämter erledigen sehr unterschiedliche Aufgaben. In einem nächsten Schritt sollte dazu durch die nachgeordneten Behörden eine Operationalisierung der Standards erarbeitet werden.

*Bernhard Badura, Mika Steinke*

*Mai 2019*

**Vorbemerkung:**

Im vorliegenden Bericht verwenden wir den Begriff des Behördlichen Gesundheitsmanagements, weil wir ihn für den Bereich der öffentlichen Verwaltung als passender halten. Inhaltlich betrachtet ist „Behördliches Gesundheitsmanagement“ gleichbedeutend mit „Betrieblichem Gesundheitsmanagement“.

## Standards sind Führungsinstrumente

Standards im Behördlichen Gesundheitsmanagement sind Soll-Vorgaben für eine sich am wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientierende **Ermittlung des Gesundheitszustandes** der Mitglieder einer Organisation und seine **kontinuierliche Förderung**. Standards sind darüber hinaus Instrumente zur Einführung und Weiterentwicklung des Behördlichen Gesundheitsmanagements, zur Bewältigung der sich dabei stellenden fachlichen Probleme und zur Überwindung möglicher Widerstände. Unser Verständnis von (Mindest-)Standards orientiert sich am Qualitätsmanagement. Qualität ist, was verbessert werden kann. Im Behördlichen Gesundheitsmanagement geht es um Verbesserungen in der Zusammenarbeit innerhalb der Landesverwaltung und damit um Verbesserung der Leistungsfähigkeit ganzer Organisationen - nicht nur um gesundes Verhalten Einzelner. Ziel ist die Entwicklung einer **Kultur vertrauensvoller Kooperation** und ein offener Umgang mit Problemen und Konflikten.

„Wo es keinen Standard gibt, gibt es auch keine Verbesserung“ (Imai 1992, S. 102).  
Nur im Vergleich zwischen Ist und Soll ergeben sich Anhaltspunkte für Entwicklungsbedarf: „Der Ausgangspunkt jeder Verbesserung ist es, genau zu wissen, wo man steht“ (ebd. S.102).

Betriebliches bzw. Behördliches Gesundheitsmanagement wird hier wie folgt definiert: Systematik und Nachhaltigkeit bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Strukturen und Prozessen einer Organisation und bei der Befähigung der Beschäftigten zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Verhalten (SCOHS 2010, S. 5).

Die feste Verankerung (und laufende Verbesserung) eines Behördlichen Gesundheitsmanagements - die in einigen Bereichen schon beispielhafte Fortschritte zeigt (s. Ministerium des Innern 2018) - bedeutet für Teile der Landesverwaltung eine Innovation. Und, wie die Erfahrung belegt, stoßen Innovationen selten auf spontane Akzeptanz.

Damit die Entwicklung des Behördlichen Gesundheitsmanagements dauerhaften Erfolg zeigt, gilt es nicht nur Standards zur Beherrschung relevanter Prozesse zu entwickeln. Es gilt auch, neue Verantwortlichkeiten und Rollen zu ihrer Durchsetzung wahrzunehmen. Ebenso wie im Qualitätsmanagement hat sich im Betrieblichen bzw. Behördlichen Gesundheitsmanagement eine klare Arbeitsteilung, bei gleichzeitiger Verfolgung gemeinsamer Ziele, als erfolgversprechend erwiesen, die auch im Behördlichen Gesundheitsmanagement eingehalten werden sollte: **Machtpromotoren** sind verantwortlich für die Durchsetzung und Verbindlichkeit von Standards; **Fachpromotoren** sind verantwortlich für ihre fachgerechte Anwendung<sup>1</sup>. Interne oder externe **Prozessbegleiter** sind schließlich verantwortlich für die „Wartung“ und die kontinuierliche Verbesserung dieser Standards sowie für Beratungsleistungen mit Blick auf nationale und internationale Erfahrungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

Fachliche Standards sind das Ergebnis einer Übereinkunft auf der Basis praktischer Erfahrungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie haben eine (selbst-) verpflichtende Funktion. Sie befördern die intrinsische Motivation und die Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Effizienz des Handelns betrieblicher Gesundheitsexperten. Sie sind **Mittel zum Zweck besserer Ergebnisse** in der Sache - kein Selbstzweck. Das unterscheidet fachliche Standards von moralischen und rechtlichen Normen. Fachliche Standards im Sinne einer Festlegung, z. B. von Regeln oder Leitlinien sind für das Handeln der Macht- und Fachpromotoren verbindlich. Sie müssen mit Blick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse weiterentwickelt werden. Neben ihrer stimulierenden und handlungsnormierenden Funktion haben Standards aber noch eine

---

<sup>1</sup> Unter Machtpromotoren verstanden werden Angehörige der Linienorganisation mit Personalverantwortung, hier insbesondere Angehörige der obersten Führungsebene z. B. Staatssekretärinnen und Staatssekretäre, Behörden- und Abteilungsleitungen. Unter Fachpromotoren verstanden werden Angehörige von Stäben, hier insbesondere Gesundheitsexperten mit Verantwortung für die hohe Professionalität bei der Anwendung fachlicher Standards z. B. bei der Planung und Durchführung einzelner Projekte. Machtpromotoren sind letztverantwortlich für die Zieldefinition im Behördlichen Gesundheitsmanagement und die Ergebnissicherung (gemeinsam mit den Fachpromotoren und Angehörigen des Steuerkreises).

weitere wichtige Aufgabe: Sie sollen bewährte Prozesse lehr- und lernbar machen. Standards sind Voraussetzung für die Qualifizierung von Gesundheitsexperten.

Der Begriff „Qualität“ wird oft gleichgesetzt mit erwünschten Arbeitsergebnissen. Im Qualitäts- wie auch im Gesundheitsmanagement „geht es in erster Linie und vor allem um die Qualität der Mitarbeiter“ (Imai 1992, S. 67). Im Qualitäts- wie auch im Gesundheitsmanagement geht es um das Human- und Sozialvermögen einer Organisation. Speziell im Gesundheitsmanagement geht es um die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins, nicht nur mit Blick auf die eigene Gesundheit sondern, und dies vor allem, mit Blick auf das soziale System einer Organisation: auf die Qualität ihrer Kultur und auf die Qualität ihrer vertikalen und horizontalen Beziehungen sowie auf die Sinnhaftigkeit von Zielen und Aufgaben:

„Ein Management kann die Unternehmenskultur verändern, indem es die Qualität seiner Mitarbeiter fördert; ohne Qualifizierung und starke Führung wird dies jedoch kaum gelingen“ (Imai 1992, S. 68).

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse belegen einen erheblichen Einfluss der jeweiligen Organisationskultur auf Gesundheit und Arbeitsbereitschaft mit Folgen für Kennzahlen wie Absentismus, Präsentismus und Qualitätsbewusstsein (Badura, Ehresmann 2016; Ehresmann, Badura 2018). In Anlehnung an den Deming-Zyklus im Qualitätsmanagement ergeben sich folgende **generelle Mindeststandards** für ein systematisch vorgehendes und nachhaltig wirksames Betriebliches bzw. Behördliches Gesundheitsmanagement - egal ob in einer Behörde, einem Unternehmen oder einer Dienstleistungseinrichtung:

1. Ohne datengestützte Organisationsdiagnose keine bedarfsgerechte Ableitung von Prioritäten und Maßnahmen;
2. Ohne konkrete Zieldefinition bis hin zur Auswahl quantifizierbarer Zielparame-ter (Kennzahlen) keine zwingend gebotene Sicherung der Ergebnisse;
3. Ohne Ergebnissicherung (Evaluation) keine Lernprozesse im Gesundheitsma- nagement;

- 
4. Ohne Lernprozesse keine kontinuierliche Verbesserung seiner Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Effizienz (Imai 1992; Deming 2000; Walter 2017).

Wissenschaftliche Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeits- und Organisationsbedingungen einerseits und Gesundheit und Organisationserfolg andererseits bilden die Grundlage für ein Behördliches Gesundheitsmanagement.

## Teil I Grundlagen

### 1. Licht- und Schattenseiten der Arbeitswelt

Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler begreifen den Menschen als biopsychosoziales Wesen. Die Erforschung von Licht- und Schattenseiten der Arbeitswelt ist eine ihrer zentralen Aufgaben. Arbeit kann die Gesundheit fördern, sie kann aber auch Gesundheit beeinträchtigen. In den Blick geraten dabei die Arbeits- und Organisationsbedingungen ebenso wie relevante Merkmale der Beschäftigten. Herangezogen werden sowohl natur- als auch sozialwissenschaftliche Erkenntnisse. Erforschung und Förderung der menschlichen Gesundheit erzwingen die Betrachtung des ganzen Menschen in seiner Umwelt.

Der Nobelpreisträger für Medizin Eric Kandel und weitere namhafte Neurowissenschaftler vertreten die Auffassung, das Erleben, Denken, Fühlen und Handeln des Menschen werde strukturiert durch biologisch vorgegebene, von der Kultur einer Gruppe oder Organisation geprägte Beweggründe. Sie identifizieren im menschlichen Gehirn ein **Annäherungssystem**, das dazu motiviert nach Wohlbefinden durch Bindung an Menschen sowie nach sinnvoller Betätigung zu streben; und ein **Angstsystem**, das dazu motiviert nach Vermeidung oder Bekämpfung von Leid und Bedrohungen zu streben (Insel 2010; Kandel 2012). Das Gehirn bewertet seine Umwelt, z. B. Arbeits- und Organisationsbedingungen, teils durch spontane Erregung positiver oder negativer Emotionen, teils durch reflektierte Bewertung, als wichtig oder irrelevant, bedrohlich oder erfreulich. Zum biologischen Erbe von Homo sapiens gehören Wut, Angst und Hilflosigkeit ebenso wie das Streben nach Wohlbefinden durch Bindung, Sinn und Vertrauen (Frankl 2006; Norman et al. 2011; Wilson 2013; Bowlby 2014).

Soziale Beziehungen, Werte (z. B. moralisches Bewusstsein oder fachliche Standards) und zwischenmenschliche Prozesse regulieren biologisch relevante Emotionen wie

---

Wohlbefinden oder Angst, Vertrauen oder Misstrauen mit Folgen für Gesundheit und Krankheit (Uchino et al. 2011). Der cartesianische Dualismus von Geist und Körper erweist sich als obsolet (Damasio 1994). Organisationen wirken auf Biologie und Verhalten ihrer Mitglieder durch Einfluss auf ihr Gefühlsleben (Coan 2011). **Positiv erlebte Rückmeldungen durch Mitmenschen fördern Gesundheit, Lernprozesse, zielorientiertes Planen und Verhalten.**<sup>2</sup>

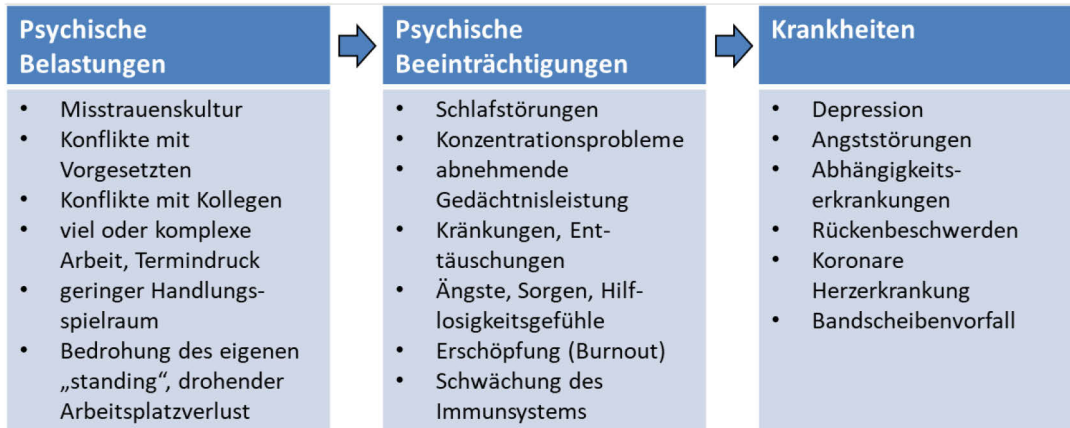
Arbeit im 21. Jahrhundert erfordert hohen Verbrauch an psychischer Energie für Problemlösung, Gefühlsregulierung, Netzwerkpflege und gelingende Kooperation. Unstrittig ist, dass Arbeit mit Stress verbunden sein, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und krank machen kann. Unstrittig ist aber auch, dass Arbeit Wohlbefinden fördert, wenn sie positiv erlebte soziale Eingebundenheit ermöglicht, Lernchancen einräumt und Sinn stiftet. Für das Betriebliche bzw. Behördliche Gesundheitsmanagement folgen daraus zwei generelle Ziele: Förderung von emotionaler Bindung, Sinnstiftung und Vertrauen sowie Vermeidung von Ängsten, Überforderung und psychischer Erschöpfung (Badura et al. 2017; Ehresmann 2017).

Belastende Erfahrungen können zu psychischen und physischen Beeinträchtigungen (Stressreaktionen) beitragen (s. folgende Abbildung), müssen es aber nicht. Das hängt von einer Reihe zusätzlicher Faktoren ab: z. B. von ihrer Dauer (Chronizität) und Schwere sowie von den persönlichen Voraussetzungen (Genetik, Sozialisation) und dem sozialen Netzwerk der Betroffenen. Auch psychische Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert, wie z. B. Erschöpfung, Konzentrationsstörungen oder Kränkungen,

---

<sup>2</sup> "Social rewards are powerful because they address the need to belong and be validated. [...] Because messages of acceptance or rejection are so important, people are highly alert to signs of exclusion. Indeed, even apparently trivial forms of social ostracism can lead to increased sadness and hostility. [...] In sum, people are highly attuned to social signals of approval and disapproval, because such signals address core needs and motives. As a result, positive social interactions may be experienced as both pleasant and reinforcing." (Leotti, Delgado 2011, S. 1 und S. 12)

haben negative Folgen nicht nur für die Lebensqualität, sondern auch für die Arbeitsfähigkeit und Motivation derer, die ihrer Arbeit regelmäßig nachgehen (Präsentismus) (s. Steinke, Lampe 2017).



**Abb.** Kausalmodell der Stressforschung (Badura 2017, S. 30).

Das mit dem Angstsystem befasste Stresskonzept hat wesentlich zum Verständnis pathogener Zusammenhänge zwischen sozialen, psychischen und biologischen Prozessen beigetragen (z. B. Lohmann-Haislah 2012; Rothe et al. 2017). Der Schwerpunkt liegt hier auf der Erforschung der Schattenseiten der Arbeitswelt als Bedrohung für Wohlbefinden und Gesundheit. Genuin förderliche Einflüsse werden reduziert auf „Ressourcen“ zur Stressbewältigung.

Menschen streben nicht nur nach Vermeidung von Leid und Bedrohungen, sondern - darauf zielt das Bindungskonzept und der unserer Forschung zugrunde liegende Sozialkapitalansatz - zuallererst nach sozialer Verbundenheit, Sinn und Anerkennung, nach einem „Zustand des positiv regulierten Lebens“ (Damasio 2017, S. 48).

Anknüpfend an das von der Neuroforschung identifizierte biologische Annäherungssystem betrachten wir Menschen als soziale Wesen, die nach emotionaler **Bindung** streben, nach **sinnstiftenden Werten und Aufgaben** und nach **vertrauensvoller Kooperation**. Organisationen, die diesen Grundbedürfnissen entgegenkommen,

sind attraktiver, haben gesündere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sind erfolgreicher. Die zentralen Bedingungen dafür liegen - so unsere Erkenntnisse aus zahlreichen Organisationsdiagnosen - in der Qualität der **Kultur**, in der Qualität der **Führung** und in der Qualität der **zwischenmenschlichen Beziehungen**, mit anderen Worten in ihrem Sozialkapital (Badura et al. 2013). Das auf Seite 14 abgebildete Kennzahlensystem ermöglicht eine Quantifizierung und evidenzbasierte Ordnung zentraler Merkmale einer Organisation zur Identifizierung ihrer Licht- und Schattenseiten.

Hohe Ansprüche an das persönliche Arbeitsvermögen lassen sich besser und leichter bewältigen, eingebettet in ein Netzwerk vertrauensvoller Beziehungen und getragen von einem gemeinsamen Grundverständnis handlungsleitender Überzeugungen, Werte und Prinzipien. Müssen hohe Anforderungen dagegen in einem zudem von Ängsten, Misstrauen und Unsicherheiten geprägten Umfeld bewältigt werden, steigt das Risiko beeinträchtigter Gesundheit, sinken Leistungskraft und Loyalität. Arbeit fördert Wohlbefinden, wenn sie Lernmöglichkeiten bietet, das Wir-Gefühl stärkt und erkennbar zum Kollektiverfolg beiträgt.

Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind bessere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Kollektiver Sinn entsteht, wenn Menschen an eine gemeinsame Sache glauben. Wer hohen Energieeinsatz erwartet, muss Menschen entsprechend begeistern (Frankl 2006; Ehresmann, Badura 2018).

Gesund ist eine Verwaltung, die nicht nur Arbeit verteilt, sondern ihren Mitgliedern auch die Sinnhaftigkeit der an sie gestellten Anforderungen vermittelt. Gesund ist eine Verwaltung, die zudem eine Kultur vertrauensvoller Zusammenarbeit pflegt und ihre Mitglieder für die erbrachten Leistungen wertschätzt. Gesund ist eine Verwaltung, die den Gesundheitszustand ihrer Mitglieder und darauf Einfluss nehmende Faktoren regelmäßig dokumentiert und kontinuierlich, durch Einrichtung eines Behördlichen Gesundheitsmanagements, fördert.

## 2. Fokus: Psychische Gesundheit

Veränderungen in der Arbeitswelt werden heute zumeist mit der Alterung der Beschäftigten in Verbindung gebracht, mit Globalisierung und Digitalisierung. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht verdient der grundlegende Wandel von der Hand- zur Kopfarbeit und der damit verbundene Wandel von der Fremdorganisation zur Selbstorganisation Beachtung. Das Büro als Arbeitsplatz ist Symbol dieser Entwicklung. Kopfarbeit beinhaltet Energieaufwand, nicht nur für Problemlösung, sondern auch für Gefühlsregulierung und Kooperation. In ihrem Kern lässt sich die Arbeit in der Landesverwaltung Nordrhein-Westfalen mit zwei Stichworten beschreiben: „Gemeinwohlorientierung“ und „Kopfarbeit“.

Mit dem Wandel von der Hand- zur Kopfarbeit verliert die physische Energie des Menschen an Bedeutung. Mobilisierung und Einsatz psychischer Energie gewinnt dagegen weiter an Bedeutung als eigentlicher „Treibstoff“ einer Kopfarbeitergesellschaft. Geistige Tätigkeit erfolgt „eingebettet“ in einen Organismus und in ein soziales und kulturelles Umfeld. Die physische Fitness spielt z. B. bei der Polizeiarbeit eine große Rolle. Ausreichende Bewegung ist generell bedeutsam für das physische wie auch das psychische Wohlbefinden. Die psychische Gesundheit ist gleichwohl besonders wertvoll, weil im Gehirn kognitive, emotionale und motivationale Prozesse miteinander vernetzt sind und das Verhalten steuern. Jenseits einer biologisch vorgegebenen Grundvernetzung besteht das Gehirn aus durch Erfahrung und zwischenmenschliche Prozesse gebahnten neuronalen Schaltkreisen (Kandel 2009). Neuroforscherinnen und -forscher sprechen vom „sozialen Gehirn“, weil unsere „soziale Natur“ darüber entscheidet, „was uns als Menschen ausmacht und unser Bewusstsein bestimmt“ (Adolphs 2003, S. 165). Das hier vertretene Verständnis der psychischen Gesundheit orientiert sich an folgender Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als:

„Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann“. (WHO o. J.; s. dazu auch Schlipfenbacher, Jacobi 2014)

Gesundheit ist ein biopsychosoziales Potenzial, das seine Energie aus intrinsischer Motivation, sinnstiftenden Aufgaben und sozialer Verbundenheit speist. Nicht nur das physische Vermögen des Menschen ist begrenzt, auch sein psychisches Vermögen.

Tun wir hierzulande genug zur Förderung unseres biopsychosozialen Potentials? In einer jüngsten Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin vom 27.02.2019 heißt es:

„Deutschland gibt 11,2 Prozent seines Bruttoinlandprodukts für Gesundheit aus - das ist der Spitzenwert in der EU. Dabei liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei 80,7 Jahren und ergibt nur Platz 18 in der EU. Schweizer Männer haben die höchste Lebenserwartung und leben durchschnittlich fast vier Jahre länger als Männer in Deutschland. Bei den Frauen haben Spanierinnen die höchste Lebenserwartung. Die Differenz zu den deutschen Frauen beträgt ca. drei Jahre.“ (S. 1)

Diese Zahlen geben Anlass, über eine generelle Verstärkung gesundheitsfördernder Bemühungen nachzudenken - nicht nur, aber auch in der Arbeitswelt und damit auch für die ca. 300.000 Beschäftigten der Landesverwaltung. Vieles deutet darauf hin, dass steile Hierarchien, insbesondere in Verbindung mit Abteilungsdenken, vermeidbare Ängste, Hilflosigkeitsgefühle und Erschöpfungssymptome fördern, Informationsfluss und Wissensaustausch behindern, die Qualität der erbrachten Leistungen beeinträchtigen und zu überhöhten Fehlzeiten beitragen (Badura 2017, S. 71-78; Ehresmann, Badura 2018). Neue Formen „agilen“ Arbeitens, insbesondere ein Mehr an selbstorganisierter Teamarbeit und Arbeiten im Homeoffice sollten verstärkt auch in der Landesverwaltung erprobt werden (Badura, Steinke 2019) - auch weil das ein Mehr an

---

psychischer Gesundheit verspricht. Die Qualität des sozialen Systems einer Organisation ist - so eines unserer zentralen Forschungsergebnisse - entscheidend für die psychische Gesundheit ihrer Mitglieder und auch für ihren Erfolg (s. Anhang 1). Führung, Kultur, zwischenmenschliche Beziehungen und Sinnerfüllung bei der Arbeit haben eine für die psychische Gesundheit und das Organisationsergebnis fundamentale Bedeutung. Eine jüngst durchgeführte Umfrage der EU-OSHA kommt zu dem Ergebnis, Umstrukturierungen und Arbeitsplatzunsicherheit seien in Europa die Hauptursache verbreiteter Ängste (van den Heuvel et al. 2018). Vom zweiten ist die Landesverwaltung kaum, vom ersten allerdings periodisch betroffen.

---

## 3. Das Behördliche Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung

Die digitale Transformation, die Alterung ihrer Mitglieder und der zunehmende Mangel an Fachkräften stellt die Landesverwaltung Nordrhein-Westfalen vor Herausforderungen, die nur durch leistungsfähige und auch leistungsbereite Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu bewältigen sind. **Ein verbindlich geführtes Behördliches Gesundheitsmanagement erleichtert die Findung und Bindung exzellenter Mitarbeiter.** Verwiesen sei hier auf das PwC-Gutachten (2018) „Fachkräftemangel im öffentlichen Dienst“. In diesem Gutachten werden als erstes Handlungsfeld eines zukünftigen öffentlichen Dienstes die Themen „Vertrauen“, „Mitarbeitermotivation“, „Verwaltungsklima“, „Mitarbeitergesundheit“ und „systematisches Gesundheitsmanagement“ angesprochen:

„Vertrauen und Wertschätzung sind Voraussetzung für eine hohe Mitarbeitermotivation, insbesondere bei Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen mit einer hohen Public-Service-Motivation - also Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, die gesellschaftlich etwas bewegen wollen. Beides kann durch moderne Personalmanagementinstrumente wie Zielvereinbarungen oder agile Teamarbeit unterstützt werden. Ein entsprechend positives Verwaltungsklima wirkt sich auch positiv auf die Mitarbeitergesundheit aus, bei der der öffentliche Dienst mit hohen Abwesenheitszeiten und vielen Dienstunfähigkeitsfällen im Vergleich zur Privatwirtschaft ein schlechtes Bild abgibt. Ein systematisches Gesundheitsmanagement fördert zusätzlich Mitarbeitergesundheit. [...] Im Zentrum steht dabei die Frage, wie insbesondere über eine höhere Wertschätzung der Mitarbeiter Motivation erhöht und damit Krankenstände oder ein vorzeitiges Ausscheiden in den Ruhestand oder die Erwerbsunfähigkeit teilweise vermieden werden können.“ (PwC 2018, S. 9 und S. 37)

In dem Gutachten heißt es weiter, „dass die Landesebene allein aufgrund ihres hohen Anteils an öffentlichen Beschäftigten den größten absoluten Fachkräfteengpass zu erwarten hat“ (ebd. S. 29). Damit angesprochen sind insbesondere die ca. 200.000 Lehrerinnen und Lehrer, die ca. 40.000 Polizistinnen und Polizisten, die ca. 30.000 Beschäftigten der Finanzverwaltung des Landes sowie die ca. 40.000 Beschäftigten in Justizverwaltung und -vollzug.

Jede Organisation ist ein Fall für sich. Das Behördliche Gesundheitsmanagement sollte sich an den spezifischen Zielen einer Verwaltungsorganisation, den Bedürfnissen ihrer Mitglieder und den Ergebnissen einer datengestützten Organisationsdiagnose orientieren. Bei der Auswahl einzelner Interventionen sollte beides genauer betrachtet werden: die jeweilige Behörde mit ihren Strukturen und Prozessen („Verhältnisse“), wie auch die Mitglieder mit ihrer Arbeitsweise und ihrem Lebensstil („Verhalten“). Es sollten Arbeitsbelastungen ebenso Berücksichtigung finden, wie auch gesundheitsfördernde Einflüsse. Der insbesondere von der Nobelpreisträgerin für Ökonomie Elinor Ostrom vertretene **Sozialkapitalansatz** eignet sich u. E. besonders gut zur Sichtbarmachung der Licht- und Schattenseiten einer Organisation und deren Konsequenzen für Gesundheit und Organisationserfolg (Ostrom, Ahn 2003) (s. Anhang 1).

Wir empfehlen dem Behördlichen Gesundheitsmanagement der Landesverwaltung, sich am sorgfältig ermittelten Bedarf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Behörden zu orientieren. Es sollte Stressquellen identifizieren und die daraus entstehenden Beeinträchtigungen reduzieren. Wir empfehlen zudem, eine gesunde Arbeitsweise und einen gesunden Lebensstil sowie die Eigenverantwortung für Gesundheit zu fördern. Der Schwerpunkt sollte auf der Förderung des Wohlbefindens liegen. Menschen, die sich wohl fühlen, sind stressresistenter, qualitätsbewusster und loyaler. Einen nachhaltigen Beitrag zur Förderung des Wohlbefindens der Beschäftigten der Landesverwaltung werden Investitionen in das Sozialkapital ihrer Behörden leisten.

**Vertrauen** ist eine zentrale Voraussetzung gelingender Zusammenarbeit. Eine zweite zentrale Voraussetzung sind **Gemeinsamkeiten** mit Blick auf die Sinnhaftigkeit der Ziele und Aufgaben. Beides sind wichtige Merkmale zur Beurteilung der **Qualität der Kultur** einer Behörde und wichtige Einflussfaktoren für die Gesundheit ihrer Mitglieder (s. Anhang 9).

Die Zustimmung zum Gesundheitsmanagement hängt erfahrungsgemäß davon ab, inwieweit neben den Verwaltungszielen mitarbeiterorientierte Ziele verfolgt werden. Und sie hängt davon ab, inwieweit die Vorschläge der zuständigen Experten sowohl bei der Verwaltungsführung wie auch bei einzelnen Mitgliedern und ihrer Vertretung nicht nur Zustimmung finden, sondern von ihnen auch aktiv und nachhaltig unterstützt und nachgefragt werden. **Investitionen in die Gesundheit fördern sowohl die Arbeits- und Lebensqualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch den Erfolg ihrer Organisation** (Badura 2017, S. 37-88; Steinke, Lampe 2017, S. 127-151).

Ein professionelles und mit hoher Verbindlichkeit geführtes Behördliches Gesundheitsmanagement ist kein Luxusgut, sondern von zentraler Bedeutung für die Attraktivität und den Erfolg der Landesverwaltung.

Mit Blick auf die Umsetzung eines Behördlichen Gesundheitsmanagements empfehlen wir folgende allgemeine **Grundsätze**:

1. Ursachenorientiertes und datengestütztes Vorgehen bei der bedarfsprüfenden Organisationsdiagnose (z. B. Fehlzeitenanalyse, Mitarbeitendenbefragung);
2. Berücksichtigung gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter Instrumente (z. B. mithilfe von Workshops, Projektmanagement, Gesundheitsberichten, internen Audits) bei der Steuerung (Planung, Durchführung, Evaluation) einzelner Interventionen;
3. Entwicklung von Kennzahlen zur Steuerung der Gesundheitsinvestitionen der Landesregierung;
4. Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der organisationalen Verankerung des Behördlichen Gesundheitsmanagements („Arbeitskreis Gesundheit“), bei der Entscheidungsfindung sowie Planung, Durchführung und Bewertung einzelner Projekte;

5. Klare Verantwortungsteilung zwischen Macht- und Fachpromotoren (bei gleichzeitiger Verfolgung gemeinsamer Ziele): Machtpromotoren tragen die Verantwortung für die Verbindlichkeit, Fachpromotoren für die Professionalität des Behördlichen Gesundheitsmanagements.

Um vorliegende Erkenntnisse und Erfahrungen für die Landesverwaltung nutzbar zu machen, gilt es zunächst Aktivitäten zu würdigen, die bisher schon mit großem persönlichem Engagement einzelner Führungskräfte, Experten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unternommen werden. Das Behördliche Gesundheitsmanagement ist ein Lernprozess, der stets an den vorhandenen Bedingungen „vor Ort“ anknüpfen und selbst einer kontinuierlichen Verbesserung unterliegen sollte, um den sich wandelnden internen und externen Anforderungen der Verwaltung zu genügen. **Gesundheit in Organisationen lässt sich am besten durch gemeinsame Vorhaben fördern, bei deren Realisierung auf Arbeitsweisen und Methoden zurückgegriffen wird, wie sie z. B. aus dem Projektmanagement bekannt sind.** Bewährt hat sich dabei der aus dem Qualitätsmanagement entlehnte Deming-Zyklus mit seinen vier Schritten: der (1.) Diagnose, (2.) Planung, (3.) Intervention und (4.) Evaluation (Deming 2000, S. 88).

Behörden, die Sinnvermittlung und persönliche Verbundenheit hoch bewerten, sind erfolgreicher als Behörden, die zur Leistungssteuerung ihrer Mitglieder nur auf Hierarchie und finanzielle Anreize setzen.

**Verbindliche Führung des Behördlichen Gesundheitsmanagements** findet nur dort statt, wo folgende Regeln eingehalten werden:

1. Verpflichtung der Behördenleitungen auf regelmäßige (z. B. jährliche) Festlegung von Gesundheitszielen;
2. Durchführung von Projekten zur Zielerreichung;
3. Ermittlung der Projektergebnisse (Ist-Soll-Abgleich) durch interne Audits (s. SCOHS 2010, S. 27 ff).

---

4. Initiierung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse.

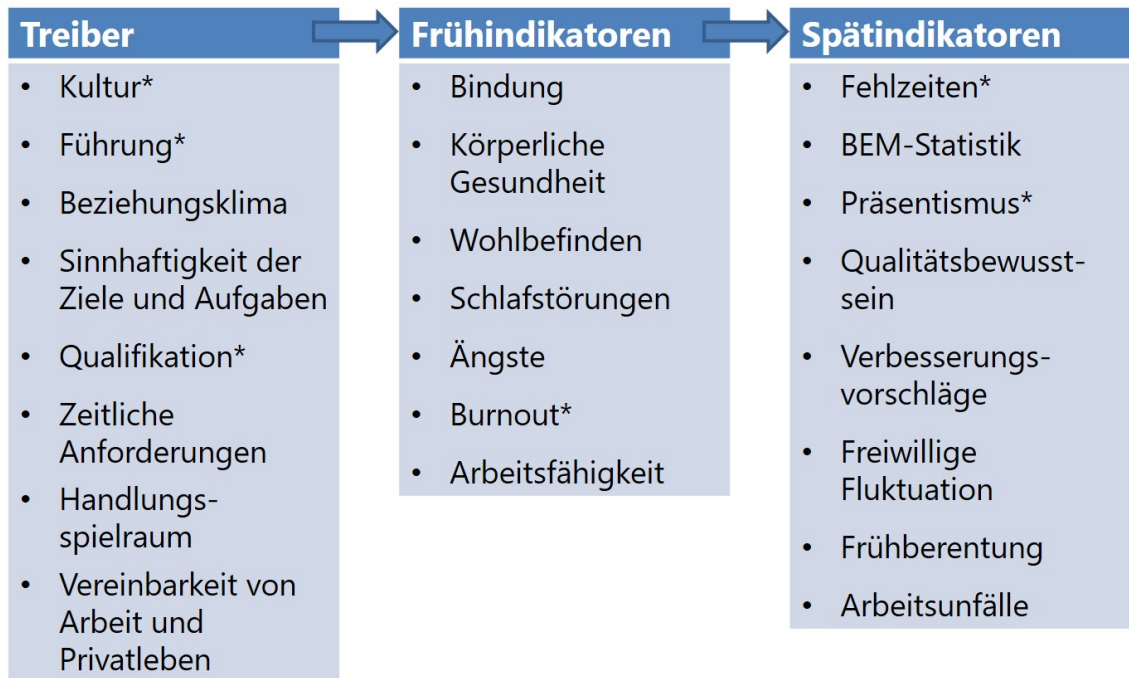
Führung, die Standards setzt, ist verantwortlich für deren Umsetzung. Von nachhaltigen Fortschritten in Richtung einer gesunden Verwaltung kann nur dann gesprochen werden, wenn sie sich an relevanten Kennzahlen ablesen lassen.

## 4. Kennzahlen für die Landesverwaltung

Das im Folgenden dargestellte Kennzahlensystem ist ein Ergebnis unserer vergleichenden Forschung in zahlreichen Unternehmen, in Krankenhäusern, Verwaltungen und Hochschulen. **Ziel ist es, gestützt auf das eingangs vorgestellte Bindungs- und Sozialkapitalkonzept, bisher unsichtbare Qualitätsmerkmale und Wirkungsketten von Organisationen messbar und damit gestaltbar zu machen.**

Nachhaltige Unterstützung durch die oberste Führungsebene der Landesverwaltung ist für das BGM von existenzieller Bedeutung. Deshalb sollten Beiträge zu Verwaltungszielen nicht nur versprochen, sondern regelmäßig dokumentiert werden. Dies geschieht durch die Entwicklung und laufende Erhebung einer begrenzten Zahl an Kennzahlen: 1. zum Gesundheitszustand der Beschäftigten, 2. der darauf Einfluss nehmenden Bedingungen und 3. deren Folgen für Effizienz und Effektivität der Verwaltungsarbeit.

Die im Folgenden vorgeschlagenen Kennzahlen haben mehrfache Funktionen. Sie informieren die Führung einer Organisation über den Zustand ihres sozialen Systems und den Entwicklungsbedarf. Sie informieren zudem über den wirtschaftlichen Nutzen von Investitionen in die Gesundheit und über den Stand der Zielerreichung in den einzelnen Untergliederungen: darüber, wieviel Gesundheit bei den Mitgliedern tatsächlich ankommt. Sie dienen zudem auch dem operativen Geschehen im BGM. Sie lenken die Aufmerksamkeit der Gesundheitsexperten, der Personalvertretungen und der einzelnen Organisationsmitglieder, helfen Schwerpunkte ihres Handelns zu ermitteln, die Bedarfsgerechtigkeit einzelner Maßnahmen zu begründen und deren Durchführung zu bewerten. Für die Entwicklung des BGM zu einem lernenden System sind Kennzahlen zu Treibern, Früh- und Spätindikatoren erforderlich.



**Abb.** BGM-Kennzahlensystem (s. auch Anhang 2)<sup>3</sup>

Ein mit hoher Verbindlichkeit und hoher Professionalität geführtes Behördliches Gesundheitsmanagement stärkt die **Attraktivität** und **Bindekraft** der Landesverwaltung. Es **reduziert Fehlzeiten- und Präsentismuskosten** und fördert das **Qualitätsbewusstsein**. Und es erfüllt **gesetzliche Auflagen** (Gefährdungsbeurteilung; Präventionsgesetz, Betriebliches Eingliederungsmanagement - s. Anhang 10).

Wegen ihrer hohen Folgekosten verdienen **Fehlzeiten, Präsentismus** und **Frühberentungen** besondere Aufmerksamkeit. Ebenso das **Qualitätsbewusstsein** wegen seiner Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Bürger des Landes. Spätindikatoren lassen sich nachhaltig nur durch Einfluss auf die Treiberfaktoren, insbesondere auf Führung und Kultur einer Behörde beeinflussen.

Die Letztverantwortung für die in den Kennzahlen abgebildeten Treiberfaktoren und ihre Folgen liegt in einer hierarchischen Organisation zuallererst in der Linie, nie alleine bei Stäben. **Verbindlichkeit im Behördlichen Gesundheitsmanagement der Landesverwaltung hängt ab von der Verantwortung der Führungskräfte**

<sup>3</sup> Die mit einem \* markierten Kennzahlen werden beispielhaft in den Anhängen erläutert.

---

**(Machtpromotoren) und der Professionalität (Erfahrung und Qualifikation) der dafür zuständigen Stabsmitglieder (Fachpromotoren).**

---

## 5. Zwischenfazit

1. Bei Kopfarbeiterinnen und -arbeitern hat die psychische Gesundheit eine besondere Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft.
2. Emotional gebundene Beschäftigte, die sich mit ihrer Arbeit identifizieren, sind stressresistenter, flexibler, loyaler und qualitätsbewusster.
3. Gesund arbeiten lässt sich nur unter gesundheitsförderlichen Organisationsbedingungen. Entscheidend dafür ist insbesondere das Sozialkapital, also Führung, Kultur und Beziehungsklima.
4. Die empfundene Sinnhaftigkeit der eigenen Aufgaben und Ziele ist mitentscheidend für Gesundheit und Qualitätsbewusstsein.
5. Der Schwerpunkt im Behördlichen Gesundheitsmanagement sollte sich auf Schutz und Förderung der Gesundheit der Anwesenden konzentrieren - nicht allein auf Fehlzeitenbekämpfung. Die dafür erforderliche Mitarbeitendenbefragung sollte zum Standard werden.
6. Im Rahmen eines Behördlichen Gesundheitsmanagements ist Hochrisikogruppen (z. B. Lehrerinnen und Lehrer, Polizistinnen und Polizisten, Steuerfahnderinnen und Steuerfahndern) besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

## Teil II Standards für die Landesverwaltung

Die im Folgenden formulierten Standards beruhen auf (1) Ergebnissen der vergleichenden Organisationsforschung zum Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit und dem daraus hervorgegangenen **Wirkmodell** aus Treibern, Früh- und Spätindikatoren (s. oben); (2) auf **Erkenntnissen bei der Anwendung** dieses Modells in einer Vielzahl von Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen (z. B. Badura 2012); (3) auf Federführung bei der Entwicklung des **Social Capital and Occupational Health-Standards** (2010) in **Zusammenarbeit u. a. mit einer internationalen Zertifizierungsagentur** („Lloyd’s Register Quality Assurance“); (4) auf der **Mitarbeit an der DIN SPEC 91020** zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (2012) (s. Walter 2017) und (5) den geführten Interviews mit den Vertreterinnen und Vertretern der obersten Landesbehörden.

Daraus, und aus den im Abschlussbericht zusammengetragenen Erkenntnissen und Erfahrungen, lassen sich folgende Aussagen zu **spezifischen Mindeststandards für die Landesverwaltung** ableiten:

1. Nachhaltige Erfolge beim Schutz, beim Erhalt und bei der Förderung der Gesundheit der Landesbediensteten lassen sich nur dann erzielen, wenn die Ressorts und Behörden mit den dafür notwendigen (Plan-)Stellen bzw. dem erforderlichen Personal (Fachpromotoren) ausgestattet werden.
2. Eine zweite zwingende Voraussetzung ist die ausschließliche Befassung mit den anspruchsvollen Herausforderungen im Behördlichen Gesundheitsmanagement (inklusive Arbeitsschutz und Betrieblicher bzw. Behördlicher Gesundheitsförderung) sowie die Sicherstellung der für diese Aufgabenbewältigung nötigen hohen Qualifikation.
3. Innovationen wie die Einführung eines Behördlichen Gesundheitsmanagements in den Verwaltungsalltag sind nur durchsetzbar bei einer energischen Unterstützung und verbindlichen Führung durch die Behörden- bzw. Dienst-

---

stellenleitungen und aller Führungskräfte auf den nachgeordneten Führungsebenen, insbesondere bei der Arbeit in den **Arbeitskreisen Gesundheit** sowie bei der **Definition konkreter Projekte**, der **Bereitstellung der nötigen Ressourcen**, der **Unterstützung der BGM-Fachpromotoren**, der **Sicherung der Projekt-Ergebnisse** und bei der **Anwendung von Kennzahlen** zur Steuerung der gesundheitsbezogenen Investitionen in die Landesverwaltung.

4. Die Behördenleitungen sind zuständig für die periodischen **Zielvorgaben** (im Einvernehmen mit dem Personalrat), für die angemessene Personalausstattung, das Budget und - gemeinsam mit dem BGM-Steuerkreis - für die begründete **Ergebnissicherung** der durchgeführten Projekte in Form interner Audits sowie für die zur Steuerung des Behördlichen Gesundheitsmanagements auf der Landesebene notwendigen Kennzahlen.

---

# Katalog der Standards

## **A. Anforderungen an die Rahmenbedingungen**

Standard A.1: „Formulierung von übergeordneten, strategischen Zielen für das BGM“

Standard A.2: „Wahrnehmung des BGM als dauerhafte Aufgabe durch die Behördenleitung“

Standard A.3: „Bereitstellung ausreichender personeller, finanzieller und räumlicher Ressourcen für das BGM“

Standard A.4: „Abschluss verbindlicher schriftlicher Vereinbarungen zum BGM“

Standard A.5: „Kontinuierliche Kommunikation zum Thema BGM (Internes Marketing)“

## **B. Anforderungen an Strukturen**

Standard B.1: „Einrichtung eines Gremiums für das BGM in jeder Behörde“

Standard B.2: „Festlegung personeller Verantwortlichkeiten für das BGM“

Standard B.3: „Qualifizierung der BGM-Akteure“

Standard B.4: „Aufbau einer Dateninfrastruktur“

## **C. Anforderungen an Prozesse**

Standard C.1: „Diagnose“

Standard C.2: „Maßnahmenplanung“

Standard C.3: „Maßnahmenumsetzung“

Standard C.4: „Evaluation“

## **D. Anforderungen an Ergebnisse und ihre Sicherung**

Standard D.1: „Ergebnissicherung einzelner Projekte durch interne Audits“

Standard D.2: „Ergebnissicherung des BGM-Managementsystems mit Hilfe von Kennzahlen“

## A. Anforderungen an Rahmenbedingungen

Die Landesregierung ist dafür verantwortlich, dass das Behördliche Gesundheitsmanagement per Beschluss als eine wichtige Daueraufgabe in der gesamten Landesverwaltung mit der nötigen Ressourcen-Ausstattung (insbesondere personeller Ressourcen), Qualifikation und Verbindlichkeit wahrgenommen und in einem jährlichen Gesundheitsbericht dokumentiert wird. Im Sinne eines „organisationalen Commitments“ und zur Steuerung ihrer Aktivitäten im Behördlichen Gesundheitsmanagement sollten die maßgeblichen Eckpunkte mit einem Kabinettsbeschluss zu einem landesweit verbindlichen Behördlichen Gesundheitsmanagement festgeschrieben werden. Wir empfehlen, sich dabei zur Transparenz der Aktivitäten und ihrer Ergebnissicherung auf ein System geeigneter Kennzahlen zu verständigen. Die Landesregierung beschließt zudem über:

- die Zuordnung der Verantwortung auf Landesebene
- die Initiative zur Etatisierung der nötigen (Plan-)Stellen in den Einzelplänen der Ressorts bzw. der Bereitstellung des erforderlichen Personals
- die Initiative zur Etatisierung eines für alle Ressorts und Behörden einheitlichen Titels als Ausgabeermächtigung für BGM (inkl. Arbeitsschutz, Betriebsärztlichem und sicherheitstechnischem Dienst und Maßnahmen der Behördlichen Gesundheitsförderung) sowie alljährliche Bereitstellung des für diesen Zweck erforderlichen Budgets (Dotation der Titel)
- die Formulierung von Mindeststandards für die Qualifikation der Fachpromotoren zu zertifizierten Gesundheitsmanagerinnen und Gesundheitsmanagern
- das Berichtswesen (z. B. Dokumentationsstandards für Fehlzeiten)
- die Aufgaben der im Ministerium des Innern angesiedelten „Stabsstelle Landeskoordination Betriebliches Gesundheitsmanagement“
- periodische Schwerpunkte (siehe auch APRO)

Der jährlich zu erstellende Gesundheitsbericht ist kein Selbstzweck, sondern dient der Vor- und Nachbereitung entsprechender Investitionen. Er enthält Daten (1) über Fehlzeiten (im nationalen Vergleich) und (2) über zurückliegende Aktivitäten und ihre Ergebnisse und (3) über beschlossene Schwerpunkte und Projekte zu ihrer Bearbeitung. **Darüber hinaus halten wir (4) periodische Mitarbeitendenbefragungen insbesondere zur Datengewinnung für Treiber- und Frühindikatoren des steuernden Kennzahlensystems für zwingend geboten.** Kernelemente der Befragung sollten zur landesweiten Vergleichbarkeit der Ergebnisse inhaltlich identisch sein.

Die gesundheitsorientierten Aktivitäten der Landesverwaltung haben ihre historischen Wurzeln im **Arbeitsschutz**, in den ebenfalls gesetzlich regulierten Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung zur **Betrieblichen Gesundheitsförderung** und neuerdings im **Behördlichen Gesundheitsmanagement**. Eine klare Trennung dieser drei Tätigkeitsfelder ist heute nur noch schwer möglich und auch wenig sinnvoll. Gefährdungsbeurteilung und BEM-Verfahren sind gesetzlich vorgeschrieben. Und sie erfordern gesundheitswissenschaftlichen Fachverstand. Deshalb werden sie zurecht im Rahmen des Behördlichen Gesundheitsmanagements durchgeführt. Unter Gesundheitsexperten wird diskutiert, ob der Schwerpunkt gesundheitsbezogener Aktivitäten bei den Mitgliedern der Verwaltung („Verhaltensprävention“) oder im sozialen Kontext einer Behörde („Verhältnisprävention“), bei der physischen oder psychischen Fitness liegen sollte. Diese Unterscheidungen trennen, was im Zusammenhang zu bearbeiten ist: Zum einen, weil die Auswahl von Maßnahmen nicht im Belieben der Macht- und Fachpromotoren liegt, sondern zwingend abhängig gemacht werden sollte von den Ergebnissen einer datengestützten Diagnose (z. B. Fehlzeitenanalyse, Mitarbeitendenbefragung, Altersstrukturanalyse oder einer Serie von Arbeitssituationsanalysen). Zum anderen, weil z. B. Coachings für Führungskräfte, Teamentwicklung oder Kulturworkshops zwar bei den Mitgliedern ansetzen, letztlich aber auf Veränderungen in den Strukturen und Prozessen einer Organisation abzielen. Zum dritten, weil der Deming-Zyklus in jedem Fall zur Anwendung kommen sollte. Zum vierten, weil - wie bereits oben begründet - die seelische Gesundheit bei Kopfarbeitern

von besonderer Bedeutung ist für die Qualität der erbrachten Leistungen, wie auch für die körperliche Gesundheit, was die Einbeziehung von medizinischem und klinisch-psychologischem Sachverstand erfordert, **Gesundheitsexperten unterschiedlicher Fachrichtungen sollten weniger nebeneinander als vielmehr miteinander arbeiten.**

---

**Standard A.1:****„Formulierung von übergeordneten, strategischen Zielen für das BGM“****Beschreibung:**

Zu Beginn der Aktivitäten sollten strategische Ziele für das BGM formuliert werden, die ein systematisches Handeln ermöglichen und die Wirkungen des Handelns anhand des Zielerreichungsgrades überprüfbar machen.

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- Gemeinsam mit dem Beschluss der BGM-Standards sollte das Landeskabinett übergeordnete Ziele für das BGM der Landesverwaltung beschließen. Hierbei sollten bereits bestehende Ziele bzw. Verlautbarungen berücksichtigt werden (die Landesverwaltung als moderner Arbeitgeber; Erhalt und Förderung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten; gesundheitsförderliche Gestaltung von Digitalisierung etc.). Ziele im BGM dienen der Gesundheit der Beschäftigten und dadurch der Erreichung von Verwaltungszielen. Ziele sollten deutlich machen, welcher Anspruch mit dem Behördlichen Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung verknüpft wird und sie sollten zugleich adäquat und realistisch sein.
- Abgeleitet aus den übergeordneten Zielen sollten in den einzelnen Ressorts strategische BGM-Ziele für das Ressort und den nachgelagerten Geschäftsbereich formuliert werden. Neben Outcomes (Fehlzeiten, Präsentismus, Qualitätsbewusstsein, Frühberentung etc.) sollten insbesondere Ziele zu den Arbeits- und Organisationsbedingungen formuliert werden (Kultur, Beziehungsklima, Führung, Sinnhaftigkeit der Arbeit).

- 
- Wird das BGM in der Landesverwaltung entsprechend der BGM-Standards systematischer und professioneller im Sinne eines Managementsystems aufgestellt, sollte es sich auch anhand seiner Wirtschaftlichkeit messen lassen.
  - Wiederum abgeleitet aus diesen strategischen Zielen sollte jede Behörde eigene Ziele festlegen. Diese Ziele sollten ausreichend konkret formuliert werden, so dass eine Überprüfbarkeit der Zielerreichung möglich ist. Sie sollten mittelfristig erreichbar sein und es sollten nach dem Durchlaufen des BGM-Lernzyklus (s. Standards C.1 - C.4) Erfolge sichtbar werden.

**Standard A.2:****„Wahrnehmung des BGM als dauerhafte Aufgabe durch die Behördenleitung“****Beschreibung:**

Das BGM bedarf der dauerhaften Unterstützung durch die jeweilige Behördenleitung. Dabei sollte sie eng mit den Personalvertretungen zusammenarbeiten.

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- Die Verantwortung für das BGM in einer Behörde sollte immer die jeweilige Behördenleitung tragen. Sie sollte in der zu Grunde liegenden schriftlichen Vereinbarung festgehalten sein. In der Ausübung dieser Verantwortung wird sie unterstützt und beraten durch die im BGM handelnden Akteurinnen und Akteure und insbesondere den BGM-Zuständigen in der Behörde, mit denen sie eng zusammenarbeitet.
- Alle Behördenleitungen sollten eine grundlegende Information oder Schulung zu zentralen Grundlagen, Zielen und Vorgehensweisen im BGM erhalten, da es sich dabei um ein i. d. R. neues Aufgabengebiet handelt. In diesem Zusammenhang sollten die beschlossenen BGM-Standards vorgestellt und erläutert werden.
- Die Behördenleitung sollte dauerhaft Mitglied im BGM-Gremium sein und an den Sitzungen teilnehmen (s. Standard B.1). Sie kann sich im BGM-Gremium durch die stellvertretende Behördenleitung vertreten lassen.
- Die Behördenleitung sollte sich - sichtbar für die Beschäftigten in der Behörde - für das BGM positionieren und engagieren, um den Stellenwert des Themas zu unterstreichen (s. Standard A.5).
- Die Personalvertretungen sind nach Landespersonalvertretungsgesetz (LPVG § 72 Absatz 4 Nr. 7) an den entsprechenden Abstimmungen und Entscheidungen im

---

Gesundheitsmanagement zu beteiligen. Die Zusammenarbeit zwischen Behördenleitung und Personalvertretung sollte sich nicht nur auf das gesetzlich geforderte Maß beschränken, sondern eine gemeinsame konstruktive Zusammenarbeit auf der Grundlage der Standards anstreben. Die Personalvertretungen sind dauerhaft Mitglied im BGM-Gremium (s. Standard B.1).

- Die Behördenleitung sollte im Kreis der Leitungs- bzw. Führungskräfte einen regelmäßigen Austausch zum Gesundheitsmanagement führen. Dies fördert das persönliche Gesundheitsbewusstsein und Fortschritte bei der gesunden Führung (s. Anhang 8).

**Standard A.3:****„Bereitstellung ausreichender personeller, finanzieller und räumlicher Ressourcen für das BGM“****Beschreibung:**

Um wirksame Maßnahmen und „spürbare“ Verbesserungen in den Behörden zu realisieren und von den Beschäftigten akzeptiert zu werden, benötigt das Behördliche Gesundheitsmanagement eine Ausstattung mit ausreichenden finanziellen, personellen und infrastrukturellen Ressourcen.

**Operationalisierung:****1. Personelle Ressourcen:****Mindeststandards:**

- In jeder obersten Landesbehörde sollte mindestens eine volle Referentenstelle (Laufbahngruppe 2.2) für die zentrale Steuerung des BGM geschaffen werden.
- Zusätzlich dazu sollte in jeder obersten Landesbehörde mindestens eine Stelle geschaffen werden, die das BGM für die Behörde selbst bearbeitet. Diese Stelle sollte - je nach Größe des Ministeriums - mindestens einen Stellenumfang von 0,5 - 1,0 haben und durch eine Person aus der Laufbahngruppe 2.1 besetzt werden.
- Die organisatorische Verankerung des BGM in einem Ministerium sollte entweder in einer Stabsstelle oder in einem Referat in der Zentral- bzw. Personalabteilung erfolgen. Im letzteren Fall sollten die Schnittstellen des BGM mit den Bereichen Arbeitsschutz, Personal, Personalgewinnung, Fort- und Weiterbildung berücksichtigt und der Referatszuschnitt entsprechend gestaltet werden.
- Zusätzlich dazu sollten in den Landesmittelbehörden weitere Stellen geschaffen werden für BGM-Zuständige, die einerseits für ihre jeweilige Behörde zuständig sind und andererseits nachgeordnete Behörden beim Aufbau und der Gestaltung

von BGM beraten und begleiten. Hier kann in etwa so kalkuliert werden, dass pro 2.000 Beschäftigte eine volle Stelle geschaffen werden sollte.<sup>4</sup> Diese Stellen sollten mit Personen der Laufbahngruppe 2.1 oder 2.2 besetzt werden.

- In den darunter liegenden (unteren) Landesbehörden und Landesbetrieben sollten für die für das BGM zuständigen Personen Stellenanteile für BGM geschaffen werden. Diese Anteile sollten - je nach Anzahl der Beschäftigten in der jeweiligen Behörde - zwischen 0,25 und 0,5 Stellenanteilen liegen. Diese Stellen sollten mit Personen aus den Laufbahngruppen 2.1 oder 2.2 besetzt werden. In den Stellenbeschreibungen sollte das Gesundheitsmanagement mit seinen Teilaufgaben (s. Standard B.2) als Aufgabe aufgenommen und dafür im Gegenzug Aufgaben mit einem vergleichbaren Umfang an andere Stellen bzw. Personen verlagert werden.
- Die genannten Kalkulationen personeller Ressourcen gehen davon aus, dass das BGM zentral gesteuert wird und standardisiert vorgeht entlang der beschriebenen BGM-Standards. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass die zuständigen Personen ausreichend fachlich qualifiziert wurden (s. Standard B.3) oder über einen entsprechenden einschlägigen Studienabschluss (Psychologie, Gesundheitswissenschaften, Betriebliches Gesundheitsmanagement etc.) verfügen.

---

<sup>4</sup> Diese Kalkulation beruht auf Erfahrungswerten aus anderen Branchen, den Erfahrungswerten und Kalkulationen der interviewten Ansprechpersonen sowie der Kalkulation, dass ein/e BGM-Zuständige/r mit voller Stelle den Aufbau und die Umsetzung der vorliegenden Standards in etwa 10 bis maximal 15 kleinen bis mittleren nachgeordnete Behörden betreuen könnte.

## **2. Finanzielle Ressourcen:**

### **Mindeststandards:**

- Jede Behörde sollte über ein jährliches Budget für BGM verfügen, mit dessen Hilfe planbar gehandelt werden kann, ohne für einzelne Vorhaben um Freigabe bitten zu müssen.
- Die Höhe des Budgets ist zu einem Teil davon abhängig, inwieweit die beschriebenen BGM-Standards umgesetzt und ggf. interne Lösungen für Beratung und Diagnostik geschaffen werden (s. Teil III). Davon abgesehen sollte mit einem Budget für BGM von mindestens 30 bis 40 Euro pro Beschäftigten kalkuliert werden. In dieser Kalkulation werden keine Leistungen aus dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) oder der Fort- und Weiterbildung (z. B. gesundheitsförderliches Führen) berücksichtigt. In diesem Budget sind außerdem keine Leistungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes enthalten. Ist eine externe Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung mit entsprechender Begleitung geplant, sollte für dieses Jahr mit einem zusätzlichen Budget von etwa 20 Euro pro Beschäftigten kalkuliert werden.

## **3. Räumliche Ressourcen:**

### **Mindeststandards:**

- In jeder Behörde sollte ein Raum zur Verfügung stehen, in dem im Rahmen des Gesundheitsmanagements fest institutionalisiert verhaltensorientierte Maßnahmen (Sport/Bewegung, Entspannung etc.) angeboten und durchgeführt werden können. Der Raum sollte die Durchführung von Kursen mit etwa 10-15 Teilnehmenden ermöglichen und über eine Grundausstattung verfügen, die es erlaubt, entsprechende Angebote und Kurse durchzuführen. Die Angebote können von den Beschäftigten während oder direkt im Anschluss an ihre Dienstzeit wahrgenommen werden.

- 
- Diese Räumlichkeit sollte im Rahmen der Raumplanung für alle Landesbehörden fest eingeplant werden. Ein Raum für das Gesundheitsmanagement trägt dazu bei, das Thema noch stärker sichtbar in der Behörde zu institutionalisieren und seinen Stellenwert zu unterstreichen. Eigene Räumlichkeiten und eine entsprechende Ausstattung tragen außerdem dazu bei, die eigene Behörde bzw. die Landesverwaltung insgesamt als modernen Arbeitgeber wahrzunehmen.

**Standard A.4:****„Abschluss verbindlicher schriftlicher Vereinbarungen zum BGM“****Beschreibung:**

Es sollte eine schriftliche Vereinbarung formuliert werden, mit der das BGM auf eine verbindliche Grundlage gestellt und Rollenklarheit für die Handelnden geschaffen wird (Macht- und Fachpromotoren; Prozessbegleitung durch interne oder externe Experten erforderlich).

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- Für jede Behörde sollte eine rechtlich verbindliche schriftliche Vereinbarung zum BGM vorliegen. Diese Vereinbarung kann entweder in Form einer Dienstvereinbarung oder eines (Grundsatz-)Erlasses zum BGM vorliegen. Aufgrund der entsprechenden verwaltungsrechtlichen Vorschriften sind die Personalvertretungen an der Erstellung der Vereinbarungen beteiligt.
- In dieser schriftlichen Vereinbarung sollten die zentralen Grundlagen zum BGM (Ziele, Schwerpunkte, Zuständigkeiten, Ressourcen, Prozesse, Instrumente) klar beschrieben und verbindlich geregelt sein. Die beschlossenen Mindeststandards für das BGM der Landesverwaltung sollten vollumfänglich berücksichtigt und ggf. für die Bedarfe des jeweiligen Ressorts und Geschäftsbereiches weiter konkretisiert werden (s. Anlage 11).
- Darüber hinaus sollte für jede Behörde das nach § 76 Landesbeamten-gesetz (LBG) NRW gesetzlich vorgeschriebene Rahmenkonzept für das Gesundheitsmanagement vorliegen. Die Erstellung des BGM-Rahmenkonzeptes erfolgt gemäß § 76 LBG NRW durch die jeweilige oberste Landesbehörde (s. Standard A.1).

- Die Dienstvereinbarung bzw. der (Grundsatz-)Erlass und das BGM-Rahmenkonzept sollten aufeinander abgestimmt werden, so dass sie sich inhaltlich sinnvoll ergänzen.

**Empfehlungen:**

- Die Art der zu treffenden schriftlichen Vereinbarung - Dienstvereinbarung oder (Grundsatz-)Erlass - ist in Abhängigkeit von Situation und Aufgaben des Ressorts bzw. Geschäftsbereiches zu treffen. Die Dienstvereinbarung wird gemeinsam durch die Behördenleitung und die Personalvertretung unterzeichnet und muss - bei Bedarf - durch beide Parteien gemeinsam aktualisiert werden.

**Standard A.5:****„Kontinuierliche Kommunikation zum Thema BGM (Internes Marketing)“****Beschreibung:**

Das Gesundheitsmanagement sollte intern kontinuierlich kommuniziert und beworben werden, um die Aufmerksamkeit und die Akzeptanz der Beschäftigten für und die Mitwirkung am Thema aufrechtzuerhalten.

**Operationalisierung:**

- Die Führungskräfte und Beschäftigten der Landesverwaltung sind einer Fülle an Informationen ausgesetzt, die überwiegend digital bzw. schriftlich verteilt und unter zeitlich begrenzten Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen werden müssen. Diese Tatsache sollte die Kommunikation im BGM berücksichtigen (s. Folgendes).

**Mindeststandards:**

- Es sollte kontinuierlich zum Thema kommuniziert werden, damit den Beschäftigten klar ist, woran im BGM aktuell gearbeitet wird. Es sollte über laufende und abgeschlossene Projekte sowie erreichte Ergebnisse berichtet werden, auch über Zwischenstände oder noch zu klärende Fragen.
- Die Kommunikation sollte nicht ausschließlich durch den BGM-Zuständigen, sondern ergänzend auch durch die weiteren handelnden Akteurinnen und Akteure erfolgen. Dies meint das BGM-Gremium und insbesondere die Behördenleitung. Die Behördenleitung sollte sich an geeigneten Stellen klar zum BGM positionieren. Sie unterstützt damit wesentlich die Kommunikation zum Thema, indem sie seine Bedeutung klarstellt und dadurch die Wahrnehmung der Beschäftigten für das Thema erhöht.

- 
- Es sollten immer mehrere verschiedene Informationskanäle und -wege zur Kommunikation genutzt werden. Übliche Informationskanäle sind: Intranet, Info-Mails, Newsletter, Aushänge, Flyer, persönliche Ansprache. Eine persönliche Ansprache - im direkten Gespräch oder z. B. im Rahmen einer Info-Veranstaltung - sollte Bestandteil der Kommunikation im BGM sein und kann nicht ersetzt werden durch eine rein digitale bzw. schriftliche Kommunikation.

## B. Anforderungen an Strukturen

### **Standard B.1:**

#### **„Einrichtung eines Gremiums für das BGM in jeder Behörde“**

##### **Beschreibung:**

In jeder Behörde sollte ein Gremium für das BGM bestehen, in dem die zentralen Akteurinnen und Akteure der Behörde und des BGM vertreten sind. Das BGM-Gremium trifft die grundlegenden Entscheidungen im BGM bzw. bereitet diese vor, berät die Behördenleitung in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für das BGM, bietet eine Informations- und Kommunikationsplattform zum Thema und stellt den zentralen „Motor“ für das Gesundheitsmanagement in der Behörde dar.

##### **Operationalisierung:**

##### **Mindeststandards:**

- Über Bedarf und Vorgehen sollte gemeinsam durch die zentralen Akteurinnen und Akteure in der Behörde bzw. im BGM der Behörde beraten und entschieden bzw. durch die BGM-Zuständigen zur Entscheidung vorbereitet werden. Mitglied im BGM-Gremium sollten entsprechend sein: Behördenleitung (oder entscheidungsbefugte Vertretung), Personalratsvorsitzende/r, Gleichstellungs- und Schwerbehindertenvertretung, Leitung der Zentralabteilung (oder entscheidungsbefugte Vertretung), BGM-Zuständige/r, Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitsschutz, Personalentwicklung und Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) sowie weitere am Thema interessierte Führungskräfte und Beschäftigte. Die Besetzung des Gremiums sollte nicht zu groß sein, um seine Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten.
- Bei Bedarf sollte das Gremium auf eine (interne oder externe) Prozessbegleitung zurückgreifen können.

- 
- Das BGM-Gremium sollte eine Plattform bieten zum Austausch über den aktuellen Stand und laufende Aktivitäten im BGM sowie zur Information und Kommunikation in der Behörde (s. Standard A.5).
  - Das BGM-Gremium sollte zur Wahrnehmung seiner Aufgaben zu Beginn seiner Tätigkeit einen entsprechenden fachlichen Input erhalten (s. Standard B.3) und laufend weitergebildet werden.
  - Das BGM-Gremium sollte entsprechend der beschriebenen Funktionen entweder als Steuerkreis eingerichtet oder als fester Bestandteil in den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzausschuss (ASA) (§ 11 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)) aufgenommen werden. Im letzteren Fall würde eine Doppelstruktur vermieden, da im Arbeitsschutzausschuss (ASA) weitestgehend dieselben Personen bzw. Funktionen vertreten sind, die auch im BGM-Gremium vertreten sein sollten. Der Auftrag für den Arbeitsschutzausschuss (ASA) müsste entsprechend angepasst und erweitert werden. Der Arbeitsschutzausschuss (ASA) muss entsprechend dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) quartalsweise tagen, was für das BGM eine ausreichende Sitzungshäufigkeit darstellen würde.
  - Der BGM-Steuerkreis bzw. der erweiterte Arbeitsschutzausschuss (ASA) sollte einzelne Aufträge oder Projekte an zeitlich befristete Projektgruppen delegieren.

## **Standard B.2:**

### **„Festlegung personeller Verantwortlichkeiten für das BGM“**

#### **Beschreibung:**

**Aufgaben und Verantwortlichkeiten** der Handelnden im BGM sollten klar vereinbart und schriftlich fixiert sein.

#### **Operationalisierung:**

##### **Mindeststandards:**

- Die Verantwortung für die verbindliche Durchführung des BGM trägt die jeweilige **Behördenleitung** (s. Standard A.2) (Machtpromotor). In der Wahrnehmung ihrer Verantwortung lässt sie sich durch die/den BGM-Zuständige/n und das BGM-Gremium beraten. Die Behördenleitung sollte als festes Mitglied im BGM-Gremium vertreten sein und steuert dort gemeinsam mit der Personalvertretung, der/m BGM-Zuständigen und den weiteren Akteurinnen und Akteuren das BGM in der Behörde und berät über grundlegende Fragestellungen und Zielsetzungen. Die Behördenleitung sollte grundlegende Entscheidungen zum BGM entweder im BGM-Gremium oder anhand von Entscheidungsvorlagen aus dem BGM-Gremium in Abstimmung mit der Personalvertretung treffen. Die Behördenleitung sollte der Bedeutung des BGM für die Landesverwaltung Gewicht geben und das Thema entsprechend offensiv in der Behörde vertreten (s. Standard A.5). Hierzu sollte die Behördenleitung entsprechenden fachlichen Input zum Gesundheitsmanagement erhalten (s. Standard B.3). Die Behördenleitung sollte das Thema BGM im Kreis der Leitungs- und Führungskräfte regelmäßig zum Thema machen (s. Standard A.2). In diesem Zusammenhang sollten Rolle und Bedeutung von Führung für die Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten thematisiert und entsprechende Konsequenzen daraus gezogen werden. Hierbei sollte auch § 3 (Zusammenarbeit und Führung) der Gemeinsamen Geschäftsordnung

für die Ministerien des Landes Nordrhein-Westfalen (GGO) berücksichtigt werden.

- In jeder Behörde sollte ein/e **BGM-Zuständige/r** benannt werden, die/der die/den fachliche/n Expertin/en im BGM der Behörde darstellt und das Thema fachlich vorantreibt (Fachpromotor). Die/der BGM-Zuständige berät die Behördenleitung zum Thema und beruft das BGM-Gremium ein. Weitere Aufgaben der/s BGM-Zuständigen sind insbesondere: Aufbau und Weiterentwicklung des BGM entsprechend der BGM-Standards; Vor- und Nachbereitung der Sitzungen des BGM-Gremiums; laufende Information und Kommunikation zum Thema; Vernetzung der handelnden Akteurinnen und Akteure; Vorgehen im BGM entlang des BGM-Lernzyklus; Analyse und Interpretation von zu Grunde liegenden Daten; fachgerechte Ableitung, Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen; Dokumentation und Ergebnissicherung. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, sollte die/der BGM-Zuständige über eine entsprechende Qualifikation im BGM verfügen bzw. bei Bedarf entsprechend qualifiziert werden (s. Standard B.3). Neben fachlichen und methodischen Kompetenzen sollte die/der BGM-Zuständige besonderes Engagement für das BGM haben und über notwendige soziale Fähigkeiten verfügen (Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit etc.). Von Vorteil sind weiterhin Kenntnisse über die Strukturen und Besonderheiten der Landesverwaltung.
- Für die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des **BGM-Gremiums** wird auf den Standard B.1 verwiesen.
- Die beschriebene Verteilung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im BGM einer Behörde sollte konkret und verbindlich schriftlich fixiert werden in einer Dienstvereinbarung oder einem (Grundsatz-) Erlass (s. Standard A.4). Darüber hinaus gilt es, die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der ver-

schiedenen Landesbehörden (oberste, mittlere und untere Landesbehörden sowie Landesoberbehörden) aufeinander abzustimmen, zu regeln und schriftlich festzuhalten.

---

**Standard B.3:****„Qualifizierung der BGM-Akteure“****Beschreibung:**

Um ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten adäquat wahrnehmen zu können, benötigen die im BGM handelnden Akteurinnen und Akteure einer Behörde grundsätzlich eine entsprechende Qualifizierung.

**Operationalisierung:**<sup>5</sup>**1. Behördenleitungen:****Mindeststandards:**

- Alle Behördenleitungen sollten eine mindestens halbtägige Information zum Thema BGM erhalten.
- Ziel dieses Inputs ist, dass die Behördenleitungen das BGM in ihrer Behörde verantworten und fördern können (s. Standard A.2).
- Bestandteil des Inputs sollten die zentralen Grundlagen im BGM sein: Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit, Grundlagen im BGM, Standards für das BGM in der Landesverwaltung, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im BGM der Landesverwaltung.

**2. BGM-Zuständige:****Mindeststandards:**

- Das (Erfahrungs-)Wissen und die fachliche, methodische und soziale Kompetenz der für das BGM verantwortlichen Person in der jeweiligen Behörde ist zentral für das Gelingen des BGM. Alle BGM-Zuständigen sollten daher eine entsprechende Qualifizierung zum Thema erhalten.

---

<sup>5</sup> S. hierzu auch Anhang 6.

- 
- Die Qualifizierung sollte die folgenden Bestandteile beinhalten: 1. Teil: Grundlagen im BGM (Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit, Grundlagen im BGM, Standards für das BGM in der Landesverwaltung, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im BGM der Landesverwaltung); 2. Teil: Methoden und Instrumente im BGM (Diagnostikinstrumente, Analyse und Interpretation von Daten, Controlling und Ergebnissicherung, Feinanalyse-Methoden, Projektmanagement, Moderation); 3. Teil: Maßnahmen und Vorgehensweisen im BGM (verhaltensorientierte und verhältnisorientierte Maßnahmen, systemisches Denken, Umgang mit Widerständen)

### **3. BGM-Gremium:**

#### **Mindeststandards:**

- Alle Mitglieder des jeweiligen BGM-Gremiums sollten zu Beginn der Tätigkeit einen grundlegenden fachlichen Input zum Thema BGM und bei Bedarf im Verlauf der Tätigkeit weiteren Input zu ausgewählten Themenschwerpunkten erhalten.
- Dieser Input kann erfolgen durch die/den BGM-Zuständige/n und/ oder weitere Expertinnen und Experten (BGM-Verantwortliche der übergeordneten Behörden, BGM-Verantwortliche/r auf Ressortebene, externe Prozessbegleiter/innen etc.).

**Standard B.4:****„Aufbau einer Dateninfrastruktur“****Beschreibung:**

Im BGM bedarf es einer Datengrundlage, anhand derer Handlungsbedarfe ermittelt, entsprechende Prioritäten und Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt und die Wirksamkeit des Handelns überprüft werden können. Dazu müssen in regelmäßigen Abständen Daten erhoben und Kennzahlen geliefert werden, als Voraussetzung für eine datengestützte Steuerung des gesamten Vorgehens im BGM (durch Zeitreihen und Vergleiche innerhalb und zwischen Behörden; s. Anhänge 3-6).

**Operationalisierung:****Mindeststandard „Fehlzeitenstatistik“:**

- Für jede Behörde der Landesverwaltung sollte jährlich eine differenzierte Fehlzeitenstatistik entsprechend der Systematik des Gesundheitsberichtes der Landesregierung erstellt werden.
- Eine vergleichende Betrachtung zwischen den Ressorts sowie innerhalb eines Ressorts und dem Geschäftsbereich sollte ermöglicht werden, um zusätzliche Erkenntnisse und Handlungsbedarfe aus der Fehlzeitenstatistik gewinnen zu können. Ein länderübergreifender Vergleich und ein Vergleich mit Bundesbehörden sollte angestrebt werden.
- Der Schwerpunkt sollte allerdings bei der Differentialdiagnose der eigenen Behörde liegen („Jede Organisation ist ein Fall für sich!“): Beim Vergleich interner Abteilungen und der dadurch identifizierbaren Probleme und ihrer Ursachen als Voraussetzung bedarfsgerechter Interventionen.

**Mindeststandard „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung“:**

- Alle Behörden der Landesverwaltung sind nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) seit dem Jahr 2013 zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen verpflichtet.
- Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung kann - nach den Empfehlungen u. a. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) - mit Hilfe einer standardisierten Mitarbeitendenbefragung oder akzeptierter Workshop-basierter Vorgehensweisen (z. B. Arbeitssituations-analyse) durchgeführt werden. Die Durchführung muss nach Arbeitsbereichen mit „gleichartigen Arbeitsbedingungen“ (§ 5 ArbSchG) erfolgen. Entsprechend der Empfehlungen sollte die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung federführend durch das BGM einer Behörde umgesetzt werden. Der Arbeitsschutz ist zu beteiligen.
- In größeren Organisationen - wie sie die Behörden der Landesverwaltung überwiegend darstellen - empfiehlt sich aus zeitlichen und aufwandstechnischen Gründen die Durchführung einer standardisierten Mitarbeitendenbefragung.
- Für die Durchführung einer Mitarbeitendenbefragung zum Zweck der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ist ein Fragebogen einzusetzen, der die inhaltlichen Anforderungen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung berücksichtigt (Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit, Arbeitsumgebung), die methodisch-statistischen Anforderungen an einen reliablen und validen Fragebogen erfüllt sowie Informationen zum Kennzahlensystem der Landesverwaltung liefert (s. S. 13 ff.).
- Die Auswertung einer Mitarbeitendenbefragung muss nach Arbeitsbereichen differenzieren, um die gesetzlichen Anforderungen nach § 5 ArbSchG zu erfüllen. In den Behörden muss daher mindestens eine Auswertung nach der ersten Differenzierungsebene erfolgen (z. B. Abteilungen eines Ministeriums).

- 
- Eine vergleichende Betrachtung von Befragungsergebnissen innerhalb einer Behörde ist - neben weiteren Bezugsgrößen wie Normwerten oder externen Vergleichswerten - essentiell für die Ergebnisinterpretation und Ableitung von Handlungsfeldern und Maßnahmen.
  - Für die Zwecke der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung müssen die aus der Mitarbeitendenbefragung abgeleiteten Handlungsfelder und Maßnahmen sowie deren Umsetzung dokumentiert werden (§ 6 ArbSchG). Weiterhin ist nach einem angemessenen Zeitraum die Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen zu überprüfen (§ 3 ArbSchG) und das Ergebnis der Überprüfung zu dokumentieren.

#### **Mindeststandard „Erhebung von Treibern, Früh- und Spätindikatoren“:**

- Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung erfordert die Erfassung und Beurteilung von Arbeits- und Organisationsbedingungen, die zu psychischen Beeinträchtigungen bei den Beschäftigten führen können. Die in diesem Zusammenhang zu berücksichtigenden Faktoren (z. B. Arbeitsinhalte, Führung, soziale Beziehungen, Behördenkultur) stellen zentrale Ansatzpunkte für den Arbeitsschutz sowie das Behördliche Gesundheitsmanagement dar.
- Für die Zwecke des BGM müssen darüber hinaus Daten und Kennzahlen zum Gesundheitszustand der Beschäftigten (Outcomes) erhoben werden. Hierbei sollte sowohl der körperliche Gesundheitszustand, als auch das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten und ihre Arbeitsfähigkeit erhoben und weitere Variablen erfasst werden (s. Treiber-, Früh- und Spätindikatoren in Abschnitt I.4).

#### **Empfehlungen:**

- Die bestehenden Kennzahlen und Ergebnisse aus Fehlzeitenstatistik und Mitarbeitendenbefragung können sinnvoll durch weitere Informationen ergänzt werden (z. B. Altersstrukturanalysen; Anzahl der Frühberentungen). Die Verknüpfung verschiedener Daten- bzw. Informationsquellen verfeinert die Diagnostik.

- 
- Ergänzende Daten- bzw. Informationsquellen für die Diagnostik im Rahmen des BGM der Landesverwaltung sind: Teilnahmequoten und aggregierte Dokumentationen aus dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM); aggregierte Dokumentationen der Sozialen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bzw. weiterer interner Beratungsstellen/ -akteurinnen und -akteure; Statistik zu dauerhafter Dienstunfähigkeit; Zahlen zur Fluktuation der Beschäftigten nach intern und extern; Statistik zu Arbeitsunfällen.
  - Die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) stellt eine gesetzliche Verpflichtung für alle Behörden der Landesverwaltung dar (§ 167 SGB IX Prävention).
  - Bei der Aufbereitung und dem Berichten von Daten aus den genannten ergänzenden Daten- bzw. Informationsquellen sind die Vorgaben des Datenschutzes zu beachten und einzuhalten. Es empfiehlt sich, die Dokumentation von zentraler Stelle aus vorzugeben (Bestandteile, Form, Leitfäden etc.).
  - Von grundlegender Bedeutung ist die Erfassung zentraler Daten (Fehlzeiten, Frühberentungen etc.) nach **einheitlichen Standards**, weil nur dadurch ihre Vergleichbarkeit gewährleistet ist. Hierzu sollten Vorgaben in der Stabstelle erarbeitet werden zur Produktion periodischer Gesundheitsberichte.

## C. Anforderungen an Prozesse

Regelhaftes wiederkehrendes Durchlaufen des BGM-Lernzyklus aus den vier Prozessen Diagnose, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung und Evaluation bildet den Kern der Arbeit im BGM.

- Zur Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen ist vorab eine datengestützte **Diagnose** zur Erhebung des IST-Zustands (von Treibern, Früh- und Spätindikatoren) zwingend erforderlich.
- Anhand der Diagnose müssen **Handlungsfelder** und dazugehörige **Maßnahmen** abgeleitet, geplant und umgesetzt werden (z. B. in Form einzelner Projekte).
- Die **Evaluation** dient der Überprüfung, ob die umgesetzten Maßnahmen ihre beabsichtigte Wirkung bzw. Verbesserungen erzielt haben.
- Die Ergebnisse der Evaluation liefern wiederum Hinweise auf Entwicklungsbedarfe sowie auf weiterhin oder neu zu bearbeitende Handlungsfelder, die es dann über Maßnahmen zu adressieren gilt, womit das Durchlaufen des Lernzyklus von neuem beginnt.

### Operationalisierung:

#### **Mindeststandards:**

- Das Vorgehen aus Diagnose, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung und Evaluation im Rahmen von BGM sollte in allen Behörden der Landesverwaltung systematisch und wiederkehrend durchgeführt werden. Bei der konkreten Umsetzung der einzelnen Schritte sind die entsprechenden Mindeststandards zu befolgen (s. Standards C.1 - C.4).

- 
- Ein Durchlaufen des BGM-Lernzyklus sollte in jeder Behörde der Landesverwaltung in einem Zeitraum von zwei bis maximal fünf Jahren erfolgen.
  - Das Durchlaufen des Lernzyklus innerhalb von zwei bis drei Jahren gewährleistet seine volle Funktionalität bzw. des Vorgehens im BGM. Die Ableitung und Planung von Maßnahmen sollte zeitnah nach der Diagnose erfolgen, um an bestehenden Handlungsbedarfen noch ansetzen zu können und um die Akzeptanz der Beschäftigten für das Vorgehen nicht zu verlieren. Die Umsetzung von Maßnahmen sollte aus denselben Gründen zeitnah erfolgen. Die Evaluation sollte mit einem gewissen zeitlichen Abstand zur Umsetzung durchgeführt werden, damit die Umsetzungen und Veränderungen wirken können. Erfolgt die Evaluation stark verzögert, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die gemessenen Ergebnisse ausschließlich Ergebnisse der umgesetzten Maßnahmen und Veränderungen und nicht das Ergebnis anderer Entwicklungen sind, die sich in der Zwischenzeit vollzogen haben. Das Ziel einer Evaluation im BGM ist die Bewertung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, um auf dieser Grundlage wirksame und zielführende Möglichkeiten und Vorgehensweisen der Weiterentwicklung zu identifizieren (s. Standard C.4). Dies gelingt nur in einem zeitlich sinnvollen Abstand zur Umsetzung.
  - In Ministerien, die durch Umressortierungen betroffen sind, sollte der BGM-Lernzyklus möglichst innerhalb einer Legislaturperiode durchlaufen werden. Eine Umressortierung stellt eine grundlegende Veränderung eines Ministeriums dar (räumlicher Umzug, Abgabe bisheriger Abteilungen und/ oder Integration neuer Abteilungen, Wechsel der Behördenleitung etc.). Diese Veränderung durchbricht die Logik des BGM-Lernzyklus (Bsp.: Identifizierte Handlungsfelder sind nicht mehr bzw. nur noch für einen Teil der Beschäftigten relevant; geplante Maßnahmen wurden ursprünglich nur für einen Teil der Beschäftigten geplant; eine Evaluation misst ggf. eher die (Un-)Zufriedenheit mit der Veränderung und deren Gestaltung, als die Ergebnisse des Handelns im Rahmen von BGM).

- 
- Die Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung fordern, dass die Gefährdungsbeurteilung Aktualität besitzt und „erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen“ ist (§ 3 ArbSchG). Nach den Empfehlungen der Arbeitsschutzorgane bedeutet dies, dass jede Behörde die Aktualität ihrer Gefährdungsbeurteilung bzw. ihrer Mitarbeitendenbefragung nach zwei bis drei Jahren überprüfen und bei Bedarf aktualisieren bzw. erneut durchführen sollte.
  - Ein zeitliches Vorgehen ist so, wie oben beschrieben, umsetzbar, wenn ein den wissenschaftlichen Qualitätskriterien genügendes Instrument bereits vorliegt. Mittelfristig sollte durch die Stabsstelle BGM ein einheitliches und für alle Behörden verbindliches Instrumentarium entwickelt und zur Verfügung gestellt werden (s. Teil III Empfehlungen).

## **Standard C.1:**

### **„Diagnose“**

#### **Beschreibung:**

Vor der Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen von BGM sollte in jeder Behörde eine Analyse der vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten durchgeführt werden. Anhand der Datenanalyse können die in der Behörde bestehenden Handlungsbedarfe identifiziert und bedarfsgerechte Maßnahmen beschlossen werden.

#### **Operationalisierung:**

##### **Mindeststandards:**

- Im Rahmen der Diagnose sollten die aus der Dateninfrastruktur (s. Standard B.4) gelieferten Daten und Kennzahlen herangezogen werden. Entsprechend der zu Standard B.4 formulierten Mindeststandards sollten hierbei Daten und Kennzahlen zu Arbeits- und Organisationsbedingungen, dem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der Beschäftigten und weiteren relevanten Outcomes vorliegen (Bindung, Fehlzeiten, Arbeitsfähigkeit, BEM-Statistik, dauerhafte Dienstunfähigkeit etc.). Es ist grundsätzlich empfehlenswert, eine kombinierte Betrachtung von Kennzahlen aus unterschiedlichen Datenquellen (Befragungsdaten, Daten aus dem Personalsystem, Gesprächsdokumentationen) vorzunehmen.
- Die Analyse sollte durch die/den jeweilige/n BGM-Zuständige/n vorbereitet und im BGM-Gremium diskutiert werden. Das Ziel der Analyse im BGM-Gremium sollte es sein, ein gemeinsames Bild zur Bewertung der Datengrundlage und den bestehenden Handlungsbedarfen zu erarbeiten und sich gemeinsam auf diese Handlungsbedarfe und deren Bearbeitung festzulegen. Die vereinbarten Handlungsfelder sollten in Einklang mit der im BGM bestehenden Zielsetzung (s. Standard A.1) stehen. An die Festlegung von Handlungsfeldern schließt sich die Ableitung und Planung entsprechender Maßnahmen an (s. Standard C.2).

- 
- Die Diagnose sollte nach Durchlaufen des BGM-Lernzyklus erneut - wie oben beschrieben - durchgeführt werden. Der zeitliche Abstand zwischen zwei Diagnosen sollte zwei bis maximal fünf Jahre betragen (s. oben). Um diese Zeiträume einhalten zu können, sind eine standardisierte Datengenerierung und standardisiert vorliegende Verfahren zur Durchführung und Auswertung von Mitarbeitendenbefragungen unabdingbar (s. Teil III).
  - Das gesamte Vorgehen sollte entsprechend der Vorgaben durch § 6 ArbSchG durch die/den BGM-Zuständige/n laufend dokumentiert werden.

**Standard C.2:****„Maßnahmenplanung“****Beschreibung:**

Aus den im Rahmen der Diagnose ermittelten Handlungsbedarfen werden entsprechende bedarfsgerechte Maßnahmen abgeleitet und in ihrer Umsetzung geplant. Daten alleine begründen keine Maßnahmenplanung, sondern nur in Verbindung mit Erfahrung, Fachverstand und den Präferenzen der Beschäftigten, Fach- und Machtpromotorinnen und -promotoren.

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- Aus den im Rahmen der Diagnose festgelegten Handlungsbedarfen sollten im nächsten Schritt entsprechende bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt und abgeleitet werden. Es sollten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen umgesetzt werden (sofern dies den Handlungsbedarfen entspricht).
- Die Ableitung von Maßnahmen zu den identifizierten Handlungsfeldern und Handlungsbedarfen sollte - analog zum Schritt der Diagnose - durch die/den BGM-Zuständige/n vorbereitet und mit dem BGM-Gremium diskutiert und beschlossen werden. Ist der Handlungsbedarf klar identifiziert und bestehen entsprechend bedarfsgerechte und erfolgsgeprüfte Maßnahmen, kann im BGM-Gremium über die Umsetzung dieser Maßnahmen entschieden oder eine entsprechende Entscheidung vorbereitet werden.
- Komplexere Handlungsbedarfe sollten im Rahmen von Projektgruppen bearbeitet werden. Hierzu sei auf § 5 (Projektgruppen) der Gemeinsamen Geschäftsordnung für die Ministerien des Landes Nordrhein-Westfalen (GGO) verwiesen: „Zur Bearbeitung komplexer Vorhaben können Projektgruppen ... eingerichtet werden. Dabei sind Auftrag, Zusammensetzung, Zeitplan und, soweit möglich, das Budget

---

der Projektgruppe sowie die Stellung der Mitglieder festzulegen. Eine geschlechterparitätische Besetzung der Projektgruppen ist anzustreben.“

- Die Projektplanung umfasst Zeitplan, Aufgabenplan, Personal- und Ressourcenplanung.
- Das gesamte Vorgehen sollte entsprechend der Vorgaben durch § 6 ArbSchG durch die/den BGM-Zuständige/n laufend dokumentiert werden.

**Standard C.3:****„Maßnahmenumsetzung“****Beschreibung:**

Die im Rahmen der Planung beschlossenen Maßnahmen, Schritte und Projekte werden entsprechend der Planung umgesetzt.

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- Die beschlossenen Maßnahmen, Schritte und Projekte sollten planmäßig umgesetzt werden.
- Im Verlauf der Umsetzung sollte ein Umsetzungscontrolling durch die/den BGM-Zuständige/n und entsprechende Berichte an das BGM-Gremium erfolgen. Ergaben sich im Verlauf der Umsetzung Schwierigkeiten oder unvorhergesehene Änderungen, sollte eine Anpassung der ursprünglichen Planung geprüft und ggf. realisiert werden.
- Grundsätze des Projektmanagements sollten durch die/den BGM-Zuständige/n eingebracht und angewandt werden.
- Das gesamte Vorgehen sollte entsprechend der Vorgaben durch § 6 ArbSchG durch die/den BGM-Zuständige/n laufend dokumentiert werden.

**Standard C.4:****„Evaluation“****Beschreibung:**

Zu einem festgelegten Zeitpunkt müssen in jeder Behörde die Vorgehensweisen und erzielten Ergebnisse im BGM gemeinsam durch die BGM-Akteurinnen und -Akteure geprüft und bewertet werden.

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- In jeder Behörde sollte regelmäßig nach einem vereinbarten zeitlichen Abstand eine Evaluation im BGM durchgeführt werden. Im Rahmen der Evaluation sollten die umgesetzten bzw. erreichten Rahmenbedingungen, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im BGM geprüft und bewertet werden. Die beschlossenen BGM-Standards sollten hierbei als orientierender Rahmen dienen.
- Im Rahmen der Strukturevaluation sollte geprüft und bewertet werden, inwieweit die beschlossenen Standards zu den Rahmenbedingungen (s. Standards A.1 - A.5) und Strukturen (s. Standards B.1 - B.4) im BGM umgesetzt und welche Erfahrungen hiermit gemacht wurden.
- Im Rahmen der Prozessevaluation sollte analog geprüft und bewertet werden, inwieweit der BGM-Lernzyklus aus Diagnose, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung und Evaluation und die entsprechenden Standards (s. Standards C.1 - C.4) umgesetzt und welche Erfahrungen hiermit gemacht wurden.
- Im Rahmen der Ergebnisevaluation sollte geprüft werden, inwieweit die strategischen und operativen Ziele (s. Standard A.1) erreicht werden konnten und ob sich anhand von Daten oder Kennzahlen erkennen lässt, dass durch die umgesetzten

---

Maßnahmen Verbesserungen bei der Bewertung der Treiber, Früh- und Spätindikatoren erzielt werden konnten.

- Die Evaluation der operativen Ziele sollte im BGM-Gremium erfolgen. Das Gremium sollte zum Zweck der Evaluation um weitere Personen aus der Behörde - insbesondere Leitungs- und Führungskräfte - erweitert werden, um die Evaluation durch weniger direkt beteiligte Personen zu ergänzen. Diese gemeinsame Überprüfung sollte in Form eines internen Audits erfolgen (s. Standard D.1).
- Das Ergebnis der Evaluation ist schriftlich zu dokumentieren. Die Vorgaben aus den §§ 3 und 6 ArbSchG zur Dokumentation und Wirksamkeitsüberprüfung im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung sollten berücksichtigt werden.
- Der Prozessschritt der Evaluation sollte von den Handelnden grundsätzlich als Teil eines Lernprozesses und als Möglichkeit zur Weiterentwicklung gesehen und dabei eine kritische Perspektive eingenommen werden.
- Für weiteres siehe die Standards D.1 und D.2.

---

## D. Anforderungen an Ergebnisse und ihre Sicherung

Gesundheitsexperten und -experten (Fachpromotoren) sind für ihren Erfolg angewiesen auf die anhaltende Unterstützung durch ihre Ressort- oder Behördenleitungen, durch die Personalvertretungen und die Beschäftigten der Landesverwaltung. Zentrale Voraussetzungen dafür sind realistische Zielvorgaben durch ihre oberste Führung (Machtpromotoren), Transparenz in der Planung und Durchführung geeigneter Arbeitsschritte sowie eine Bewertung der erzielten Ergebnisse (im Einvernehmen mit den Mitgliedern ihrer zuständigen Steuerkreise).

Dabei gilt es zwei Bewertungsebenen zu unterscheiden: Die Bewertung der Ergebnisse einzelner Projekte „vor Ort“ in den jeweiligen Ressorts und Behörden und die Bewertung der Arbeit der BGM-Strukturen, Prozesse und Ergebnisse insgesamt durch die oberste Leitung der Landesverwaltung. In der Wirtschaft haben sich hierzu zwei Instrumente als zugleich zweckmäßig und effizient erwiesen: Die Bewertung einzelner Projekte zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit durch **interne Audits** und die Bewertung des BGM-Management-Systems und ihres Beitrags zum Betriebsergebnis durch ein interne Wirkketten abbildendes **Kennzahlensystem**.

### **Standard D.1:**

#### **„Ergebnissicherung einzelner Projekte durch interne Audits“**

##### **Beschreibung:**

Die Dokumentation und Ergebnissicherung einzelner Projekte erfolgt durch interne Audits der zuständigen Machtpromotoren im Einvernehmen mit den Mitgliedern des BGM-Gremiums.

---

**Operationalisierung:****Mindeststandards:**

- Die internen Audits erfolgen in der Regel am Ende der geplanten Projektlaufzeit, nach Anhörung der Projektmitglieder und Prüfung der vorgelegten Dokumente zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- Voraussetzung hierfür ist die begleitende Dokumentation von Vorgehensweisen (Ergebnisprotokolle von Gremiensitzungen; Teilnahmelisten von Schulungen, Workshops oder Angeboten etc.) und Ergebnissen im BGM.
- Die Dokumentation sollte die Anforderungen aus § 6 ArbSchG zur Dokumentation für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen berücksichtigen.
- Die Projektbewertung und Begründungen müssen schriftlich dokumentiert werden auch unter Aufnahme eventuell abweichender Meinungen einzelner Mitglieder des zuständigen Steuerkreises. Die Letztverantwortung für die Ergebnisbewertung liegt bei der jeweiligen Behördenleitung.

**Standard D.2:****„Ergebnissicherung des BGM-Managementsystems mit Hilfe von Kennzahlen“****Beschreibung:**

Die Ergebnissicherung des gesamten BGM-Systems der Landesverwaltung (Machtpromotoren, Fachpromotoren, Prozessbegleitung und Koordination) erfolgt mit Hilfe einer überschaubaren Anzahl von Kennzahlen, bezeichnet als Treiber-, Früh- und Spätindikatoren (s. Abschnitt I.4).

---

**Operationalisierung:**

**Mindeststandards:**

- Die Auswertung der dazu von den Ressorts und Behörden bereitzustellenden Daten erfolgt durch die Stabsstelle BGM und findet Eingang in den periodisch zu erstellenden Gesundheitsbericht der Landesverwaltung.
- Kennzahlen dienen der Steuerung komplexer Systeme. Sie unterrichten die oberste Führungsebene über den Ist-Zustand der Verwaltung, bilden zentrale Zielparameter für das BGM der Landesverwaltung und Maßstab zur Bewertung einzelner Fortschritte in den Treibergrößen und deren angestrebten Folgen für die Früh- und Spätindikatoren. Kennzahlen bilden die Grundlage für die Strategieplanung im BGM und zur Bewertung der Strategieumsetzung.

## Teil III Empfehlungen

Die nachfolgend aufgeführten Schritte und Maßnahmen dienen dem Aufbau des BGM in der Landesverwaltung und der Klärung einer entsprechenden Rollenverteilung. Darüber hinaus gilt es, Rolle und Funktionen der Stabsstelle zu konkretisieren:

- Den Aufbau des Behördlichen Gesundheitsmanagements (BGM) in der Landesverwaltung
- Die Koordination von Unterstützungsangeboten durch die Stabsstelle BGM
- Die Verknüpfung des Behördlichen Gesundheitsmanagements (BGM) mit der E-Government-Strategie

### **1. Die übergeordnete Architektur des Behördlichen Gesundheitsmanagements (BGM) in der Landesverwaltung**

Mit dem Koalitionsvertrag hat die nordrhein-westfälische Landesregierung die Entscheidung getroffen, das Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung zu fördern und hat dazu eine Stabsstelle eingerichtet zur Koordinierung entsprechender Aktivitäten. Darüber hinaus hat die Landesregierung bereits im Koalitionsvertrag festgelegt, dass sie Mindeststandards für das BGM formulieren und das Gesundheitsmanagement regelmäßig evaluieren will.

Im **Landeskabinett** sollte über die hier vorgelegten BGM-Standards beraten und per Kabinettsbeschluss darüber entschieden werden. Dieser Beschluss sollte Vorgaben über weitere unterstützende Maßnahmen zur Umsetzung der Standards (s. u.) beinhalten. Weiterhin sollte im Landeskabinett regelmäßig durch die Stabsstelle BGM über die Umsetzung der Standards berichtet werden. Diese Berichtspflicht beinhaltet - mit Unterstützung der einzelnen Behörden - die Erarbeitung eines periodischen Gesundheitsberichtes, die Dokumentation der Ziele der einzelnen Ressorts und deren Ergebnissicherung. Die Berichtspflicht sollte ferner die Aktivitäten zur Weiterbildung

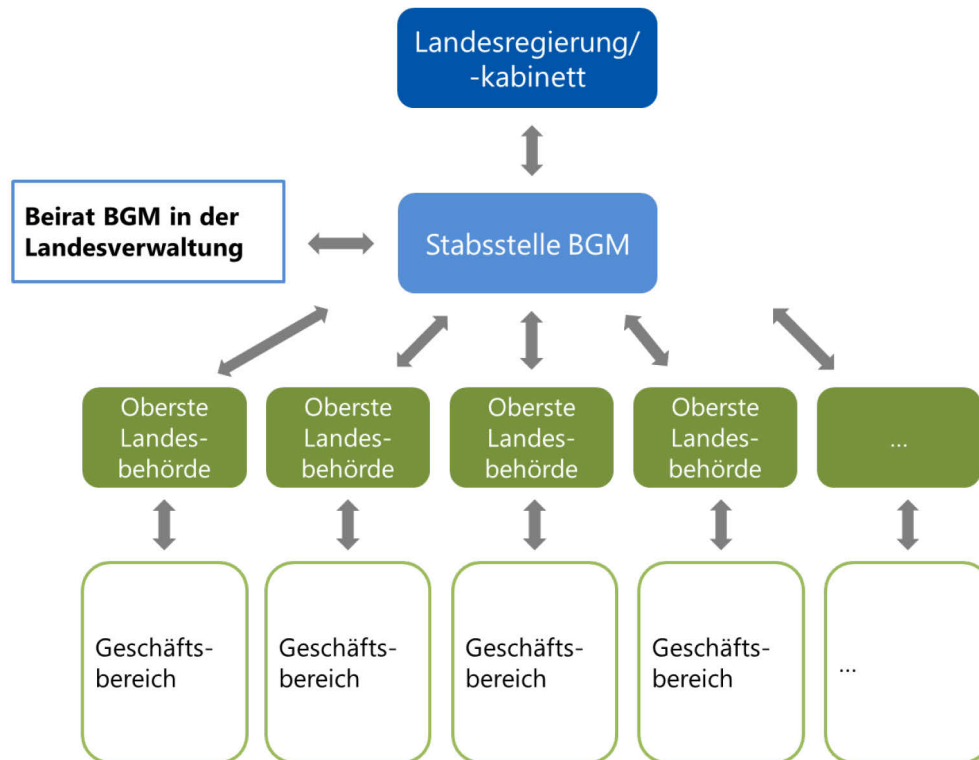
und Vernetzung der Fachpromotoren der Landesverwaltung nach innen und über die Landesgrenzen hinweg mit anderen Ländern und der Bundesebene beinhalten.

Unterhalb des Landeskabinetts sollte die **Stabsstelle BGM** als geschäftsführende Einheit agieren. Sie arbeitet im Auftrag der Landesregierung, an die sie berichtet (s. o.). Die Stabsstelle sollte bei Bedarf außerdem an den Landtag berichten (z. B. Unterausschuss Personal). Die Funktionen der Stabsstelle bestehen in der Koordination und Steuerung des Behördlichen Gesundheitsmanagements (BGM) in der Landesverwaltung. Zur Erfüllung dieser Funktionen hat die Stabsstelle bereits erste Schritte vollzogen (Organisation des Erfahrungsaustausches der BGM-Ansprechpersonen in den obersten Landesbehörden; Koordination von Schulungsangeboten; Prüfung von Rahmenverträgen für betriebsärztliche Dienste etc.). Erfüllt werden sollte die Steuerungs- und Koordinationsfunktion durch die Unterstützung der Ressorts bei der Umsetzung der beschlossenen BGM-Standards.

Die Stabsstelle sollte sich auf die Bearbeitung von Querschnittsaufgaben im BGM und die Unterstützung der Ressorts konzentrieren und dabei eng mit den BGM-Zuständigen und den BGM-Gremien der obersten Landesbehörden im Austausch stehen und mit diesen zusammenarbeiten.

Die Stabsstelle BGM sollte durch einen **„Beirat für das Behördliche Gesundheitsmanagement (BGM) in der Landesverwaltung NRW“** unterstützt werden. Gemeinsam mit der Stabsstelle sollte im Beirat das Vorgehen der Stabsstelle geplant und Schwerpunkte für ihre Arbeit erarbeitet werden.

Im Beirat vertreten sein sollten neben der Stabsstelle BGM Vertreterinnen und Vertreter des Landeskabinetts, der Personal- und Interessenvertretungen, einzelner Ressorts sowie der Wissenschaft.



**Abb.** Die übergeordnete Architektur des BGM in der Landesverwaltung

## 2. Die Koordination von Unterstützungsangeboten durch die Stabsstelle BGM

Entsprechend der beschriebenen Vorstellung zum übergeordneten Aufbau des BGM in der Landesverwaltung (s. o.) sollte die Stabsstelle BGM die geschäftsführende bzw. die koordinierende und steuernde Rolle im übergeordneten BGM wahrnehmen, indem sie im Auftrag der Landesregierung handelt, eng mit den Ressorts zusammenarbeitet und durch den Beirat begleitet wird. Damit kommt ihr für das BGM und seine Weiterentwicklung eine zentrale Rolle zu. In der weiteren Koordination, Vernetzung und Standardisierung des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung liegen erhebliche Potentiale zur qualitativen Weiterentwicklung und Aufwertung des Themas. Ihre Rolle sollte die Stabsstelle BGM mit Unterstützung durch das Landeskabinett und in enger Abstimmung mit den Ressorts ausüben.

Im Verlauf des Projekts zeigte sich, dass der Einrichtung der Stabsstelle und insbesondere dem Teilprojekt der Standardentwicklung zum Teil mit Bedenken und Sorgen begegnet wurde. Man fürchtete um die bestehenden Vorarbeiten und Vorentwicklungen im BGM und um eine mögliche Einschränkung der Ressorthoheit beim

Thema. Ressorts mit vergleichsweise weniger Vorerfahrung im BGM erhofften sich wiederum von der Stabsstelle eine Unterstützung für die Weiterentwicklung des BGM im eigenen Ressort und Geschäftsbereich.

In ihrem weiteren Vorgehen sollte die Stabsstelle daher weiterhin für eine größtmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit ihres Handelns sorgen und die BGM-Verantwortlichen aus den Ressorts in ihr Handeln einbeziehen. Ein entsprechender Aufwand seitens der Stabsstelle für Kommunikation und Austausch ist zu bedenken.

Darüber hinaus sollte die Stabsstelle den Austausch zwischen den BGM-Zuständigen in den obersten Landesbehörden weiter fördern und konkrete Unterstützungsangebote koordinieren, die die Umsetzung der BGM-Standards und die Weiterentwicklung des BGM ermöglichen. Wir empfehlen entsprechend die Umsetzung der nachfolgend beschriebenen Angebote bzw. Vorgehensweisen. Die Umsetzung dieser Empfehlungen kann ggf. mit einem erweiterten Personalbedarf in der Stabsstelle einhergehen.

### **Organisation des Erfahrungsaustausches der BGM-Zuständigen**

Am bereits existierenden Erfahrungsaustausch der BGM-Zuständigen sehen die Betroffenen als förderlich und unterstützend an, dass er die Gelegenheit bietet, von den Arbeiten und Erfahrungen anderer zu profitieren.

Die Stabsstelle BGM sollte den Erfahrungsaustausch der BGM-Verantwortlichen als ein konkretes Unterstützungsangebot für die Beteiligten gestalten. Hierzu zählt u. a., das Angebot nicht zu groß und nicht zu formal zu gestalten. Das Angebot sollte einen kollegialen Austausch und die gegenseitige kollegiale Beratung ermöglichen und den Beteiligten bei der Lösung aktueller Anforderungen behilflich sein.

Über den Erfahrungsaustausch sollten durch die Stabsstelle weitere konkrete Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden (z. B. Muster für ein BGM-Rahmenkonzept nach § 76 LBG NRW, Muster für eine Dienstvereinbarung zum BGM).

### **Koordination von Angeboten für Qualifizierung und fachlichen Input**

Die Qualifizierung und das fachliche Know-how der im BGM handelnden Akteurinnen und Akteure stellen einen zentralen Mindeststandard und einen zentralen Faktor für das Gelingen und die Weiterentwicklung des BGM in der Landesverwaltung dar.

Der Stand des (Vor-) Wissens und der Vorerfahrungen der Handelnden fällt zudem sehr unterschiedlich aus. So gibt es einerseits BGM-Zuständige, die ein einschlägiges Studium absolviert haben (z. B. Psychologie, Gesundheitsmanagement) und bereits seit vielen Jahren bis Jahrzehnten in der Landesverwaltung tätig sind. Andererseits gibt es Verantwortliche, die bestimmte Vorerfahrungen aus verwandten Themenfeldern haben, denen die Verantwortung für das Thema BGM aber gerade erst übergeben wurde.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Übernahme neuer Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der Landesverwaltung im Rahmen von Personalentwicklung unterstützt und gefördert wird. In Kombination mit den personellen und strukturellen Veränderungen in Folge von Umressortierungen ist es daher möglich, dass die für das BGM zuständigen Personen wechseln. Es sollte daher ein kontinuierliches Angebot an Qualifizierung vorgehalten werden. Weiterhin ist es wichtig, dass neben den hauptverantwortlich Handelnden weitere Akteurinnen und Akteure in den Behörden geschult werden, damit das Wissen nicht nur bei einzelnen Personen vorhanden ist und so gänzlich verloren gehen kann (s. Standard 2.3).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass das Angebot an fachlichen Weiterbildungen zum Thema BGM unüberschaubar groß und die Qualität der Angebote nur schwer einzuschätzen ist. Schwer einzuschätzen ist dabei auch die Übertragbarkeit der vermittelten Inhalte auf die Situation in der Landesverwaltung.

Vor diesem Hintergrund sollte über die Stabsstelle BGM ein Angebot an fachlichem Input und an Qualifizierung koordiniert werden, das die in den (Mindest-) Standards definierten Qualifizierungsinhalte berücksichtigt (s. Standard 2.3 sowie Anhang 6) und darüber hinaus nach Bedarf weitere spezifische Angebote zur Verfügung stellt

(z. B. Vorträge zu aktuellen Themen). Über diese Angebote würde die Qualität des BGM in der Landesverwaltung insgesamt weiterentwickelt und angeglichen. Über die vermittelten Inhalte würde außerdem ein gemeinsames fachliches Grundverständnis gelegt und eine Vereinheitlichung des Themas in der Landesverwaltung gefördert. Schulungs- und Qualifizierungsangebote könnten nach dem Vorbild bereits durch die Stabsstelle organisierter Schulungen (z. B. zum Thema Kennzahlen im BGM) durchgeführt werden.

Neben den BGM-Zuständigen sollten in diesem Rahmen auch Schulungen für weitere Akteursgruppen wie Behördenleitungen, Personalvertretungen und weitere interne Expertinnen und Experten bedacht werden.

### **Angebot eines Verfahrens zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (nach § 5 ArbSchG)**

Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach § 5 ArbSchG stellt seit 2013 eine gesetzliche Verpflichtung für alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dar. In einigen obersten Landesbehörden und den nachgelagerten Behörden konnte diese Verpflichtung bislang noch nicht umgesetzt werden. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe (Umressortierung und Neuorganisation, fehlendes fachliches Wissen, Notwendigkeit der Ausschreibung als externe Leistung etc.).

Vor diesem Hintergrund sollte die Stabsstelle ein oder mehrere alternative Verfahren zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (nach § 5 ArbSchG) auswählen und für alle Behörden bereitstellen.

Eins dieser Verfahren ist die standardisierte Mitarbeitendenbefragung. Dafür gilt es, einen Fragebogen zur Verfügung zu stellen, der die notwendigen inhaltlichen und methodischen Anforderungen erfüllt und die Rahmenbedingungen einer Landesverwaltung (inkl. Geschäftsbereiche) berücksichtigt. Zwingend mit angeboten werden sollte ein Verfahren sowohl zur Durchführung der Befragung (als Onlinebefragung) als auch zur Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse (Ergebnisberichte). Im

Rahmen dieses Verfahrens müssen Fragen des Datenschutzes berücksichtigt und geklärt sein. Ein Verfahren zur Durchführung einer Mitarbeitendenbefragung bietet den Behörden zudem die Möglichkeit, den aus den Standards bestehenden Anforderungen zur Dateninfrastruktur, Kennzahlenentwicklung, Diagnose und Evaluation Genüge zu leisten.

Durchführung und Auswertung der Befragung können über externe Dienstleister und entsprechende Rahmenverträge sichergestellt werden. Es besteht darüber hinaus jedoch auch grundsätzlich die Möglichkeit, dies über entsprechende interne Stelle zu ermöglichen (s. Beispiel I).

Das Angebot eines Fragebogens und der entsprechenden Auswertung fördert die Vereinheitlichung und Qualitätssicherung im BGM der Landesverwaltung. Darüber hinaus führt es zu einer Reduzierung von Ressourcen, die in den Behörden zum Teil für die interne Erstellung und Abstimmung oder die Ausschreibung und Auswahl eines Verfahrens aufgewendet werden müssen. Diese Ressourcen können sinnvoller und effektiver in der internen Organisation des Prozesses und der Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen eingesetzt werden. Darüber hinaus ermöglicht ein solches Angebot die Bereitstellung eines (anonymen) internen Benchmarks und dadurch eine bessere Einordnung und Bewertung der eigenen Ergebnisse. Bereits bestehende und eingesetzte Fragebögen sind selbstverständlich weiterhin zu verwenden.

*Beispiel I:* In der Justiz- und der Finanzverwaltung liegen jeweils eigene mit fachlicher Expertise entwickelte Fragebögen für das Gesundheitsmanagement vor, die intern bereits vielfach eingesetzt wurden. Neben dem Angebot des Fragebogens steht jeweils ein abgestimmtes und programmiertes Verfahren zur Durchführung der Befragung als Onlinebefragung sowie der Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse in Form von Ergebnisdateien bzw. -berichten über eine interne Stelle (Datenauswertungszentrum der Justiz NRW (DAZ) bzw. Rechenzentrum der Finanzverwaltung NRW (RZF)) zur Verfügung.

Beispiel II: Das Kompetenzzentrum Gesundheitsmanagement im bremischen öffentlichen Dienst (Senatorin für Finanzen, Referat 33) stellt allen Behörden des bremischen öffentlichen Dienstes drei Verfahren zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (§ 5 ArbSchG) zur Verfügung („Prüfliste Psychische Belastung“, Workshop-Verfahren „Arbeitssituationsanalyse“ (ASiA), Beschäftigtenbefragung „GiBÖD“). Diese Verfahren können zum Teil eigenständig und zum Teil mit Unterstützung durch das Kompetenzzentrum oder andere interne geschulte Personen durchgeführt werden. Die Möglichkeit, eine Mitarbeitendenbefragung durchzuführen, wird in diesem Zusammenhang ebenfalls angeboten (Auswertung durch einen festen externen Dienstleister).

### **Aufbau eines Beratungsangebotes (Berater-Pool)**

Die Stabsstelle BGM sollte darüber hinaus mittelfristig ein Angebot an Beratung (Berater-Pool) zum Thema BGM für die Behörden der Landesverwaltung aufbauen.

Über die bereits beschriebenen Empfehlungen zum Austausch, zur Qualifizierung sowie eines standardisierten Angebots zur Diagnostik sollen die Behörden und die handelnden Akteurinnen und Akteure zu einer selbständigen Vorgehensweise im BGM befähigt werden. Dies wird jedoch nicht von Beginn an flächendeckend gewährleistet werden können.

Darüber hinaus gibt es Beratungsangebote im Rahmen von BGM, für die es spezielle Schulungen und Weiterbildungen bedarf, die nicht Teil einer Standard-Qualifizierung aller BGM-Verantwortlichen sein können (z. B. Coaching, (Konflikt-)Mediation, Team-Coaching und -entwicklung, Organisationsberatung, Systemische Beratung). Zu diesen Beratungsleistungen wird es einen zunehmenden Beratungsbedarf geben, weil sie etablierte Vorgehensweisen darstellen, mit denen auf Handlungsbedarfe reagiert werden kann, die bei den im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen zu berücksichtigenden Themenfelder aufgekommen sind.

## **Kommunikation und Information durch die Stabsstelle**

Neben der Berichtspflicht an das Landeskabinett und ggf. die Landespolitik und den Informationsmöglichkeiten im Rahmen des Erfahrungsaustausches sollte die Stabsstelle weitere Wege zur Information und Kommunikation nutzen.

So sollte der bereits bestehende Gesundheitsbericht der Landesregierung fortgeführt und weiterentwickelt werden. Die Fehlzeitenstatistiken sollten, wie schon angedacht, kommentiert und um ursächliche Faktoren ergänzt werden. Mit den Ursachen von Fehlzeiten sind nicht die gemeldeten Diagnosegruppen gemeint. Diese weisen Unschärfen auf und bieten außerdem nicht die Möglichkeit eines ursachenbezogenen Vorgehens im Rahmen des Behördlichen Gesundheitsmanagements (s. Anhang 3).

Mit den Ursachen von Fehlzeiten sind die Arbeits- und Organisationsbedingungen in der Landesverwaltung gemeint, die u. a. im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung erfasst und bearbeitet werden müssen.

Daneben sollte der Gesundheitsbericht „best practice“-Beispiele aus dem BGM der Landesverwaltung vorstellen, um so den Austausch mit neuen Impulsen zu befördern. Er kann außerdem dazu genutzt werden, über neue Entwicklungen oder Angebote seitens der Stabsstelle zu informieren. Darüber hinaus könnte ein inhaltlicher Schwerpunkt gewählt und detaillierter bearbeitet werden. Der Gesundheitsbericht würde so verstärkt als Instrument des Austausches und der Information und Kommunikation zum Behördlichen Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung genutzt.

### **3. Weitere Empfehlungen: Die Verknüpfung des Behördlichen Gesundheitsmanagements (BGM) mit der E-Government-Strategie**

Des Weiteren empfehlen wir die Verknüpfung des Vorgehens bezogen auf das Behördliche Gesundheitsmanagement (BGM) mit der breit angelegten E-Government-Strategie in der Landesverwaltung. In der aktuellen Fachdiskussion um das Thema

Digitalisierung wird zunehmend deutlich, dass Digitalisierungsprozesse möglichst gesundheitsförderlich gestaltet werden sollten und neue Formen der Arbeits- und Organisationsgestaltung notwendig machen. Geschieht dies nicht oder nicht ausreichend, führt dies zu vermeidbaren Belastungen bei den Beschäftigten und hat zur Folge, dass die Potentiale der Digitalisierung nicht voll ausgeschöpft werden können (s. dazu: Fehlzeiten-Report 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK; Badura, Steinke 2019).

Die E-Government-Strategie sollte auf ihre Kompatibilität mit Belangen des BGM überprüft und auch darauf ausgerichtet werden.

---

## Literaturverzeichnis

- Adolphs R. (2003). Cognitive neuroscience of human social behavior. *Nat Rev, Neurosci* 4:165-178.
- Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (Hrsg.) (2019): Fehlzeiten-Report 2019. Schwerpunkt: Digitalisierung. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg. Im Druck.
- Badura B., Steinke M. (2019): Vom Taylorismus zur Selbstorganisation - Wie Betriebliches Gesundheitsmanagement zur Bewältigung der Digitalisierung beitragen kann. In: Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2019. Schwerpunkt: Digitalisierung. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg (im Drucksatz).
- Badura B. (Hrsg.) (2017). Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Springer Gabler, Heidelberg.
- Badura B. (2017). Zur aktuellen Situation. In B. Badura (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Springer, Heidelberg, S. 19-35.
- Badura B., Ehresmann C. (2016). Unternehmenskultur, Mitarbeiterbindung und Gesundheit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2016. Springer, Berlin Heidelberg, S. 19-35.
- Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2013) Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. 2., erweiterte Aufl. Springer Gabler, Heidelberg.
- Badura B. (2012). Führung und Gesundheit in der öffentlichen Verwaltung: Gutachten einer Landeshauptstadt. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Bowlby J. (2014). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie (3. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Coan J. A. (2011). The Social Regulation of Emotion. In J. Decety & J. T. Cacioppo (Eds.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (Oxford library of psychology). Oxford: Oxford University Press. Zugriff am 28.03.2019. Verfügbar unter <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195342161.001.0001/oxfordhb-9780195342161-e-041>.
- Damasio A. R. (1994). *Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: G.P. Putnam.
- Damasio A. R. (2017). *Im Anfang war das Gefühl. Der biologische Ursprung menschlicher Kultur* (Erste Auflage). München: Siedler.
- Deming W. E. (2000). *Out of the crisis*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin e.V. (2019). Stellungnahme vom 27.02.2019. Evidenzbasierte Medizin und Daseinsfürsorge statt erlösgesteuerter Gefährdung des Patientenwohls. Berlin. Verfügbar unter [https://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/stn-ebm\\_statt\\_erloesgeteuerter\\_med.pdf/view?searchterm=evidenzbasierte](https://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/stn-ebm_statt_erloesgeteuerter_med.pdf/view?searchterm=evidenzbasierte).
- Ehresmann C. (2017). *Burn-out und das Sozialkapital von Organisationen - auf die Bindung kommt es an. Eine quantitative Analyse zu Sozialkapital, emotionaler Bindung und psychischer Erschöpfung am Beispiel von Mitarbeitern in medizinischen Rehabilitationskliniken*. Dissertation an der Universität Bielefeld. Zugriff am 04.04.2019. Verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2911987>.
- Ehresmann C., Badura B. (2018). Sinnquellen in der Arbeitswelt und ihre Bedeutung für die Gesundheit. In: Badura B. et al. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 47-59.
- Frankl V. (2006). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- Imai M. (1992). *Kaizen. Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb*. Berlin, Frankfurt: Ullstein Verlag.
- Insel T. R. (2010). The Challenge of Translation in Social Neuroscience: A Review of Oxytocin, Vasopressin, and Affiliative Behavior. *Neuron*, 65 (6), 768-779.

- Kandel E. (2009). Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes. Goldmann, München.
- Kandel E. (2012). Das Zeitalter der Erkenntnis. Die Erforschung des Unbewussten in Kunst, Geist und Gehirn von der Wiener Moderne bis heute (2. Aufl.). München: Siedler.
- Leotti L. A., Delgado M. R. (2011). Processing Social and Nonsocial Rewards in the Humand Brain. In J. Decety & J. T. Cacioppo (Eds.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (Oxford library of psychology ). Oxford: Oxford University Press. Zugriff am 28.03.2019. Verfügbar unter <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195342161.001.0001/oxfordhb-9780195342161-e-011>.
- Lohmann-Haislah A. (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Ministerium des Innern (2018): Schriftlicher Bericht des Ministers des Innern für die Sitzung des Haushalts- und Finanzausschusses am 07.06.2018 zu dem Tagesordnungspunkt „Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung - Welche Maßnahmen gibt es bereits?“
- Norman G. J., Cacioppo J. T., Berntson, G. G. (2011). Social Neuroscience of Evaluative Motivation. In J. Decety & J. T. Cacioppo (Eds.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (Oxford library of psychology ). Oxford: Oxford University Press. Zugriff am 28.03.2019. Verfügbar unter <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195342161.001.0001/oxfordhb-9780195342161-e-010>.
- Ostrom E., Ahn T. K. (Eds.). (2003). Foundations of social capital (Critical studies in economic institutions, vol. 2). Cheltenham: Elgar.
- PwC. (2018). Fachkräftemangel im öffentlichen Dienst. Prognose und Handlungsstrategien bis 2030. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://www.pwc.de/de/offentliche-unternehmen/pwc-fachkraeftemangel-im-oeffentlichen-dienst.pdf>.

- Rothe I., Adolph L., Beermann B., Schütt M., Windel A., Grewer A. et al. (2017). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Wissenschaftliche Standortbestimmung; Forschung Projekt F 2353 (Baua: Bericht, 1. Auflage). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schlipfenbacher C., Jacobi F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum*, 22 (1).
- SCOHS. (2010). SCOHS: Der neue Standard für ein zertifizierbares Betriebliches Gesundheitsmanagement: Eigendruck.
- Steinke M., Lampe D. (2017). Präsentismus: Zum Zusammenhang von Gesundheit und Produktivität. In B. Badura (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert* Berlin, Springer Gabler, Heidelberg, S. 127-151.
- Uchino B. N., Smith T. W., Birmingham W., Carlisle M. (2011). Social Neuroscientific Pathways Linking Social Support to Health. In J. Decety & J. T. Cacioppo (Eds.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (Oxford library of psychology). Oxford: Oxford University Press. Zugriff am 28.03.2019. Verfügbar unter <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195342161.001.0001/oxfordhb-9780195342161-e-053>.
- Van den Heuvel, S., Bakhuis Roozebom, M., Eekhout, I., Venema, A. (2018). Management psychosozialer Risiken an europäischen Arbeitsplätzen - Erkenntnisse der zweiten Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/management-occupational-health-and-safety-european-workplaces/view>.
- Walter U. (2007). Qualitätsentwicklung durch Standardisierung am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
- Walter U. (2017). Qualitätsstandards im BGM. In: Bernhard Badura (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert*, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 109-125.

---

WHO. (o.J.). RC63 Faktenblatt zu psychischer Gesundheit. WHO Regional Office for Europe. Zugriff am 19.03.2019. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf?ua=1).

Wilson E. O. (2013). Die soziale Eroberung der Erde. Eine biologische Geschichte des Menschen. München: Beck.

## Teil IV Anhang

### 1. Sozialkapital\*

Der Sozialkapitalansatz zielt auf die Grundlagen gesellschaftlichen Zusammenhalts, auf Bedingungen, die das friedfertige Zusammenleben auf unserem Planeten erleichtern. Untersucht wird, wie Kooperation entsteht, wie sie abläuft und mit welchen Konsequenzen für das betroffene Kollektiv und die betroffenen Individuen. Kooperation unter Menschen ist biologisch angelegt (Insel 2003; Rizzolatti, Sinigaglia 2008; Tomasello 2006; Wilson, Wilson 2007), bedarf aber einer ergänzenden Ausgestaltung zur Entstehung gemeinsamer Gedanken, Gefühle und Ziele sowie akzeptierter Spielregeln des Miteinanders. Dieses „Mehr“ gegenüber der biologischen Ausstattung wird in den Sozialwissenschaften als Kultur bezeichnet. Soziologen verstehen Gesellschaft als überwiegend friedfertige Form menschlichen Zusammenlebens, ermöglicht durch gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln - als moralische und geistige Ordnung. Zum Verständnis moderner Gesellschaften haben sich in den Sozialwissenschaften zunächst zwei andere Konzepte durchgesetzt: das auf Thomas Hobbes („Leviathan“ 1651) zurückgehende Modell des staatlichen Gewaltmonopols und das auf Adam Smith („Wealth of Nations“ 1776) zurückgehende Modell des Marktes. Im Hobbes'schen Modell von Gesellschaft wird Kooperation im Zweifelsfalle durch Hierarchie und Gesetz erzwungen (Staat). Im Smith'schen Modell von Gesellschaft wird Kooperation durch materielle, vornehmlich finanzielle Anreize und Wettbewerb angeregt (Markt). In Elinor Ostroms gemeinschaftlichen Modell beruht Kooperation auf der Qualität des Sozialkapitals: auf intrinsischer Motivation und informeller Kontrolle, auf emotionalen Bindungen und gemeinsamen Überzeugungen und Werten (Ostrom,

---

\*aus Badura 2012, Gute Unternehmensführung. In: Wirtschaftspolitische Blätter, 1/2012, Schwerpunkt Das Kapital 2.0, Wirtschaftskammer Österreich (Hrsg.), S. 129-140.

Ahn 2003). Dass die Steuerung von Organisationen und der in ihnen ablaufende Prozess der Kooperation vor allem durch Vorgaben aus der Hierarchie und finanzielle Anreize angeregt werden, ist Kernbestand betriebswirtschaftlichen Denkens. In der soziologischen Klassik wird demgegenüber die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen und kultureller Einflüsse betont (z. B. Durkheim 1984, Dahrendorf 1967). Der hier vertretene Sozialkapitalansatz dient der Weiterentwicklung und Operationalisierung dieses Erklärungsmodells (ebd. S. 133).

„Der Begriff Sozialkapital wird in den Sozialwissenschaften verwendet zur Identifizierung von Qualitätsmerkmalen des **sozialen Systems einer Organisation**, die ihre Leistungsfähigkeit ebenso wie die Gesundheit ihrer Mitglieder vorherzusagen erlauben. Im engeren Sinne wird darunter das soziale Vermögen einer Organisation verstanden, d. h. Umfang und Qualität der **internen Vernetzung**, der Vorrat **gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln** sowie die Qualität der **Menschenführung**“ (SCOHS 2010, S. 7).

## Literatur

- Dahrendorf R. (1967). Pfade aus Utopia, Arbeiten zur Theorie und Methode der Soziologie. Piper, München.
- Durkheim, E. (1984). Die Regeln der soziologischen Methode (8. Aufl.). Suhrkamp, Frankfurt (Main).
- Insel TR (2003). Is social attachment an addictive disorder? Physiology and Behavior, 79: 351-357.
- Ostrom E., Ahn T. (2003). Foundations of Social capital (Paperback Edition 2010 Ausg.). Edward Elgar, Cheltenham, UK.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2008). Empathie und Spiegelneuronen. Die biologische Basis des Mitgefühls. Suhrkamp, Frankfurt (Main).
- SCOHS Sozialkapital Standard UG (2010). Social Capital & Occupational Health Standard (SCOHS). Förderung von Gesundheit und Produktivität in Organisationen durch ein zertifizierbares Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bielefeld, S 5.
- Tomasello M. (2009). Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation, 3. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt (Main).

Wilson DS., Wilson EO. (2007). Rethinking the Theoretical Foundation of Sociobiology. *The Quarterly Review of Biology* 82, 4: 327-348.

## 2. Kennzahlenglossar\*

Das Bielefelder Unternehmensmodell unterstellt einen Zusammenhang zwischen Treibern, Früh- und Spätindikatoren. Die Qualität der Treiber (Führung, Kultur, Teambeziehungen etc.) ist von großer Bedeutung für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten und für die Leistungsfähigkeit der Landesverwaltung. Treiberfaktoren sind daher zentrale Ansatzpunkte für das Behördliche Gesundheitsmanagement der Landesverwaltung (für alles Weitere sei verwiesen auf Badura 2017, insbesondere Kapitel 5).

### **Treiber**

**Kultur:** gibt Auskunft über das Vorhandensein gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln in einem Kollektiv, z. B. in einer Behörde. Eine von den Organisationsmitgliedern als fair und gerecht wahrgenommene Kultur fördert die emotionale Bindung und den inneren Zusammenhalt („Wir-Gefühl“) und erleichtert die vertrauensvolle, zielorientierte Kooperation.

**Führung:** gibt Auskunft über die Qualität der Beziehungen zwischen den Beschäftigten und ihren direkten Vorgesetzten. Relevante Indikatoren für die Führungsqualität sind z. B. das Ausmaß der Mitarbeiterorientierung, die Güte der Kommunikation sowie die Akzeptanz des Vorgesetzten.

**Beziehungsklima:** gibt Auskunft über die Qualität der kollegialen Beziehungen zwischen den Mitarbeitenden einer Abteilung oder eines Teams. Relevante Indikatoren sind z. B. der soziale Zusammenhalt, die gegenseitige Unterstützung und das wechselseitige Vertrauen im Kollegenkreis.

**Zeitliche Anforderungen:** steht für das Ausmaß der quantitativen Überforderung z. B. in Form von wahrgenommenen Termindruck.

---

\* Prof. Dr. Bernhard Badura, Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG

**Handlungsspielraum:** bezeichnet das Ausmaß der eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit. Hierzu zählen Möglichkeiten, die Arbeit selbstständig planen und einteilen sowie eigene Entscheidungen treffen zu können.

**Sinnhaftigkeit der Arbeit:** gibt Auskunft über die wahrgenommene Wichtigkeit der Aufgabe für den Organisationserfolg sowie die persönliche Befriedigung durch die Aufgabenerledigung.

**Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben:** bezeichnet das wahrgenommene Vereinbarkeit zwischen arbeitsbedingten Anforderungen und Verpflichtungen sowie Anforderungen und Verpflichtungen, die sich aus dem Privat- oder Familienleben ergeben.

### **Frühindikatoren**

**Bindung:** Indikator für die Identifikation der Beschäftigten mit ihrer Arbeit (Arbeitgeber/in, Vorgesetzte/r, Kolleginnen/Kollegen, Arbeitsinhalte).

**Körperliche Gesundheit:** Indikator für die physische Gesundheit der Beschäftigten.

**Wohlbefinden:** Indikator für die psychische Gesundheit der Beschäftigten.

**Schlafstörungen:** Indikator für Beeinträchtigungen der Schlafqualität (z. B. in Form von Ein- und/oder Durchschlafproblemen).

**Burnout:** Indikator für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit mit dem Kernmerkmal der (psychischen) Erschöpfung.

**Ängste:** Ausdruck persönlich empfundener arbeitsbezogener Bedrohungen und Risiken.

**Arbeitsfähigkeit:** Indikator für die individuelle Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer und physischer Arbeitsanforderungen sowie des eigenen Gesundheitszustands.

## Spätindikatoren

**Fehlzeiten:** bezeichnet die Anzahl der Ausfalltage in einem definierten Zeitraum (z. B. pro Jahr), d. h. die Anzahl der Tage, an denen Beschäftigte nicht zur Arbeit erscheinen. Fehlzeiten sind nicht immer krankheitsbedingt. Die Häufung von Fehlzeiten ist ein wichtiger Indikator für Produktivitätseinbußen durch „Organisationsversagen“.

**Präsentismus:** gibt Auskunft über Leistungsminderungen der anwesenden Beschäftigten, bedingt durch physische und/oder psychische Beeinträchtigungen oder durch beeinträchtigte Organisationsbindung. Präsentismus ist ein zweiter wichtiger Indikator zur Erfassung vermeidbarer Einbußen an Produktivität. Nicht jeder Abwesende ist krank, aber auch nicht jeder Anwesende ist gesund!

**Qualitätsbewusstsein:** gibt Auskunft über das Ausmaß der Kundenorientierung, die Einhaltung von Standards und Leitlinien sowie die Achtsamkeit für die Qualität der Arbeitsergebnisse.

**Verbesserungsvorschläge:** steht für die Anzahl der genannten Verbesserungsvorschläge z. B. pro einer Million Arbeitsstunden.

**Freiwillige Fluktuation:** gibt Auskunft über den Anteil der Beschäftigten, die die Organisation aus eigenem Willen in einem definierten Zeitraum verlassen.

**Frühberentung:** gibt Auskunft über das gesundheitsbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus dem Berufsleben vor Erreichen der Altersgrenze.

**Arbeitsunfälle:** steht für die Anzahl der arbeitsbedingten Unfälle (inkl. Unfälle auf dem Weg zur oder von der Arbeit).

## 3. Fehlzeiten: Dokumentation, Analyse, Steuerung\*

Als hoch erachtete Fehlzeiten sind immer noch einer der Hauptgründe für Führungskräfte, dem Thema Gesundheit überhaupt Aufmerksamkeit zu schenken. Fehlzeiten sind Kennzahlen, die für die Führung unübersehbar und jederzeit verfügbar sind. Die richtige Dokumentation und Analyse dieser Zahlen lässt häufig zu wünschen übrig, ist jedoch für das Betriebliche bzw. Behördliche Gesundheitsmanagement von zentraler Bedeutung.

### 1. Fehlzeiten sind ein Kostenfaktor

Unterschieden werden können folgende Kosten im Einzelnen:

- Kosten wegen bezahlter aber entfallener Arbeit
- Kosten wegen Störungen des Betriebsablaufs
- Kosten durch Ersatzbeschaffung

Sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tatsächlich krank, ist es sinnvoll, sie nach Hause zu schicken z. B. um eine Ansteckungsgefahr für Kunden und Kolleginnen und Kollegen oder um eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden und damit längere Fehlzeiten in der Folge. Verschleppte psychische oder körperliche Beeinträchtigungen oder Krankheiten werden sich, z. B. bedingt durch „Anwesenheitsprämien“, negativ auf den nachhaltigen Erhalt von Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsmotivation auswirken. Nicht jede/r Abwesende ist krank. Aber auch nicht jede/r Anwesende ist gesund!

Für das Betriebliche bzw. Behördliche Gesundheitsmanagement sind Fehlzeitenstatistiken eine leicht verfügbare Datenbasis, die viel über den Gesundheitszustand einer Organisation aber eher wenig über den Gesundheitszustand ihrer Mitglieder aussagt.

---

\* Prof. Dr. Bernhard Badura, Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG

## 2. Fehlzeiten variieren

Das auffälligste Merkmal von Fehlzeitenstatistiken ist ihre **Varianz**: von Abteilung zu Abteilung, von Unternehmen zu Unternehmen, von Branche zu Branche, von Jahreszeit zu Jahreszeit. So lag z. B. in einer von uns untersuchten Stadtverwaltung im dortigen Rechtsamt der Anteil des durch Fehlzeiten erfassten Verlustes an regulären Arbeitstagen bei 3,7%, im Amt für Grünflächen dagegen bei 10,9%. Das führt zu der Frage nach den dafür verantwortlichen (betrieblichen und außerbetrieblichen) Ursachen, worüber mangels sonstiger Daten und Informationen nur spekuliert und letztendlich, per Hierarchie, entschieden wurde; z. B. wurden den Mitgliedern der Verwaltung kostenloser Zutritt zu Fitnessstudios und Schwimmbädern ermöglicht und dadurch gesunde Bewegung nahegelegt, wofür im Grünflächenamt wahrscheinlich weniger Bedarf zu erwarten wäre, als im Rechtsamt! Eine Analyse der gesundheitlichen Probleme und ihrer Ursachen erfolgte erst Jahre später. Das Ergebnis war im beschriebenen Fall, dass die Kosten für das BGM weiter zunahmen - die Fehlzeiten aber auch.

Eine fachgerechte Interpretation von Fehlzeitenstatistiken ist also alles andere als trivial. Das fängt an beim immer noch häufig verwendeten Begriff „Krankenstandstatistik“. Er ist unzutreffend und sollte vermieden werden. Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abwesend sind, kann das, muss aber nicht krankheitsbedingt sein. Zum Beispiel können dringende private Verpflichtungen dazu führen, der Arbeit fern zu bleiben oder aber eine mangelhafte Bindung an die eigene Arbeit, an Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte.

Dann gilt es die **Vergleichbarkeit von Fehlzeiten** aus unterschiedlichen Abteilungen herzustellen. Fehlzeiten variieren stets mit sog. „demografischen Faktoren“ wie Alter, Geschlecht und Bildungsgrad, d. h. in Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen. Beschäftigte in der Verwaltung haben meist deutlich geringere Fehlzeiten als Beschäftigte in der Produktion. Jüngere fehlen häufiger, Ältere seltener aber dafür

länger, bedingt durch das altersabhängig zunehmende Risiko einer länger anhaltenden chronischen Erkrankung. Frauen berichten häufiger über psychische Beeinträchtigungen als Männer.

Damit ist eine weitere wichtige Problemstellung angesprochen: die gesetzlich geregelte Unterscheidung in **Kurz-** (bis 3 Tage), **Mittel-** (bis 6 Wochen) und **Langzeitkrankte** (ab 6 Wochen). Langzeitkranke „schmerzen“ Unternehmen finanziell weniger, weil die Kosten für das „Krankengeld“ von den Krankenkassen getragen werden - immerhin über 11 Milliarden Euro jährlich mit steigender Tendenz, die auch durch Sozialbeiträge der Unternehmen und ihrer Mitglieder aufzubringen sind. Die Statistiken der GKV enthalten nur Mittel- und Langzeitkranke.

### **3. Personen- oder arbeitsbedingte Ursachen?**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mitverantwortlich für ihre Motivation und Gesundheit. Dies darf allerdings keinesfalls einen Vorwand dafür liefern, arbeits- und organisationsbedingte Einflüsse auf Wohlbefinden, Gesundheit, Produktivität, Qualitätsbewusstsein etc. zu vernachlässigen. Wissenschaftlich gut belegt ist: Gehäuft auftretende Fehlzeiten haben ihre Ursache auch oder sogar primär in von den Beschäftigten nicht, oder nur schwer beeinflussbaren (vorgefundenen) Arbeits- und Organisationsbedingungen, z. B. in ihrer mangelhaften Bindungskraft, in einer Kultur des Misstrauens und der Angst oder in zeitlicher oder inhaltlicher Überforderung. Unternehmen, Behörden und Dienstleistungseinrichtungen tragen Verantwortung für beides: für den Zustand ihres Human- und Sozialvermögens und damit auch für Gesundheit und Wohlbefinden.

Die wichtigste Quelle guter Arbeit ist die intrinsische Motivation. Intrinsische Motivation ist zunächst einmal ein persönliches Merkmal eines jeden einzelnen Beschäftigten. Die tatsächlich investierte Motivation und Energie eines jeden Einzelnen variiert jedoch - wie wir mittlerweile durch unsere Forschung gut belegen können - mit den

Arbeits- und Organisationsbedingungen: Zum Beispiel wie sinnstiftend konkrete Aufgaben bewertet werden oder wie gut die Beziehungen im Kollegenkreis oder mit den direkten Vorgesetzten sind, also mit Bindung und Motivation beeinflussenden Faktoren - mit oft durchschlagenden Auswirkungen auf innere Kündigung, Fehlzeiten, Qualitätsbewusstsein und Gesundheit.

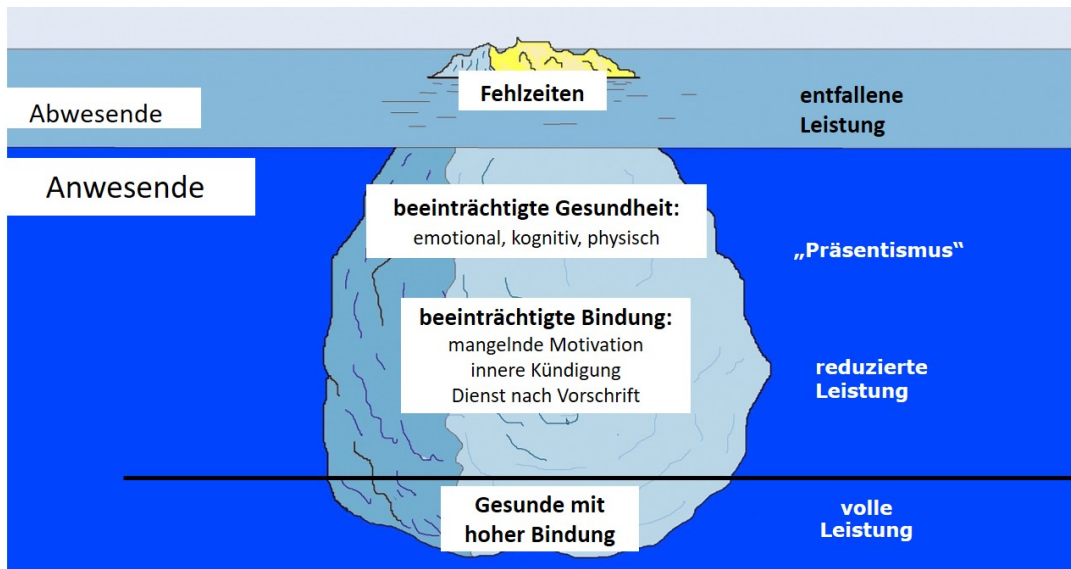
### Stärken und Schwächen der Fehlzeitenanalyse

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- leicht verfügbar</li> <li>- leicht kommunizierbar</li> <li>- bezahlte aber nicht geleistete Arbeit ist ein „Produktivitätskiller“</li> <li>- Häufung von Fehlzeiten klares Indiz für Organisationsprobleme und Handlungsbedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Aussage über zugrundeliegende Probleme und ihre Ursachen</li> <li>- kein verlässlicher Indikator für realen Gesundheitszustand der Abwesenden</li> <li>- keine Information zum Gesundheitszustand der Anwesenden</li> <li>- Nichterfassung „verdeckter“ Produktivitätsverluste durch Präsentismus</li> </ul>

**Tab.** Stärken und Schwächen der Fehlzeitenanalyse

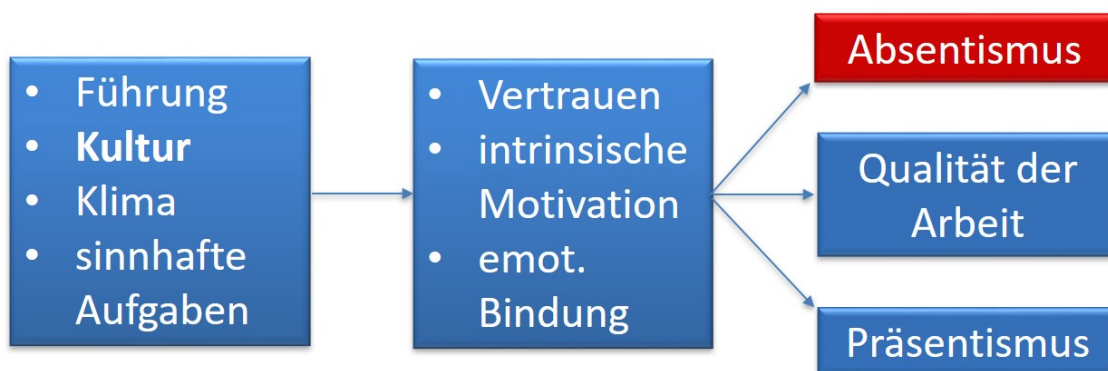
Das im Folgenden präsentierte „Eisbergmodell“ veranschaulicht die untergeordnete Bedeutung der Fehlzeiten für die Arbeitsproduktivität. Wesentlich bedeutsamer, weil ökonomisch gewichtiger, ist das Präsentismusproblem: die bloße Anwesenheit eines Beschäftigten sagt nichts aus über Qualität und Menge der geleisteten Arbeit. Für deutsche Unternehmen vorliegende Daten sprechen dafür, dass Präsentismus stark

verbreitet ist (s. Badura 2017, Kap. 4; Steinke, Lampe 2017 Kap. 7). Schon Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert wie z. B. Erschöpfung oder Migräne können durch ihre starke Verbreitung zu erheblichen Einbußen der Leistungskraft beitragen.



**Abb.** Eisbergmodell (eigene Abbildung)

Für eine wirksame Prävention und Bekämpfung von Fehlzeiten und Präsentismus von zentraler Bedeutung sind bislang unsichtbare - weil im Berichtswesen nicht auftauchende - Qualitätsmerkmale von Organisationen.



sichtbar  
unsichtbar

**Abb.** Unsichtbare Qualitätsmerkmale von Organisationen (eigene Abbildung)

#### 4. Wandel der Arbeitswelt

Für eine sachgerechte Diskussion von Fehlzeiten zwingend geboten ist die Berücksichtigung des Wandels der Arbeitswelt in Richtung selbstorganisierter Kopfarbeit. Was sagt „Anwesenheit am Arbeitsplatz“ im Zeitalter der Globalisierung und Digitalisierung überhaupt noch aus über die tatsächliche Arbeitsleistung? Aufträge müssen kundenorientiert erbracht, Termine und Kostenrahmen eingehalten werden, oft einhergehend mit ausgedehnten Dienstreisen. Geistige Arbeit hält sich ohnehin nicht an vorgegebene Arbeitszeiten. Gute Ideen können z. B. auch in schlaflosen Nächten oder durch private Kontakte entstehen. Die Stechuhr - lange Zeit ein Symbol für die disziplinierenden Ansprüche an gering qualifizierte Industriearbeit - erlebt ein Revival. Vertrauensarbeitszeit kann grenzenlose Arbeit fördern. Zu viel Arbeit beeinträchtigt auf Dauer Gesundheit und Produktivität. So gesehen kann eine Arbeitszeit registrierende Stechuhr Beschäftigte auch vor zu viel Arbeit schützen. Das gilt besonders bei selbstorganisierter Teamarbeit z. B. bei Anwendung des sog. „scrum“-Verfahren, bei dem Software-Entwicklerinnen und -Entwickler in kleinen Teams selbst für alles verantwortlich sind bis hin zur Vermarktung ihrer Arbeit bei Kunden. Entscheidend ist, die intrinsische Motivation der Kopfarbeiter zu fördern und nicht zu ruinieren, z. B. durch Gesundheit schädigende Anreize für bonifizierte Überstunden.

#### 5. Fehlzeitenmanagement

Jede mitarbeiterorientierte Unternehmenspolitik sollte darauf abzielen:

- die **intrinsische Motivation** zu erhalten und zu fördern
- die **Organisationsbindung** zu stärken
- die **Sinnhaftigkeit** der gestellten Aufgaben zu vermitteln
- **Gemeinsinn** und **Mitverantwortung** für die Ziele der Gesamtorganisation zu fördern.

Nur so lassen sich vertrauensvolle Kooperation, Eigeninitiative und kollektive Intelligenz dauerhaft erhalten. Durch Analysen des Gesundheitszustands (nicht nur der

Fehlzeiten) ist es möglich, die durch mehr Mitverantwortung und selbstorganisierte Arbeit entstehenden Risiken der Selbstüberforderung frühzeitig zu erkennen, ihnen entgegenzuwirken, sowie das Wohlbefinden aktiv zu fördern: Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die besseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Der erste Schritt eines fundierten Fehlzeitenmanagements ist eine sorgfältige **vergleichende Fehlzeitenanalyse** innerhalb einer Organisation wie oben skizziert. Der zweite Schritt ist die **Sichtbarmachung der bisher unsichtbaren Wirkungsketten**, idealerweise mit Hilfe einer umfassenden Unternehmensdiagnostik. Alle unsere bisher dazu durchgeführten Diagnosen belegen die gute Prognosekraft von Fehlzeiten durch unser Unternehmensmodell (s. oben). Dabei zeigt sich die Organisationskultur als bester Prädiktor. Daraus ergibt sich als dritter Schritt die **Entwicklung der Organisationskultur** in Richtung vertrauensvoller Kooperation und Aufmerksamkeit für Gesundheit durch mehr Transparenz und Beteiligung, z. B. im Rahmen von Kulturworkshops. Als vierter Schritt gilt es, Möglichkeiten der **Delegation von Verantwortung** nach unten in Richtung Selbstorganisation zu realisieren. **Führungskräfte-Auswahl und Schulung** (soziale Kompetenz) und Maßnahmen zur **Teamentwicklung** und **Befähigung zur Selbstorganisation** bilden den 5. und 6. Schritt eines nachhaltigen Fehlzeiten- (und Gesundheits-) Managements.

## 6. Fazit

1. Fehlzeiten sagen meist mehr aus über den Gesundheitszustand einer Organisation als über den ihrer Mitglieder.
2. Fehlzeiten liefern für das BGM nützliche Hinweise auf Problembereiche; sie haben die Funktion eines Fieberthermometers, verraten aber wenig über zugrunde liegende Probleme und mögliche Ursachen.
3. Die Forschung belegt, dass Fehlzeiten, Gesundheit und Motivation ihre Ursachen vor allem in vier Bedingungen haben können: der **Führung**, der **Kultur**, den **so-**

**zialen Beziehungen** und den **Arbeitsbedingungen**. Erkenntnisse darüber, welche dieser Faktoren im Einzelfall als wesentliche Ursachen in Frage kommen, kann nur eine fundierte Organisationsdiagnostik liefern.

4. **BEM- Analysen** sind ein Teil der Fehlzeitenanalysen. Untersucht werden sollten die Anzahl der Langzeitkranken, ihr gehäuftes Auftreten in bestimmten Teilen einer Organisation, die Anzahl der gemachten BEM-Angebote (Gesetzeskonformität), die tatsächlich stattgefundenen BEM-Gespräche, deren Qualität und Folgen. Die BEM- Problematik sollte als Bestandteil des Gesundheitsmanagements betrachtet und bearbeitet werden - nicht als davon unabhängige Aufgabenstellung.
5. Mit Blick auf den Forschungsstand und mit Blick auf ihr ökonomisches Gewicht sollte der **Präsentismusproblematik** ein klares Mehr an Aufmerksamkeit geschenkt werden als dem Fehlzeitengeschehen („Absentismus“). Präsentismus verweist auf die Anzahl derer, die zur Arbeit erscheinen, trotz Beeinträchtigungen von Wohlbefinden und geringer oder keiner Bindung an Arbeit und Organisation. Studien belegen, dass Präsentismus auch in Deutschland weit verbreitet ist mit erheblichen Folgen für Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft. Präsentismuskosten liegen oft deutlich über den Kosten, die fehlzeitenbedingt sind. Diesem Thema ist nur durch verstärkte Berücksichtigung „weicher“ Faktoren und durch ein erweitertes Berichtswesen beizukommen.

## 4. Präsentismus\*

Seit seinem Auftreten um die Jahrtausendwende findet das Thema Präsentismus steigendes Interesse in der Fachwelt und der Praxis. In der deutschen (Fach-) Öffentlichkeit erscheinen regelmäßig Ergebnisse aus bundesweiten repräsentativen Umfragen zum Thema. So beispielsweise im DAK-Gesundheitsreport aus dem Jahr 2016. Dort gaben 67 % der Frauen und 57 % der Männer an, im letzten Jahr zur Arbeit gegangen zu sein, „obwohl sie sich aufgrund ihres Gesundheitszustandes besser hätten krankmelden sollen“ (DAK 2016, S. 106).

Diese Befragungen beruhen auf einem Verständnis von **Präsentismus als Verhalten von Beschäftigten, trotz Erkrankung zur Arbeit zu gehen** (engl. „sickness presenteeism“). Dieses Verständnis entspricht nach wie vor dem, wie Präsentismus in der deutschen und europäischen Forschung zum Thema untersucht wird (vgl. Steinke, Badura 2011). Hierbei handelt es sich um ein ernstzunehmendes Phänomen: Laut BIBB/BAuA-Befragung arbeiteten die Beschäftigten in Deutschland im Jahr vor der Befragung im Durchschnitt 11,5 Arbeitstage trotz Krankheit und fehlten - im Vergleich dazu - krankheitsbedingt 17,4 Arbeitstage im Jahr (Oldenburg 2012, S. 137).

Dieses Phänomen sollte in Zukunft also näher untersucht werden. Dabei gilt es - unseres Erachtens nach - zunächst einmal stärker der Frage nachzugehen, was das Phänomen im Kern genau bedeutet bzw. wovon Beschäftigte genau berichten, wenn sie angeben, dass sie trotz Krankheit gearbeitet haben. Darauf aufbauend sollte untersucht werden, inwiefern Arbeiten trotz Erkrankung zusammenhängt mit den Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie dem Gesundheitszustand der Beschäftigten. Erste Forschungsergebnisse lassen die Vermutung zu, dass ein vermehrtes Auftreten eines Arbeitens trotz Erkrankung ein Hinweis auf ungünstig gestaltete Arbeits- und Organisationsbedingungen ist, welche die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen (vgl. Oldenburg 2012, Pohling et al. 2015).

---

\* Mika Steinke, Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG

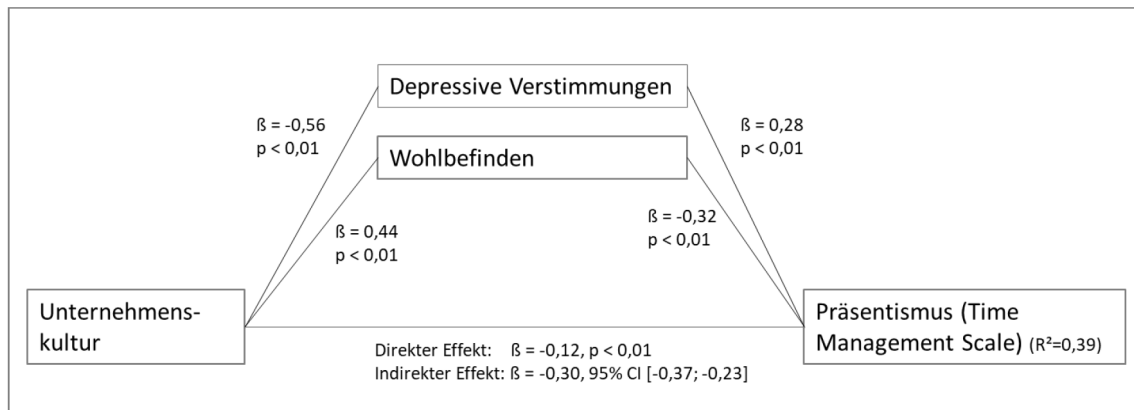
Für das Berichtswesen im Betrieblichen bzw. Behördlichen Gesundheitsmanagement (BGM) sollte eine Betrachtung von Präsentismus als gesundheitsbedingter Leistungsbeeinträchtigung eine stärkere Rolle spielen. Die in dieser Forschungstradition entstandenen Messinstrumente stellen, unserer Auffassung nach, eine wichtige Erweiterung des Berichtswesens im BGM dar und liefern mit dem Präsentismus eine zentrale (neue) Kennzahl für das Betriebliche bzw. Behördliche Gesundheitsmanagement.

**Präsentismus verstanden als gesundheitsbedingte Leistungsbeeinträchtigung** wird mit Hilfe von etablierten Skalen in Mitarbeitendenbefragungen erhoben. Die Beschäftigten werden gebeten, anzugeben, inwieweit sie in den letzten Wochen durch gesundheitliche Beschwerden in ihrer Arbeitsleistung beeinträchtigt wurden. Das Augenmerk wird daraufgelegt, Leistungsbeeinträchtigung aufgrund von gesundheitlichen Gründen zu messen (und weitere Gründe dabei herauszufiltern). Im Ergebnis kann eine Vielzahl an Studien zeigen, dass die über Präsentismus-Fragebögen erfassten gesundheitsbedingten Leistungsbeeinträchtigungen nennenswert ausfallen und die Kosten durch Fehlzeiten häufig deutlich übertreffen.

Internationale und eigene Studien haben gezeigt, dass sich Präsentismus-Kennzahlen gut in ein BGM-Kennzahlensystem integrieren lassen (Pohling et al. 2015; Steinke, Lampe 2017, van Scheppingen et al. 2013): Arbeits- und Organisationsbedingungen beeinflussen die Gesundheit der Beschäftigten und diese wiederum beeinflusst ihre Arbeitsleistung (Präsentismus). Was auf den ersten Blick völlig einleuchtend erscheint, kann und wird bislang aber nur selten bis gar nicht im Rahmen von BGM datengestützt erhoben und controlled.

In der folgenden Abbildung ist beispielhaft das Ergebnis einer eigenen Fallstudie dargestellt. Es zeigt sich, dass das Wertekapital bzw. die Unternehmenskultur einen direkten Effekt auf Präsentismus (hier: gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen bei der Einhaltung zeitlicher Vorgaben (Time Management Scale)) hat ( $\beta = -0,12$ ,  $p < 0,01$ ). Darüber hinaus besteht ein indirekter Effekt über die Gesundheitsindikatoren

depressive Verstimmungen und Wohlbefinden ( $\beta = -0,30$ , 95 %  $[-0,37; -0,23]$ ), der erkennbar höher ausfällt als der direkte Effekt.



**Abb.** Der Zusammenhang von Unternehmenskultur, psychischer Gesundheit und Leistungsfähigkeit (Präsentismus) (Quelle: Steinke, Lampe 2017).

Neuere Studien deuten darauf hin, dass eine Erfassung von Präsentismus über das Konzept der Arbeitsfähigkeit möglich ist (Vänni et al. 2017).

## Literatur

DAK-Gesundheit (2016) Gesundheitsreport 2016. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 13. Medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Oldenburg C (2012) Präsentismus - die zweite Seite der Gesundheitsmünze. In: Lohmann-Haislah (Hrsg) Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden.

Pohling R, Buruck G, Jungbauer KL, Leiter MP (2015) Work-related factors of presenteeism: the mediating role of mental and physical health. J Occup Health Psychol (Epub ahead of print).

Steinke M., Lampe D. (2017): Präsentismus: Zum Zusammenhang von Gesundheit und Produktivität. In: Badura B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung. Springer Gabler, Heidelberg, S. 127-151.

---

Vänni K., Neupane S., Nygård CH. (2017): An effort to assess the relation between productivity loss costs and presenteeism at work. *Int J Occup Saf Ergon.* 2017 Mar;23(1), S. 33-43.

van Scheppingen A, de Vroome E, ten Have K, Bos E, Zwetsloot G, van Mechelen W (2013) The associations between organizational social capital, perceived health, and employees' performance in two Dutch companies. *J Occupat Environ Med* 55(4), S. 371-377

---

## 5. Statistische Fehlzeitenanalyse im Strafvollzug. Was zeigt uns das Management Informationssystem - MIS?\*

Am 17. Dezember 2018 fand in Gelsenkirchen eine Fachtagung zum Thema „Klima(forschung) im Strafvollzug: Ansätze und Perspektiven zur Schaffung eines gesundheitsfördernden Anstaltsklimas“ statt. Die Tagung wurde vom Ministerium der Justiz und dem Kriminologischen Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen (KrimD NRW) ausgerichtet und beleuchtete zwei miteinander verwobene Themenkomplexe. Zum einen ging es um die Frage, wie das Arbeitsklima in den Justizvollzugsanstalten die Gesundheit der Bediensteten beeinflusst, und was zu tun ist, um die Krankenzustände zu senken. Zum anderen wurde danach gefragt, wie sich das Behandlungsklima in den Anstalten, also der Umgang mit den Inhaftierten, auf die Erreichung des Vollzugszieles auswirkt. Beide Themen wurden zudem durch die Frage verknüpft, ob und wie ein gutes Behandlungsklima nicht nur die Resozialisierung der Gefangenen, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der Bediensteten und damit wiederum ein gesundheitsförderndes Arbeitsklima für alle Beteiligten fördern kann.

Zur Beantwortung dieser Fragen sollten sowohl ausgewiesene Expertinnen und Experten gehört als auch das Publikum befragt werden. Dazu wurden die Teilnehmenden im Verlauf der Tagung unter anderem gebeten per Televoting einzuschätzen,

- wodurch die Gesundheit der Justizvollzugsbediensteten am „Arbeitsplatz Strafvollzug“ besonders stark belastet wird,
- was als erforderlich betrachtet wird, um ein gesundheitsförderndes Arbeitsklima zu schaffen
- und was die „Klimaforschung im Strafvollzug“ leisten müsse, um zu einer Verbesserung des Arbeits- und Behandlungsklimas in den Strafvollzugsanstalten beitragen zu können.

---

\* Wolfgang Wirth, Leiter Kriminologischer Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorbereitet und gerahmt wurden die entsprechenden Publikumsbefragungen durch mehrere Fachreferate, die durch einen allgemeinen Überblicksvortrag von Prof. Dr. Badura zum Thema „Arbeitsklima und Gesundheitsmanagement in Unternehmen und Behörden“ eingeleitet wurden. Es folgten weitere Präsentationen, die sich mit den jeweils spezifischen Bedingungen und Belastungen des Arbeitsalltages im Strafvollzug beschäftigten.

Einer dieser Vorträge, den der Autor dieses Beitrages zusammen mit Georg Langenhoff vom KrimD NRW vorbereitet hatte, widmete sich der Frage, ob und mit welchen Ergebnissen das „Management Informationssystem“ (MIS) des nordrhein-westfälischen Strafvollzuges für eine statistische Analyse der Fehlzeiten von Justizvollzugsbediensteten genutzt werden kann. Zentrale Inhalte dieses Vortrages werden im Folgenden in der Form kommentierter Vortragsfolien zusammengefasst. Eine vollständig verschriftlichte Fassung dieses insoweit vorläufigen „Werkstattpapieres“ ist zur Veröffentlichung in einer erweiterten Tagungsdokumentation vorgesehen.

Das „MIS“ ist eine EDV-Fachanwendung, die wichtige Informationen zum Justizvollzug beinhaltet. Neben Statistiken unterschiedlicher Art handelt es sich dabei insbesondere um Daten

- zur Belegungssituation im (Jugend-)Strafvollzug, auch zum Jugendarrest,
- zur „Arbeit und schulischen / beruflichen Bildung der Gefangenen“ im Vollzug,
- zum Themenkomplex „Behandlung und Sicherheit“
- und auch zum Personal des Justizvollzuges, namentlich zu den krankheitsbedingt ausgefallenen Arbeitszeiten im Bereich des Allgemeinen Vollzugsdienstes sowie zu angefallenen Mehrarbeitsstunden.

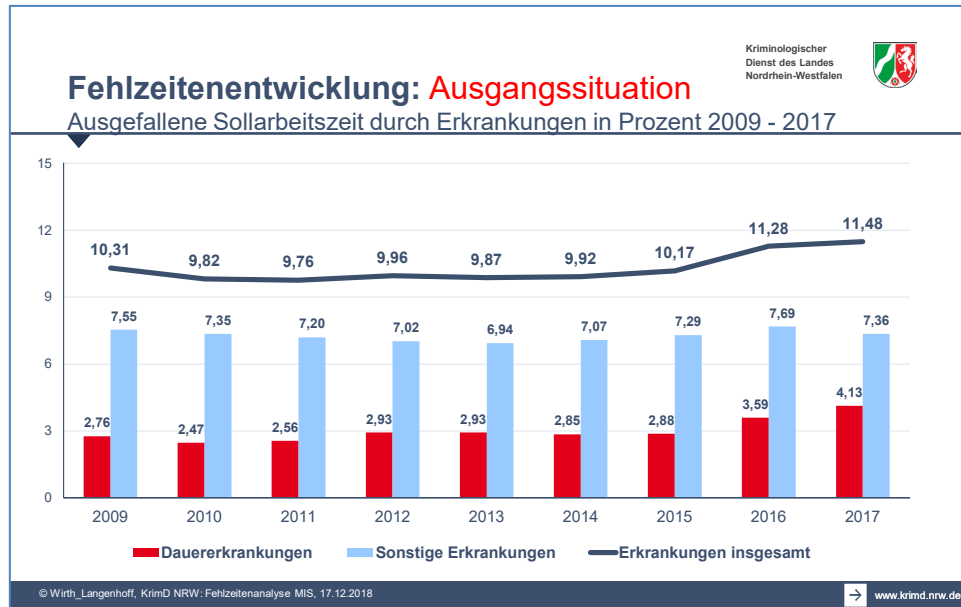
Nun werden die Daten des Management Informationssystems vor allem für Zwecke der Verwaltung bzw. der Verwaltungssteuerung und nicht für Forschungszwecke erhoben und dokumentiert. Gleichwohl ist der KrimD NRW gebeten worden, für die Fachtagung einmal statistisch zu prüfen, ob die verfügbaren Daten zumindest ansatzweise Antworten auf folgende Fragen erlauben:

- 
- Wie haben sich die Fehlzeiten im Allgemeinen Vollzugsdienst entwickelt - und zwar differenziert nach „Dauererkrankungen“ (ab 6 Wochen) und „Sonstigen Erkrankungen“ (unter 6 Wochen)?
  - Wie stellt sich die Fehlzeitenentwicklung im Vergleich der Justizvollzugsanstalten dar?
  - Wie korreliert die Fehlzeitenentwicklung mit anderen Daten des MIS und - soweit verfügbar - der Strafvollzugsstatistik?
  - Was müsste künftig ergänzend untersucht werden?

„Auf den Punkt“ gebracht lassen sich diese Fragen vorab zusammenfassend wie folgt beantworten:

- Die Entwicklung der Fehlzeiten verläuft leider ansteigend!
- Dabei unterscheidet sich die Fehlzeitenentwicklung in den Anstalten deutlich!
- Die unterschiedlichen Entwicklungen lassen sich bisher nur begrenzt erklären!
- Um dies zu verbessern, sind ergänzende Forschungen zum Arbeits-, Behandlungs- und Anstaltsklima im Strafvollzug erforderlich!

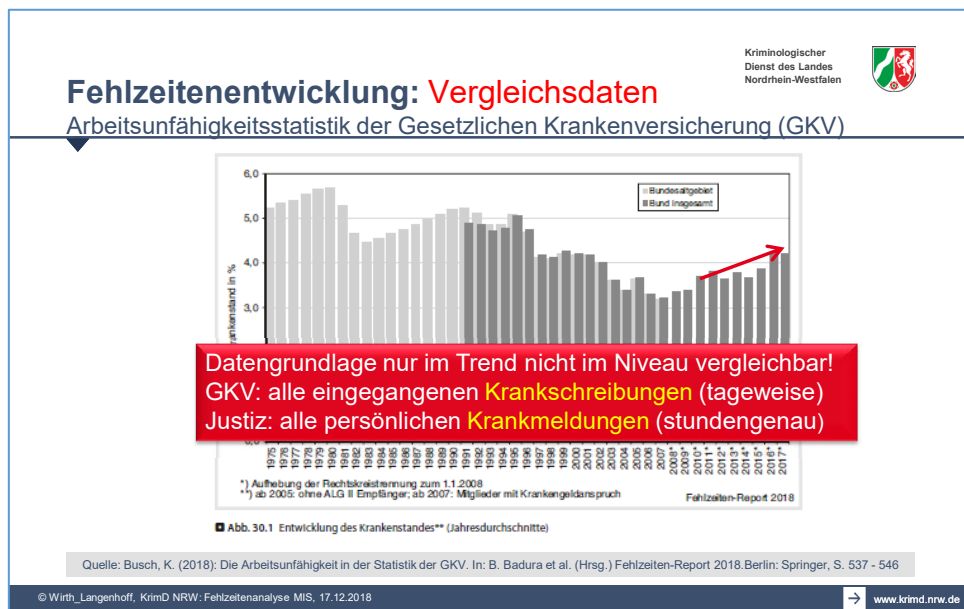
Im Einzelnen hat die Analyse der MIS-Daten zunächst gezeigt, dass der Anteil der ausgefallenen Sollarbeitszeit im Allgemeinen Vollzugsdienst von 2009 bis 2017 von 10,3 % auf knapp 11,5 % gestiegen ist. Eine besonders deutliche Steigerung ist dabei seit 2015 erkennbar und vor allem auf eine Zunahme der Dauererkrankungen von mindestens sechswöchiger Dauer zurückzuführen. Die entsprechende Quote ist im gesamten Beobachtungszeitraum von 2,8 % auf 4,1 % gestiegen. Dabei ist die Steigerung auch hier vor allem in den Jahren 2016 und 2017 erfolgt, während die Quote der Fehlzeiten aufgrund von „Sonstigen Erkrankungen“ kürzerer Dauer im gesamten Berichtszeitraum relativ stabil zwischen 7-8 % schwankte.

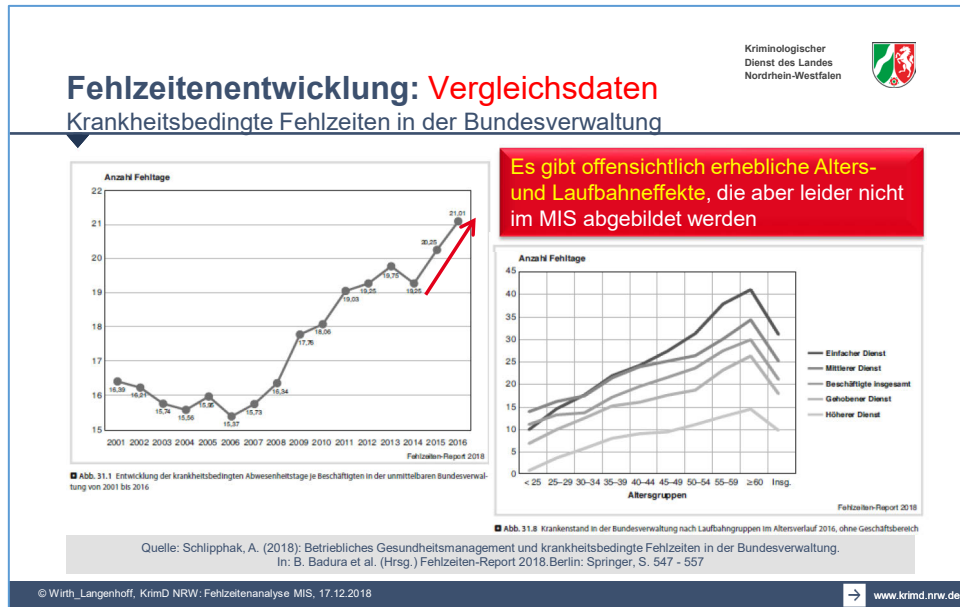


Es stellt sich die Frage, ob diese Entwicklung typisch für den Justizvollzug des Landes NRW ist oder auch andernorts in ähnlicher Weise beobachtet werden kann. Ein Vergleich mit der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die in dem von Badura et al. herausgegebenen „Fehlzeitenreport 2018“ veröffentlicht wurde, spricht, wie die folgende Folie zeigt, für Letzteres - allerdings nur mit Blick auf den Trend der letzten Jahre, nicht bezüglich des Niveaus der Fehlzeitenentwicklung. Dieses fällt in den hier vorgestellten Berechnungen zum Justizvollzug zwangsläufig allein schon deshalb höher aus, weil die genutzten MIS-Daten alle persönlichen Krank**meldungen** stundengenau erfassen, während sich die Entwicklung des Krankenstandes in der GKV nur auf die tageweise eingegangenen Krank**schreibungen** bezieht.

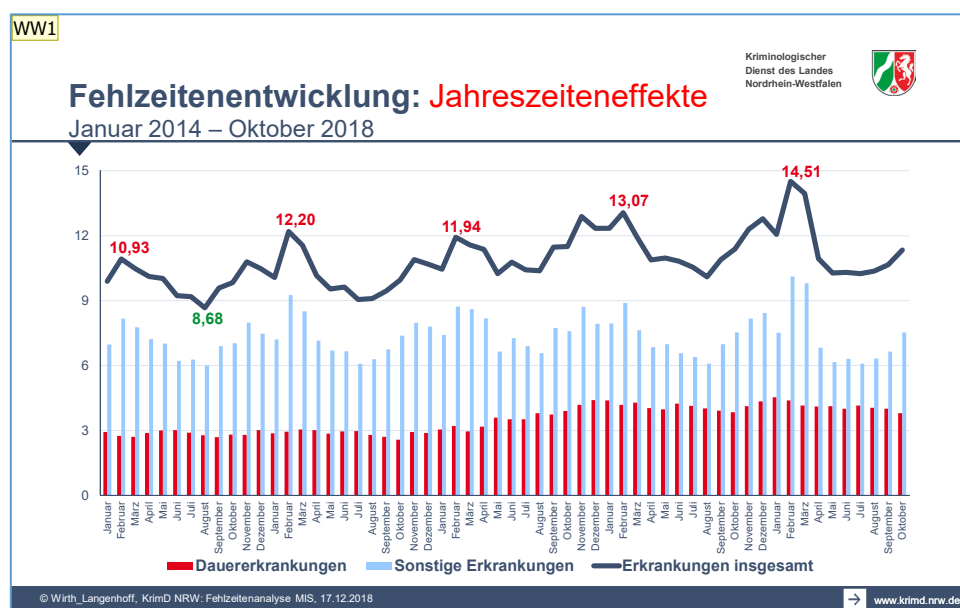
In der folgenden grafischen Darstellung der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Bundesverwaltung, die auch dem „Fehlzeitenreport 2018“ entnommen wurde, ist ebenfalls eine besonders deutliche Steigerungstendenz in der Zeit von 2014 bis 2016 zu erkennen. Hier fällt allerdings zusätzlich auf, dass die Anzahl der Fehltage im höheren und gehobenen Dienst deutlich geringer ausfällt als im mittleren und einfachen Dienst. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass dies im Justizvollzug anders

wäre. Insofern ist bei der Interpretation der Vergleichsdaten auch zu beachten, dass sich die Fehlzeitenstatistik der MIS-Daten des Strafvollzuges NRW nicht auf alle Justizbediensteten, sondern allein auf die Angehörigen des Allgemeinen Vollzugsdienstes bezieht, die in ihrem täglichen Umgang mit den Gefangenen sicherlich besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Die in der Bundesverwaltung nachvollziehbaren Laufbahneffekte können hier folglich ebenso wenig abgebildet werden, wie etwa Alterseffekte, die sich ebenfalls in der Häufigkeit und Dauer etwaiger Fehlzeiten niederschlagen dürften.

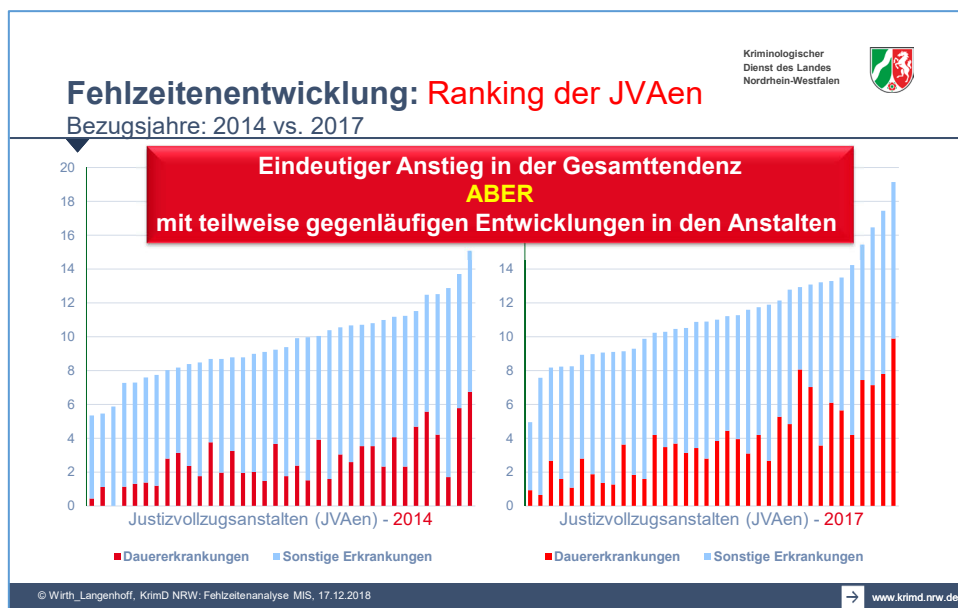




Nun kann eine auf Kalenderjahre bezogene Entwicklung der Fehlzeiten zwar langfristige Trends, nicht aber jahreszeitliche Schwankungen anzeigen. Eine monatsweise Darstellung vermag diesen Mangel insoweit zu „beheben“, als sie nicht nur den insgesamt beobachteten Anstieg der Fehlzeiten bestätigt, sondern auch auf „Fehlzeitspitzen“ hinweist, die mit steter Regelmäßigkeit in den Wintermonaten, vorzugsweise im Februar, auffallen.

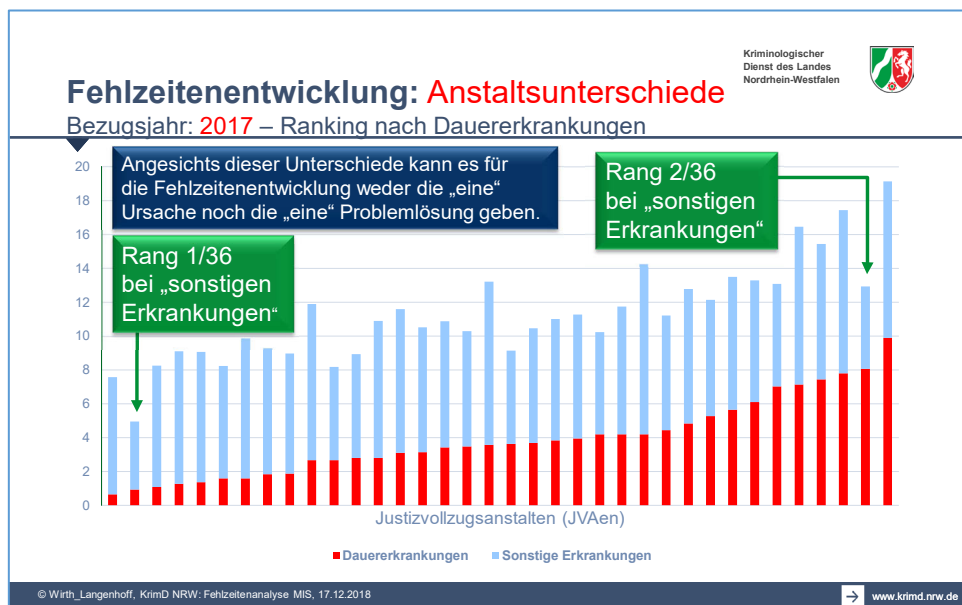
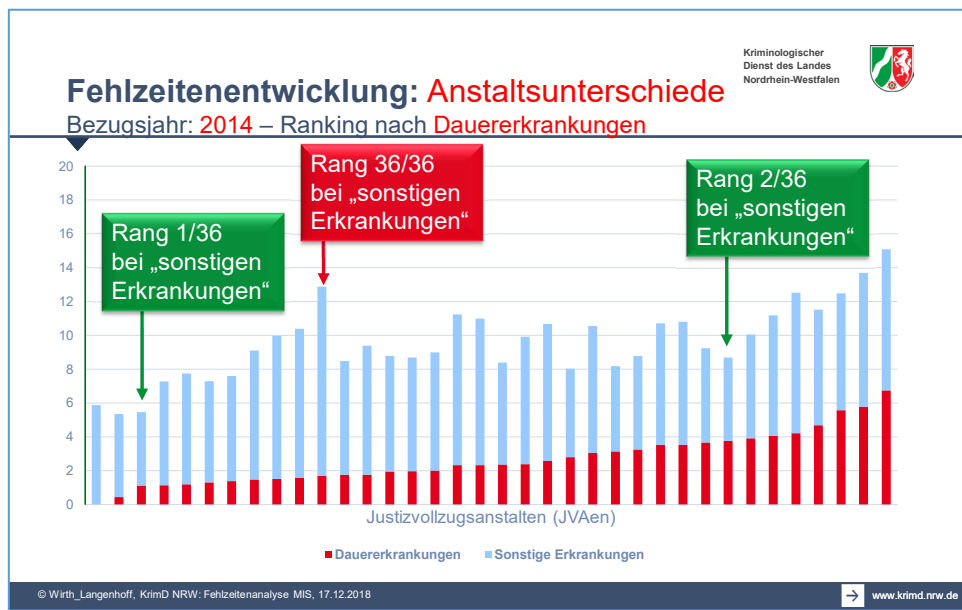


In wortspielerischer Bezugnahme auf das Tagungsthema sind hier also durchaus klimatische Einflüsse im meteorologischen Sinn erkennbar. Die Bedeutung, die das Wetter in den unterschiedlichen Jahreszeiten für die Fehlzeitenentwicklung hat, war „natürlich“ zu erwarten und ist zweifellos viel leichter festzustellen als mögliche Auswirkungen des Arbeits- und Behandlungsklimas in den JVAen. Um solchen Effekten auf die Spur zu kommen, sind differenzierte Anstaltsvergleiche unerlässlich.



Im Vergleich der 36 nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten, die in der vorangehenden Abbildung jeweils durch eine kombinierte Datensäule dargestellt werden, zeigt sich ein sehr heterogenes Bild, das - in einem Ranking der insgesamt dokumentierten Fehlzeiten - Quoten von etwa fünf bis fünfzehn Prozent für das Jahr 2014 reflektiert. Im Jahr 2017 war in der am geringsten durch Fehlzeiten belasteten Anstalt ebenfalls eine Quote von etwa 5 % ausgefallener Sollarbeitszeit erkennbar, in der am stärksten belasteten JVA aber ein Wert um die 19 %. Dabei wird der eindeutige Anstieg der Werte in der Gesamttendenz von sehr unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Anstalten begleitet.

Differenziert man diese Fehlzeiten nun nach den jeweils verursachenden „Dauererkrankungen“ und „Sonstigen Erkrankungen“, so ergeben sich ebenfalls unterschiedliche „Rangfolgen“ unter den Justizvollzugsanstalten und zwischen den beiden Vergleichsjahren 2014 und 2017, wie die beiden folgenden Folien zeigen.

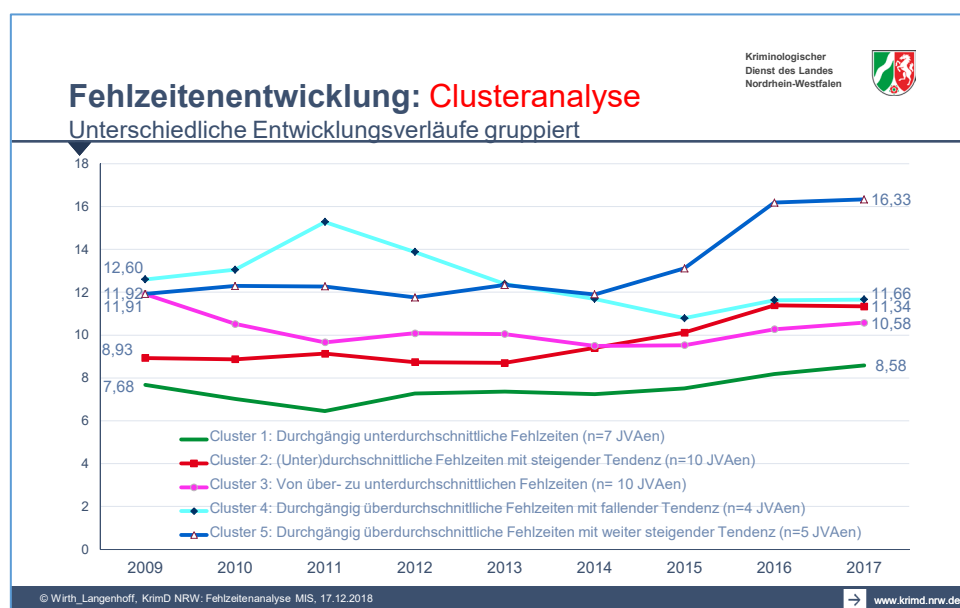


Dabei fällt beispielsweise auf, dass Anstalten mit einer besonders hohen „Dauerkrankenquote“ gleichzeitig besonders geringe Fehlzeitenanteile bei den „Sonstigen Er-

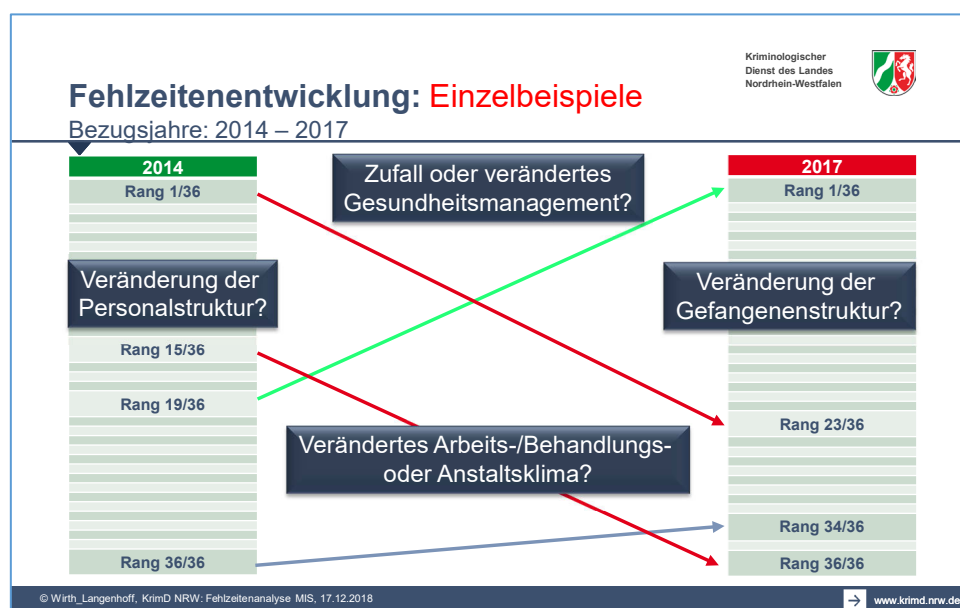
krankungen“ haben können und dass umgekehrt in Anstalten mit geringen Fehlzeiten wegen Dauererkrankungen sehr hohe Fehlzeitenquoten dokumentiert sein können, die auf „Sonstige Erkrankungen“ zurückzuführen sind.

Eine ergänzend durchgeführte Clusteranalyse unterschiedlicher Entwicklungsverläufe offenbart darüber hinaus mindestens fünf unterschiedliche „Anstaltstypen“, als da sind:

- Justizvollzugsanstalten (n = 7) mit durchgängig unterdurchschnittlichen Fehlzeitenquoten zwischen 7,7 % (2014) und 8,6 % (2017)
- Justizvollzugsanstalten (n = 10) mit (unter-)durchschnittlichen, gleichwohl steigenden Fehlzeitenquoten zwischen 8,9 % (2014) und 11,3 % (2017)
- Justizvollzugsanstalten (n = 10) mit einer Entwicklung von über- zu unterdurchschnittlichen Fehlzeitenquoten zwischen 11,9 % (2014) und 10,6 % (2017)
- Justizvollzugsanstalten (n = 4) mit durchgängig überdurchschnittlichen, gleichwohl fallenden Fehlzeitenquoten zwischen 12,6 % (2014) und 11,7 % (2017)
- Justizvollzugsanstalten (n = 5) mit durchgängig überdurchschnittlichen Fehlzeitenquoten und steigender Tendenz zwischen 11,9 % (2014) und 16,3 % (2017)



Diese unterschiedlichen Entwicklungen legen über die angesprochenen generellen „Wettereffekte“ hinaus auch jeweils spezielle „Klimaeffekte“ nahe, die mit den jeweils besonderen Arbeitsbedingungen in den Justizvollzugsanstalten zusammenhängen können. Gestützt wird diese Annahme vor allem dadurch, dass in einzelnen Anstalten in relativ kurzer Zeit erhebliche und teilweise gegenläufige Entwicklungen beobachtet werden können. So zeigt beispielsweise die folgende Abbildung, dass die Anstalt mit der geringsten Fehlzeitenbelastung im Jahr 2014 binnen dreier Jahre auf Rang 23 von 36 „abgerutscht“ und eine zuvor im Mittelfeld rangierende JVA im selben Zeitraum gar am Ende der Rangliste gelandet ist. Für die zuvor dort platzierte Anstalt waren hingegen kaum nennenswerte Änderungen erkennbar, während eine andere JVA, für die in 2014 noch mittlere Fehlzeitenwerte registriert waren, die Rangliste in 2017 mit den niedrigsten Werten anführt.



Änderungen - positive wie negative - „passieren“ also, und insofern ist es wichtig, sie mit den Daten des Management Informationssystems beschreiben zu können. Aber damit ist noch lange nicht erklärt, wie und wodurch die registrierten Veränderungen in der Vergangenheit verursacht worden sind oder in Zukunft bewirkt werden können. Haben sich die beobachteten Entwicklungen rein zufällig ergeben oder sind sie

auf Veränderungen der Personal- oder Gefangenenstruktur zurückzuführen, die ihrerseits das spezifische Arbeits-, Behandlungs- oder Anstaltsklima beeinflussen? Haben solche klimatischen Veränderungen zusätzlich gesundheitsrelevante Effekte und welche Rolle spielen dabei Veränderungen im behördlichen Gesundheitsmanagement, von dem naturgemäß entlastende Wirkungen auf die Fehlzeitenentwicklung erwartet werden?

Diese und ähnliche Fragen können mit den Daten des MIS bisher (noch) nicht hinreichend beantwortet werden. Es ist insofern lohnenswert, nach ergänzend zu erhebenden Daten zu fragen, die im Sinne unabhängiger, also potentiell erklärungskräftiger Faktoren, in die Analyse eingeführt werden können. Die diesbezüglich bereits benannte, in der gegenwärtigen MIS-Struktur aber nicht vorgesehene Einbeziehung der Altersstruktur der Bediensteten wäre dabei ohne Zweifel wichtig, aber allein ebenso zweifellos nicht ausreichend. Angesichts der Heterogenität der Fehlzeitenentwicklung in den Anstalten dürfte die Suche nach der „einen“ Ursache erhöhter Krankenstände, deren Kenntnis und Bearbeitung eine Lösung des Problems versprechen könnte, ohnehin wenig aussichtsreich sein.

Aus den verfügbaren Daten des MIS und der Strafvollzugsstatistik konnten nun insgesamt 38 weitere Variablen aufbereitet und mit den „abhängigen“ - also hinsichtlich ihrer Varianz zu erklärenden - Variablen der Fehlzeiten wegen Dauererkrankungen, sonstigen Erkrankungen und insgesamt korreliert werden. Im Einzelnen waren dies Merkmale aus folgenden Bereichen:

- Belegungssituation und Unterbringung der Gefangenen (n = 5 Variable)
- Sozio-demografischen Differenzierung der Gefangenen (n= 6 Variable)
- Strafrechtliche Vorgeschichte und Anlassdelikte der Gefangenen (13 Variable)
- Vollzugsdauer und Beschäftigung der Gefangenen in der Haft (n = 5 Variable)
- „Besondere Vorkommnisse“ in den Justizvollzugsanstalten (n = 4 Variable)
- Anstaltsspezifische Personalausstattung und Fortbildung (n = 5 Variable)

Die Befunde, die sich in diesen Analysen als in besonderer Weise statistisch signifikant und/oder theoretisch interessant erwiesen haben, sollen hier nun abschließend kurz zusammengefasst werden. Aus dem Bereich der Struktur- und Personalausstattungsdaten ergaben sich allein für die belegungsbezogene Auslastungsquote der Justizvollzugsanstalten (Korrelationskoeffizient  $r = .270$ ) und für die Mehrarbeitsquote des Personals statistisch hochsignifikante positive Zusammenhänge mit der Fehlzeitenentwicklung ( $r = .210$  bzw.  $r = .265$ ; Signifikanzniveau 0.05 bzw. 0.01). Übersetzt heißt dies: Statistisch erhöhen sich die Fehlzeiten wie erwartet mit wachsendem (Über-)Belegungsdruck in den Anstalten und - damit zumindest teilweise verbunden - steigender Mehrarbeitsbelastung der Bediensteten.

Interessant, aber nur auf einem Signifikanzniveau von 0.05 bedeutsam, ist allerdings, dass die Fehlzeiten einerseits mit einer besseren Personalausstattung der Anstalten („Bedienstetenquote“:  $r = .196$ ) steigen, andererseits mit wachsender Nutzung von Sport- und Fortbildungsangeboten durch die Bediensteten sinken ( $r = -.243$  bzw.  $-.229$ ). Während Letzteres die Erwartungen an die gesundheitsfördernden Wirkungen entsprechender Angebote nährt, dämpft der erstgenannte Befund die Hoffnung, allein durch mehr Personal weniger Fehlzeiten bewirken zu können. Der insofern nicht erwartungsgemäße Befund könnte damit zusammenhängen, dass Bedienstete in Zeiten großen Arbeitsdrucks und geringer Personalausstattungen aus Solidarität mit den Kolleginnen und Kollegen oder aus anderen sinnstiftenden Gründen zum Dienst erscheinen, obwohl sie nicht vollständig gesund sind, sich aber eher „auskurieren“, wenn die „Personaldecke“ ausreichend erscheint. Die Annahme, dass solche Effekte ggf. mit dem jeweiligen Arbeitsklima zu tun haben, kann zwar mit den vorliegenden Daten (noch) nicht eindeutig empirisch belegt werden, wurde aber in mehreren Gesprächen mit Vollzugspraktikern nachvollziehbar bekräftigt.

Insofern deuten beide Befunde darauf hin, dass es nicht (nur) auf die Quantität des verfügbaren Personals, sondern (auch) auf die Qualität der Zusammenarbeit im Voll-

zugsalltag ankommt, die ihrerseits wiederum durch mehr oder weniger große Belastungen im Umgang mit den Inhaftierten, also dem Behandlungsklima, beeinflusst wird. Die verfügbaren Daten des MIS und der Strafvollzugsstatistik können aber auch hier nur erste Hinweise auf, aber noch keine belastbaren Nachweise für solche Zusammenhänge liefern. In diesem Sinne zeigen sie, dass Fehlzeiten - und zwar insbesondere solche, die nicht auf Dauererkrankungen zurückzuführen sind - signifikant sinken,

- je größer der Anteil zu behandelnder Gefangener im offenen Vollzug ist ( $r = -.434$ ),
- je größer der Anteil der Gefangenen ist, die wegen Straßenverkehrs- oder sogenannter Bagatelldelikte inhaftiert sind ( $r = -.329$  bzw.  $-.292$ ),
- je größer der Anteil der Beschäftigten an den arbeitspflichtigen Gefangenen ist („Beschäftigtenquote“:  $r = -.258$ ),
- aber auch, je größer der Anteil vorbestrafter Gefangener ist ( $r = -.278$ )
- und je höher die auf die Vollzugsbelegung bezogene Anzahl an Disziplinarmaßnahmen ausfällt ( $r = -.318$ ).

Auch diese Befunde sind zumindest für den Vollzugsunkundigen nicht vollständig erwartungsgemäß. So lassen die drei erstgenannten Korrelationen vermuten, dass Anstalten, für die vergleichsweise wenige Fehlzeiten notiert sind, mit tendenziell geringeren Anteilen „problematischer“ Gefangener „zu tun“ haben, die zu größeren Anteilen in Arbeit oder in schulischen oder beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen beschäftigt werden (können).

Dass ein erhöhter Anteil vorbestrafter Gefangener in ähnlicher Weise mit der Fehlzeitenentwicklung korreliert, passt hier zunächst nicht ins Bild, kann aber damit erklärt werden, dass Inhaftierte, die wegen der sogenannten Bagatelldelikte einsitzen, oftmals strafrechtlich häufiger vorbelastet sind als Gefangene mit schwereren Anlässdelikten. Und der Befund, dass mehr Disziplinarmaßnahmen gegen Gefangene mit

---

weniger Fehlzeiten unter den Bediensteten einhergehen, dürfte noch weniger den Erwartungen entsprechen - und doch könnte auch für diese quantitative Korrelation ein qualitativer „Klimaeffekt“ verantwortlich sein - nämlich immer dann, wenn es für die Bediensteten entlastend wirkt zu wissen, dass potentiell belastende Verstöße gegen die Hausordnung oder gar Übergriffe der Gefangenen konsequent disziplinarisch geahndet werden. Allerdings ist auch dies keine empirisch belegte, sondern primär eine theoretisch plausible Hypothese, die nach mehr Klimaforschung im Strafvollzug ruft.

Auch wenn man alle berücksichtigten Variablen in einer multivariaten Regressionsanalyse bezüglich ihres Einflusses auf die Fehlzeitenentwicklung prüft, ergeben sich lediglich Anteile erklärter Varianz von 5 % bezogen auf die Dauererkrankungen und von 16 % bezüglich der sonstigen Erkrankungen bzw. von 10 % auf die Fehlzeiten insgesamt, wobei lediglich den Variablen der Auslastungsquote der Anstalten, der Beschäftigungsquote unter den Gefangenen und der Quote der Bediensteten sowie ihrer Beteiligung an Sport- und Fortbildungsangebote eine eigenständige Erklärungskraft zugeschrieben werden kann. Ein solides empirisches Fundament für ein Erfolg versprechendes behördliches Gesundheitsmanagement ist damit noch nicht gegeben. Allerdings war dies auch nicht zu erwarten, zumal die zur Verfügung stehenden Daten des Management Informationssystems - wie eingangs bereits erwähnt - nicht für Forschungs-, sondern für Verwaltungszwecke dokumentiert werden und insofern ohnehin mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Die Analyse dieser Daten ermöglicht gleichwohl eine differenzierte und unverzichtbare Beschreibung der Fehlzeitenentwicklung im Justizvollzug. Um darüber hinaus eine befriedigendere Erklärung der unterschiedlichen Entwicklungen in den Vollzugsanstalten zu ermöglichen, müssen weitere Daten, sowohl quantitativer wie qualitativer Art, hinzugezogen werden. Zu nennen sind hier insbesondere die Altersstruktur (Dienst- und Lebensalter) und das Geschlechterverhältnis der Bediensteten, ihre Einsatzorte, -schwerpunkte und -dienstzeiten, aber auch Art und Schwere ihrer physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sowie Art und Ergebnis ihres

---

Umgangs mit den Gefangenen. Erforderlich sind aber auch und vor allem weitere Daten über die Unterstützung, die die Bediensteten dabei von ihren Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten erfahren, über den Sinn, den sie in ihrer Arbeit sehen und über die Zufriedenheit, die sie aus ihr ziehen. Benötigt werden insofern ergänzende Analysen des Arbeits- und Behandlungsklimas in den Vollzugsanstalten als Voraussetzung für ein gesundheitsförderndes Anstaltsklima - ein Erfordernis, das nicht nur mit den speziellen Ergebnissen unserer Analyse, sondern auch mit den generellen Ergebnissen und Schlussfolgerungen des eingangs zitierten „Fehlzeitenreports 2018“ begründet werden kann.

## 6. Standardisierung des BGM durch Qualifizierung\*

Durchsetzung und professionelle Anwendung von Standards im Betrieblichen bzw. Behördlichen Gesundheitsmanagement erfordern eine hinreichende Qualifizierung von Führungskräften und Fachexpertinnen und -experten.

Eigene, jahrelange Erfahrungen in der universitären Aus- und Weiterbildung zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) sowie umfassende Erkenntnisse aus Inhouse-Fortbildungen in Wirtschaftsunternehmen und Öffentlichen Verwaltungen zeigen, dass der Erfolg und die nachhaltige Wirksamkeit von Qualifizierungsmaßnahmen an folgende Voraussetzungen geknüpft ist: 1. Die Maßnahmen müssen wissenschaftlich fundiert sein. 2. Sie müssen passgenau sein, d. h. vom Kompetenzbedarf der zu qualifizierenden Personen und beteiligten Organisationen ausgehen. 3. Sie müssen qualitätsgesichert sein, d. h. einer fortlaufenden, anerkannten Qualitätsüberprüfung und -entwicklung unterliegen.

Um die im BGM handelnden Akteurinnen und Akteure für die Wahrnehmung ihrer unterschiedlichen Rollen und Aufgaben zu befähigen, sind auch in Zukunft zielgruppenspezifische Qualifizierungsmaßnahmen und ihre Weiterentwicklung erforderlich (Walter, Badura 2006).

So ist es Aufgabe des **Top-Managements**, gemeinsam mit dem Betriebs- bzw. Personalrat, „Motor“ für das BGM zu sein, d. h. dem Thema Gesundheit einen wichtigen Stellenwert einzuräumen, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, ausreichende Ressourcen bereitzustellen und die BGM-Standards zu definieren (Machtpromotoren). Eintägige Veranstaltungen mit fachlichem Input und anschließenden Arbeitsgruppen zu ausgewählten gesundheitsrelevanten Themen haben sich für eine Sensibilisierung z. B. von Behörden- oder Betriebsleitungen als sehr geeignet erwiesen.

---

\* Dr. Uta Walter, Universität Bielefeld, ZWW

Führungskräfte des **operativen Managements** stehen zuallererst in der Verantwortung, Arbeits- und Organisationsprozesse gesundheitsförderlich zu gestalten, mitarbeiterorientiert zu führen und eine Vorbildfunktion in Sachen Gesundheit und gesundheitsgerechtem Verhalten einzunehmen. Moderierte, idealerweise über einen längeren Zeitraum verteilte themenfokussierte Workshops stellen ein sinnvolles Format dar, um Führungskräfte für ihre neue Rolle und Aufgaben adäquat weiterzuentwickeln.

Den **Gesundheitsexpertinnen und -experten** kommt die Aufgabe zu, Führungskräfte sowie Beschäftigte und ihre Vertretungen zu allen gesundheitsrelevanten Fragestellungen fachlich kompetent zu beraten und für die Umsetzung der BGM-Standards Sorge zu tragen (Fachpromotoren).

Erfahrungen aus einem modularen Schulungsprogramm der Finanzverwaltung NRW für die in allen Behörden eingesetzten Ansprechpersonen BGM zeigen, dass für diese Personengruppe insbesondere folgende Kompetenzen von Bedeutung sind:

- fundiertes Wissen über wissenschaftliche Grundlagen des BGM allgemein und speziell in der eigenen Organisation;
- die Fähigkeit, vorhandene Gesundheitsdaten (Mitarbeitendenbefragung, Fehlzeitenstatistik etc.) analysieren und interpretieren zu können;
- datenbasiert Projekte/Maßnahmen entwickeln und deren Umsetzung begleiten zu können;
- Kenntnisse über Verfahren und Instrumente zur Umsetzung von Verbesserungen (z. B. Gesundheitszirkel, Coaching, Arbeitssituationsanalysen, etc.) zu besitzen;
- die eigene Rolle als Fachpromotor sowie die damit verbundenen Aufgaben und Kompetenzen zu kennen;

- potentielle Widerstände und Konflikte in der eigenen Behörde frühzeitig identifizieren und, gemeinsam mit den verantwortlichen Führungskräften, lösungsorientiert bearbeiten zu können.

Ein erfolgreiches BGM lässt sich grundsätzlich nur durch Bündelung des vorhandenen Wissens und der vielfältigen Kompetenzen und Erfahrungen aller relevanten Experten etablieren. Die unterschiedlichen internen Akteurinnen und Akteure müssen dazu fach- und hierarchieübergreifend sowie mit externen Beraterinnen und Beratern und einer Prozessbegleitung vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Vor diesem Hintergrund bedarf es neben zielgruppenspezifischer Qualifizierungsmaßnahmen auch disziplinenübergreifender Aus- und Weiterbildungsformate, die Akteurinnen und Akteure unterschiedlicher Fachrichtungen und Branchen adressieren, und die in der Lage sind, fundierte Kenntnisse zu gewandelten Herausforderungen in der Arbeitswelt und neuen gesundheitlichen Risiken in einem interdisziplinären Ansatz vermitteln.

Derartige Weiterbildungsangebote sollten nicht vorrangig an einzelnen gesundheitsrelevanten Problemen und Maßnahmen ansetzen, sondern einen organisationsbezogenen, ganzheitlichen Ansatz fokussieren und zur professionellen Anwendung der Mindeststandards und Leitlinien im BGM qualifizieren. Ziel ist es, die Teilnehmenden zum Aufbau eines leistungsstarken BGM im Sinne eines lernenden, sich kontinuierlich selbst beobachtenden System in einem Unternehmen zu befähigen.\*

---

\* Ein Qualifizierungskonzept, das bemüht ist, diesem Anspruch gerecht zu werden, ist das Anfang 2000 vom Land Nordrhein-Westfalen beauftragte und mit Mitteln des Landes und des Europäischen Sozialfonds geförderte Weiterbildungsangebot zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld. Die Entwicklung geht vor allem auf die Initiative staatlicher Arbeitsschutz-Experten zurück (Meyer-Falcke 2000; Richenhagen/Lehmann 2003; Lehmann/Seiler 2010). In die Konzeptentwicklung eingeflossen sind die Befunde einer Machbarkeitsstudie (Blume et al. 2003), die Grundlagen und Erkenntnisse der Sozial, Gesundheits- und Arbeitswissenschaften sowie das dokumentierte Erfahrungswissen aus der Praxis betrieblicher Gesundheitspolitik und die daraus hervorgegangenen Qualitätsstandards für BGM (z. B. Badura/Ritter/Scherf 1999; Badura/Hehlmann 2003; Münch/Walter/Badura 2003; Walter 2007).

Wie die Erkenntnisse insbesondere aus universitären Weiterbildungsmaßnahmen zeigen, bedarf es hierzu einer inhaltlich und didaktisch abgestimmten Konzeption sowie einer engen Verzahnung von interdisziplinärem Fachwissen, Methoden- und Sozialkompetenz.

Das zu vermittelnde **Fachwissen** sollte insbesondere folgende Aspekte fokussieren: Konzepte und Evidenzbasis zu Gesundheit und Krankheit, aktuelle gesundheitliche Problemstellungen (z. B. Burnout, Präsentismus), Wirkungszusammenhänge zwischen Kultur, Führung, Gesundheit und Arbeitsergebnissen, rechtliche Rahmenbedingungen und Leitlinien im BGM, Ziele und Qualitätsstandards des BGM, Controlling im BGM sowie das Management sozialer Systeme.

Die **Methodenkompetenz** im BGM sollte vor allem auf folgende Fertigkeiten abzielen: die kunstgerechte Entwicklung und Steuerung von BGM-Projekten, die Anwendung fundierter Verfahren und Instrumente zur Datenanalyse und Dateninterpretation, die Entwicklung und professionelle Anwendung von Kennzahlen im BGM, den Aufbau eines Berichtswesens sowie die Fähigkeit zur zielorientierten Moderation von Gruppen.

**Sozialkompetenz** stellt eine übergreifende Schlüsselqualifikation im BGM dar und ist die Basis für das erfolgreiche Arbeiten in interdisziplinären Teams (Teamfähigkeit), die Fähigkeit zur Konfliktidentifizierung, -bearbeitung und -lösung (Konfliktmanagement), Kritikfähigkeit, kompetente Gesprächsführung und erfolgreiche innerbetriebliche Kommunikation im BGM (Marketing).

Studienbegleitende **Praxisprojekte** schließlich sind anzuraten, um das individuell erworbene Wissen zum Thema BGM unmittelbar in die eigene betriebliche Praxis zu überführen und darüber nachhaltige Veränderungsprozesse in der jeweiligen Organisation anzustoßen.

Im Ergebnis - und dies sollte der Anspruch jedweder Qualifizierung im BGM sein - ist der Nachweis von mehr Gesundheit und Engagement auf Seiten der Beschäftigten

zu erbringen, als eine wesentliche Voraussetzung zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und damit zur Zukunft der Arbeit in der deutschen Wirtschaft insgesamt.

### **Literatur**

- Badura B., Hehlmann T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Badura B., Walter U., Hehlmann T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. *völlig überarbeitete Auflage*. Berlin: Springer.
- Badura B., Ritter W., Scherf M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Berlin. Edition sigma.
- Blume A., Badura B., Walter U., Schleicher R., Münch E., Lange A. (2003). Machbarkeitsstudie: Manager gesundheitlicher Ressourcen. Gefördert vom Land NRW und der Europäischen Union. Interner Abschlussbericht zum Projekt.
- Lehmann E, Seiler K. (2010): Staatliche Impulse, Konzepte und Fördermaßnahmen. In: Badura B., Walter U., Hehlmann T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. *völlig überarbeitete Auflage*. Berlin: Springer, S. 457-467.
- Münch E., Walter U., Badura B. (2003). Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: Edition sigma.
- Meyer-Falcke A., Lehmann E. (2000). Occupational Health: Qualifizierung zum betrieblichen Arbeitsschutzberater. In: Ergo-med 5/2000, S. 194-199.
- Richenhagen G., Lehmann E. (2003). Wandel gestalten – gesünder arbeiten. Ein Konzept für einen zukunftsorientierten Arbeitsschutz am Beispiel NRW. In: Badura B., Hehlmann T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 295-302.
- Walter U. (2007). Qualitätsentwicklung durch Standardisierung am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
- Walter U., Badura B. (2006). Betriebliche Gesundheitspolitik: Neue Aufgaben und Kompetenzen für Führungskräfte und Experten. In: Pund, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern. Huber, S. 146-158.

---

## 7. Burnout vermeiden - die Lichtseiten von Organisationen stärken\*

Hierzulande berichtet jede/r zweite Erwerbstätige während der Arbeit bzw. an Arbeitstagen häufig müde, matt oder körperlich erschöpft zu sein und jede/r vierte fühlt sich häufig emotional erschöpft (vgl. BMAS u. BAuA 2018, 225). Über die Ausmaße von Burnout in der öffentlichen Verwaltung liegen bislang kaum Daten vor. In einer Befragung von 15 Justizbehörden in NRW waren allerdings beispielsweise rund 40% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von psychischer und physischer Erschöpfung betroffen (Gauggel 2011).

Der Begriff Burnout findet sowohl in der Alltagssprache als auch in der öffentlichen Diskussion auf vielfältige Phänomene wie psychische Erkrankungen oder Arbeitsstress Anwendung. Im engeren, wissenschaftlichen Sinne handelt es sich bei Burnout jedoch weder um eine medizinische Krankheitsdiagnose, noch um einen äußeren Stressor, sondern um eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit mit engem Bezug zur Arbeitswelt (DGPPN 2012).

Drei miteinander korrelierende Symptome sind für Burnout kennzeichnend: 1. ein hoher Grad an emotionaler und physischer Erschöpfung, 2. eine negative Haltung gegenüber der Arbeit mit einer emotionalen und gedanklichen Distanzierung von Kunden, Kolleginnen und Kollegen oder der Arbeitsaufgabe sowie 3. das Gefühl einer verminderten Arbeitsfähigkeit. Erschöpfung gilt als das Kernmerkmal und die wohl bekannteste Ausprägung von Burnout. Nachteilige Auswirkungen auf das Arbeitsverhalten stellen die Organisationen vor Probleme (Maslach et al. 2001).

Burnout beeinträchtigt die individuelle Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit. Betroffene verhalten sich im beruflichen Kontext eher aversiv, sie können ihre Kollegin-

---

\* Dr. Cona Ehresmann, Fachhochschule Münster

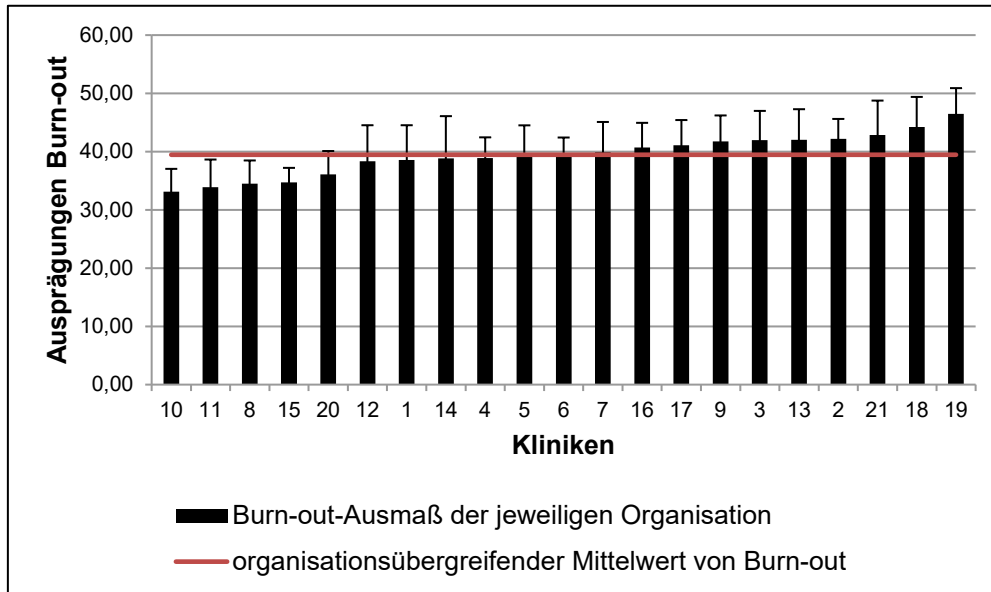
nen und Kollegen negativ beeinflussen, ihre Fluktuationsneigung ist erhöht, ihre Arbeitsleistung dagegen verringert. Burnout verläuft chronisch und kann psychische und physische Krankheiten auslösen. Mögliche Folgen sind Präsentismus, (Langzeit-) Fehlzeiten und Frühberentungen (Alarcon 2011; Ahola, Hakanen 2014; Demerouti et al. 2009; Hakanen, Schaufeli 2012; Halbesleben, Leon 2014; Malsach et al. 2001; Swider, Zimmerman 2010).

Chronische Arbeitsstressoren gelten seit Langem als Hauptverursacher von Burnout. Der Zusammenhang zwischen einer zu hohen Arbeitslast, mangelnden Bewältigungsressourcen (geringer Handlungsspielraum, fehlende soziale Unterstützung) und Burnout kann aufgrund der hohen Beweislast nicht mehr in Frage gestellt werden. (Alarcon et al. 2011; Aronsson et. al 2017; Bria 2012; Halbesleben 2006; SBU 2014).

Aktuell verweisen Burnout-Forscher jedoch verstärkt darauf, dass Burnout keineswegs nur mit Stressoren der Arbeitsaufgabe und deren Kontrolle, sondern auch mit dem Fehlen von positiven Organisationsmerkmalen erklärt werden kann.

Dazu zählen die Elemente des Sozialkapitals - eine mitarbeiterorientierte Führung, eine Kultur gemeinsamer Werte, Überzeugungen und Regeln und ein positives Beziehungsklima - sowie die damit zusammenhängende Sinnhaftigkeit der Arbeit (Badura, Ehresmann 2018; Ehresmann 2017; Gauggel 2011; Maslach, Leiter 2016).

Abbildung 1 verdeutlicht exemplarisch am Beispiel von 21 deutschen Rehabilitationskliniken, dass das Burnout-Ausmaß teils erhebliche Unterschiede zwischen Organisationen aufweist, mit anderen Worten Burnout auch als eine Organisationsdiagnose zu betrachten ist. Das heißt für die Beschäftigten, dass ihr Burnout-Risiko davon abhängt, in welcher Organisation sie tätig sind. Sind sie in Klinik 10 tätig, so ist ihr Risiko deutlich geringer als in Klinik 19.



**Abb.** Burnout als Organisationsdiagnose (Ehresmann 2017, 237)

Harte Kennzahlen, wie die Bettenanzahl, die Personalausstattung oder die Auslastungsquote waren nicht geeignet, das unterschiedliche Burnout-Ausmaß der Belegschaften zu erklären. Einen erheblichen Erklärungsbeitrag leisteten das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit, selbst unter Berücksichtigung des Zeitdrucks und Handlungsspielraums der Beschäftigten (Ehresmann 2017).

In der folgenden Abbildung (Abb. 2) wird die prozentuale Häufigkeit von Burnout-Fällen für vier Gruppen von Beschäftigten aus den Rehabilitationskliniken dargestellt, die sich auf Basis von Zeitdruck und Sozialkapital voneinander abgrenzen ließen. Allein der Vergleich der Gruppe I mit III sowie II mit IV verdeutlicht, dass das Auftreten von Burnout bei einem hohem Sozialkapital deutlich seltener vorkommt, als bei niedrigem Sozialkapital - dies gilt für Beschäftigte mit oder ohne Zeitdruck gleichermaßen.

<p><b>Gruppe I: Burnout-Fälle: 27,4%</b></p> <p>Sozialkapital hoch</p> <p>Zeitdruck hoch</p>	<p><b>Gruppe II: Burnout-Fälle: 11,6%</b></p> <p>Sozialkapital hoch</p> <p>Zeitdruck niedrig</p>
<p><b>Gruppe III: Burnout-Fälle: 60,9%</b></p> <p>Sozialkapital niedrig</p> <p>Zeitdruck hoch</p>	<p><b>Gruppe IV: Burnout-Fälle: 31,8%</b></p> <p>Sozialkapital niedrig</p> <p>Zeitdruck niedrig</p>

**Abb.** Häufigkeit von Burnout-Fällen nach Zeitdruck und Sozialkapital (Ehresmann 2017, 234)

Aufgrund der starken Verbreitung von Erschöpfung in der Erwerbsbevölkerung sollte Burnout elementarer Bestandteil eines Kennzahlensets im BGM sein. Zur Messung von Erschöpfung kann z. B. die Skala „Burnout/Erschöpfung“ aus dem „COPSOQ“ (Nübling et al. 2005) oder aus dem „ProSoB“ (Badura et al. 2013) genutzt werden. Treten in einer Organisation vereinzelt Beschäftigte mit Burnout auf, so sollten diese Einzelfälle im Rahmen des BEM-Verfahrens weiterführend betreut und psychologisch unterstützt werden. Persönlichkeitsmerkmale, wie ein geringes Selbstwertgefühl oder eine pessimistische Grundeinstellung können mit Burnout in einen Zusammenhang gebracht werden (z. B. Swider u. Zimmerman 2010). Eine Häufung von Burnout-Fällen in einzelnen Abteilungen oder ganzen Organisationen ist dagegen ein Signal für systembedingte Mängel. Im sozialen System bedingte Mängel haben ihre Ursache meist in der Führungskultur, in Beziehungskonflikten und in der (mangelhaften) Sinnhaftigkeit der gestellten Anforderungen. Hier gilt es anzusetzen: mit Workshops, mit Coaching und Teamentwicklungsprozessen.

---

**Literatur:**

Ahola, K. & Hakanen, J. (2014). Burnout and Health. In M.P. Leiter, A.B. Bakker & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: a psychological perspective* (pp. 10-31). New York: Psychological Press

Alarcon, G.M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549-562

Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (Hrsg.) (2013). *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Gabler

Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] (2018). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2017: Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Berlin und Dortmund

Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B. & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50-68

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout*, Berlin

Ehresmann, C. (2017a). Burn-out und das Sozialkapital von Organisationen - auf die Bindung kommt es an. Eine quantitative Analyse zu Sozialkapital, emotionaler Bindung und psychischer Erschöpfung am Beispiel von Mitarbeitern in medizinischen Rehabilitationskliniken. Dissertation an der Universität Bielefeld. Verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2911987>

Ehresmann, C. (2017b). Burn-out und Sozialkapital - Konzepte und Ergebnisse vergleichender Organisationsforschung. In: Badura, B. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert - Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung*, S. 153-173. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler Verlag

Ehresmann, C., Badura, B. (2018). Sinnquellen in der Arbeitswelt und ihre Bedeutung für die Gesundheit. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit*, S. 47-59. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Gauggel, B. (2011). Organisationales Sozialkapital: eine Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden?: Eine empirische Studie in 12 Justizbehörden in Nordrhein-Westfalen. Dissertation, Bergische Universität Wuppertal.

---

Hakanen, J.J., Schaufeli, W.B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3): 415-424

Halbesleben, J.R.B. & Leon, M.R. (2014). Separating group level and individual level effects in burnout research. In M.P. Leiter, A.B. Bakker & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: a psychological perspective* (pp. 56-79). New York: Psychological Press

Maslach, C., Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2): 103-111

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422

Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofman, S. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes COPSOQ*. Dortmund, Berlin und Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Swider, B.W. & Zimmerman, R.D. (2010). Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506

### **Abkürzungen**

BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales

COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

ProSoB - Fragebogen zur Produktivität von Sozialkapital in Betrieben

## 8. Führung und Gesundheit\*

Um was geht es bei Führung? Zunächst einmal steht das Wort „Führung“ ganz allgemein für **Interaktionsprozesse**, in denen eine absichtliche Einflussnahme von Personen auf andere Personen zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben im Kontext einer strukturierten Arbeitssituation erfolgt. Dabei kann unterschieden werden zwischen Prozessen der Einflussnahme a) zur Führung eines Unternehmens bzw. einer Organisation und b) zur Führung von Menschen; in beiden Fällen werden jeweils unterschiedliche Mittel und Wege zur Einflussnahme genutzt (vgl. Wegge, Rosenstiel 2007).

Aus dieser Perspektive handelt es sich bei der **Führung einer Organisation** um alle Interaktionsprozesse (z. B. Planungen, Entscheidungen, Handlungen), die mit dem Blick auf die Beschaffung, Verteilung, Nutzung, Steuerung, Kontrolle und Entwicklung einzelner Ressourcen wie z. B. Kapital, Personal, Kultur, Informationen, Technik einer Organisation und mit der Absicht erfolgen, das Erreichen der wesentlichen Organisationsziele zu befördern. Diese Form der Führung wird häufig auch als indirekte oder strukturelle Führung bezeichnet.

Mit der direkten bzw. **personalen Führung** sind hingegen alle unmittelbaren, wechselseitigen und tendenziell eher nicht symmetrischen Interaktionsprozesse im Dienst der Unternehmens- resp. Organisationsführung gemeint, die zwischen einem oder mehreren Führerinnen und Führern und einer/m oder mehreren Geführten stattfinden. Etwas weniger funktional formuliert könnte man sagen: Personale Führung ist „eine dynamische und jeweils individuell stattfindende Beziehungsgestaltung zwischen Führungskraft und Mitarbeiter, über die - innerhalb eines definierten Rahmens - ein gewünschtes Ziel erreicht wird“ (Lührmann 2006). Frei nach Watzlawick kann man demnach sagen: Man kann nicht nicht führen! Führung findet immer statt, sobald es eine Vorgesetzten-Beschäftigten-Konstellation gibt - entscheidend ist dabei

---

\* Eckhard Münch, Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG

die **Qualität der Beziehung** zwischen Führungskraft und Beschäftigten. Zu den Aufgaben direkter zw. personaler Führung gehören z. B. Mitarbeiter-Gespräche führen, Feedback geben (Lob, Kritik, Ermahnungen), Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern und entwickeln, benötigte Unterstützung zu Teil werden lassen, sie beteiligen, motivieren und ähnliches mehr.

Sowohl die indirekte, strukturelle als auch die direkte, personale Führung nehmen beide unmittelbar Einfluss auf die Beschäftigten und somit auf deren Wohlbefinden und Gesundheit - durch die materiellen und immateriellen Arbeitsbedingungen, die Arbeitsinhalte sowie die Qualität der Beziehung zwischen Vorgesetzter/m und Beschäftigter/m. Unserer Erfahrung nach wird die strukturelle bzw. indirekte Führung in Unternehmen der Privatwirtschaft in deutlich stärkerem Maße als Führungsaufgabe und zu gestaltendes Feld verstanden als dies im Öffentlichen Dienst der Fall ist; hier besteht demnach noch erheblicher Entwicklungsbedarf. Hinsichtlich der direkten, personalen Führung hat der Öffentliche Dienst erst mit einiger Verzögerung gegenüber der Privatwirtschaft die Notwendigkeit der Qualifizierung von Führungskräften erkannt und investiert mittlerweile erfreulicherweise in die Qualität von Führung.

Der Vollständigkeit halber sei auf eine weitere Facette von Führung hingewiesen, die bei den voran erwähnten Perspektiven nicht betrachtet wird und i.d.R. auch nicht Gegenstand der einschlägigen Fachliteratur ist: die **Selbst-Führung**. Alle Organisationsmitglieder - unabhängig davon, ob sie in der Organisation eine Führungsposition innehaben oder nicht - führen auch und zu allererst sich selbst. Das bedeutet: Sie befinden sich in einem kontinuierlichen Interaktions- und Abgleichprozess zwischen einerseits Anforderungen der Organisation (z. B. der Arbeitsinhalte und Aufgabenstellung, durch Vorgesetzte, Kollegen, Kunden, etc.) und andererseits persönlichen Vorstellungen, Werten, Interessen etc. Eine wenig gut gelingende Selbst-Führung kann insbesondere dann nachhaltige Wirkung für weitere Teile der Organisation haben, wenn die betreffenden Personen zugleich eine Führungsposition innehaben und aus dieser Funktion heraus gute personale Führung leisten sollen.

Mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung der Arbeitswelt und sich daraus ergebender bzw. dadurch forcierter Anforderungen an adäquate Arbeitsformen tauchen zunehmend neue Anforderungen an Führungskräfte (und Beschäftigte) auf. Als Stichworte sind hier beispielsweise zu erwähnen: Arbeitswelt 4.0, Agilität, Selbstorganisation. Angesichts einer immer komplexer werdenden und sich schneller wandelnden (Um)Welt zielt agile Führung darauf ab, Entscheidungen und Handlungsfähigkeit möglichst schnell, flexibel zu gewährleisten und auf sich (ggf. ständig) wechselnde Anforderungen hin anzupassen. Soll dieser Wandel gelingen, sind eine veränderte Haltung und ein entsprechendes Verhalten von Führungskräften sowie eine Veränderung der Organisationskultur ganz unabdingbar. Geht es doch dabei weniger um „command and control“ als vielmehr darum, Entscheidungsorte und -prozesse zu optimieren, handlungsfähige, motivierte und leistungsfähige Beschäftigte und Teams sicherzustellen, eine Vertrauenskultur und - vertikal wie horizontal - gute soziale Beziehungen zu entwickeln sowie eine effektive Kommunikation zu organisieren (vgl. nachfolgende Übersicht). Hofert weist daher auch zu Recht darauf hin, dass es daher nicht nur darum gehen kann, alleine das Führungsverhalten „agiler“ zu gestalten, sondern es braucht zwingend einen guten Gleichklang von drei Dimensionen: „Agiles Mindset und Philosophie“, „Agile Frameworks“ und „Agile Führung“ (Hofert 2016).

Auch wenn diese Entwicklungen derzeit nicht gleichermaßen für alle Teile der Landesverwaltung Gültigkeit haben und in unmittelbarer Zukunft relevant werden, so werden das Gelingen der Modernisierung der Öffentlichen Verwaltung und eine Positionierung des Öffentlichen Dienstes als attraktiver Arbeitgeber in nicht unerheblichem Maße auch von dieser Thematik beeinflusst. Die neuen Arbeitsformen bergen sowohl vielfältige gesundheitsförderliche wie auch -gefährdende Potenziale: „Moderne Führungsmodelle mit indirekter statt direkter Steuerung (Befehl und Kontrolle) besitzen gesundheitsförderliches Potential (u. a. Flow-Erleben, Selbstwirksamkeit, Identifikation mit Unternehmenszielen, Gemeinschaftsgefühl und Anerkennung durch Kunden oder Kollegen). Als negative Nebenwirkung kann es aber zu ‚interessierter Selbstgefährdung‘ kommen (selbstbestimmte Gefährdung psychischer und

physischer Gesundheit)" (Krause et al. 2012). Daher ist es unverzichtbar, Führungskräfte und Entscheider auch in dieser Hinsicht in hinreichendem Maß für diese Entwicklungen und Anforderungen zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

<b>Merkmale <i>traditioneller</i> Führung</b>	<b>Merkmale <i>agiler</i> Führung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ langsame, autoritäre Entscheidungen auf oberen Hierarchieebenen ohne Einbindung der Beschäftigten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ schnelle, prozessnahe Entscheidungen mit starker Einbindung von Beschäftigten; Entscheidungen findet dort statt, wo sie am schnellsten und besten getroffen werden können</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unselbständige, individuell geführte Beschäftigte, die auf direkte Anweisungen warten und auf extrinsische Belohnungen reagieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selbständige Beschäftigte in selbst-organisierten Teams, die eigeninitiativ gute Lösungen anstreben</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kultur des Misstrauens, mit klein-auflösenden Zielen, direkten Aufträgen, Kontrolle und Konsequenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kultur gegenseitigen Vertrauens und gegenseitiger Wertschätzung zwischen den Beschäftigten und zwischen Beschäftigten und Führungskräften</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientierung nach innen, Konzentration auf eigene Technologie und Kompetenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientierung nach außen, intensiver Austausch mit Kunden und Partnerinnen und Partnern</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ viel Reglementierung in Form von klaren Plänen, Vorschriften, Anträgen, Formularen, Koordinationszwang und Abstimmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wenige zentrale Regeln, viel Vertrauen, selbständige und selbstorganisierte Arbeitsgestaltung</li> </ul>

**Tab.** Merkmale traditioneller und agiler Führung (orientiert an: wpgs (Wirtschaftspsychologische Gesellschaft))

Ob nun in einer „agilen Organisation“ oder nicht - gesundheitsförderlich sind Arbeitsbedingungen vor allem dann, wenn die **Verstehbarkeit** dessen, was am eigenen Arbeitsplatz, dessen unmittelbarer Umgebung und in der Organisation insgesamt geschieht, durch hinreichend Information und Kommunikation sichergestellt sind,

- die Beschäftigten ihre Arbeit und das, was in ihrem Arbeitsumfeld geschieht, als **sinnhaft** erleben,
- genügend **Klarheit zur Arbeitsaufgabe** sowie der damit verbunden Zuständigkeiten, Verantwortung und Kompetenzen haben,

- über hinreichend **Mitgestaltungsmöglichkeiten** (-> Partizipation) sowie **Handlungs-/Entscheidungsspielräume** verfügen,
- die **Beziehungen** zu Kolleginnen und Kollegen sowie zu Vorgesetzten als positiv, wechselseitig unterstützend und vertrauensvoll erfahren,
- verlässliche, gemeinsame gelebte **Werte und Regeln** sowie ein Gefühl der **Zugehörigkeit** („Wir-Gefühl“) erleben,
- durch eine konstruktive **Fehler-, Konflikt- und Feedbackkultur** ermutigt und gefördert werden und schließlich
- ein Mindestmaß an **Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen** des Arbeitsplatzes und der Organisation (z. B. Entwicklungs-/Weiterbildungsmöglichkeiten, Ausstattung des Arbeitsplatzes, Entlohnung/Vergütung, etc.) vorliegt.

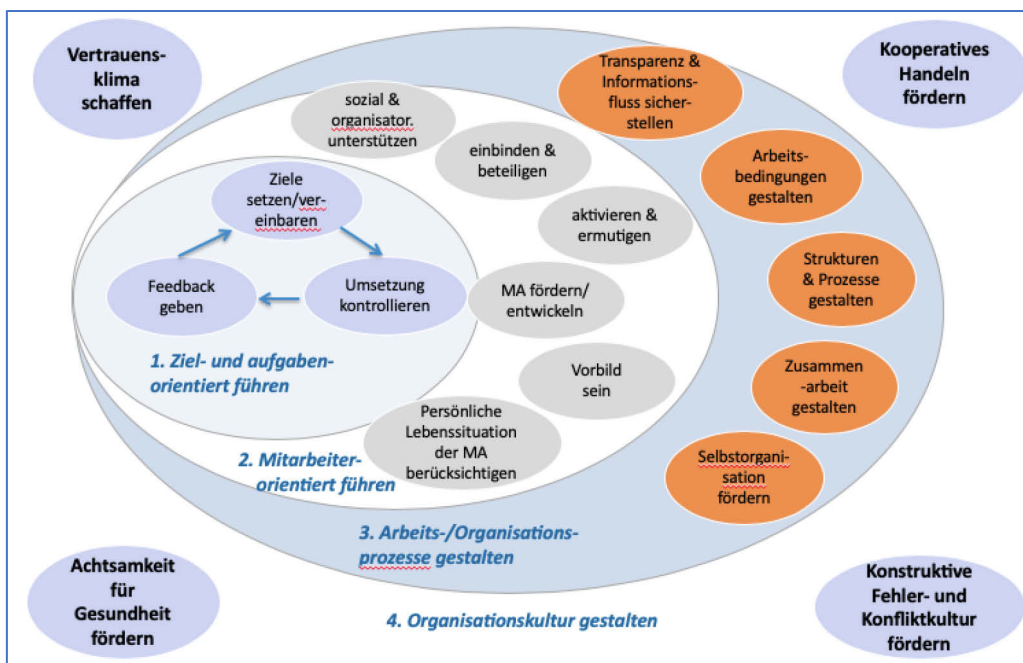
Alle voran genannten Punkte gehören auch bislang bereits eigentlich zum „Standard-Repertoire“ guter und gesunder Führung - mit Blick auf die Anforderungen, die sich aus der Arbeitswelt 4.0 ergeben, werden diese „lediglich“ verschärft und noch erfolgskritischer für die Leistungsfähigkeit einer modernen Organisation.

Im Grunde genommen lassen sich **vier Gestaltungsebenen** für Führungskräfte auf dem Weg zur Gesunden Organisation identifizieren (vgl. nachfolgende Abbildung). Auf der **ersten Ebene** geht es im Rahmen direkter, personaler Führung darum, orientiert am Organisationszweck **ziel- und aufgabenorientiert zu führen** und die Zielerreichung sicherzustellen. Dazu gehört beispielsweise, Ziele zu setzen resp. diese mit den jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu vereinbaren, angemessene Rahmenbedingungen zur Zielerreichung sicherzustellen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Feedback zur Zielverfolgung und -erreichung zu geben.

Auf der **zweiten Ebene** geht es darum, unmittelbar **mitarbeiterorientiert zu führen**. Dabei geht es vornehmlich um (Führungs-) Aufgaben wie z. B.: Beschäftigte hinreichend zu informieren und mit ihnen direkt und wertschätzend zu kommunizieren, sie

zu beteiligen und zu aktivieren, sie in ihrer Fach-, Methoden-, Sozial- und Technikkompetenz zu fördern und zu entwickeln, ihre aktuelle persönliche Lebenssituation zu berücksichtigen und bei Bedarf sozial und organisatorisch zu unterstützen. Idealerweise kommt hier auch ein Vorbildverhalten der Vorgesetzten im Sinne einer positiven Selbst-Führung zum Tragen.

Auf der **dritten Gestaltungsebene** erfolgt der Wechsel von der direkten, personalen Führung hin zur indirekten, strukturellen Führung. Hier sind Führungskräfte gefragt, die **Arbeits-/ Organisationsprozesse** in gesundheitsförderlicher Weise zu gestalten. Dies bezieht sich insbesondere auf die Strukturen und Prozesse, mit den die jeweilige Organisation versucht, ihre Ziele zu erreichen, auf die unmittelbaren personellen, technischen, baulich-räumlichen etc. Arbeitsbedingungen „vor Ort, ein hinreichendes Maß an Transparenz und Informationsfluss sowie die Förderung einer erfolgreichen Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Teams bzw. verschiedener Organisationseinheiten; soweit für die jeweilige Organisationseinheit passend, würde dazu auch die Förderung der Selbstorganisation von Teams gehören.



**Abb.** Vier-Ebenen-Modell gesundheitsförderlichen Führens (orientiert an Spieß, Stadler (Bundesverband der Unfallkassen, 2007))

---

Auf der **vierten Ebene** geht es schließlich darum, die **Organisationskultur** so zu gestalten, dass diese gleichermaßen die Leistungsfähigkeit der Organisation und der darin tätigen Menschen im Auge hat. Führungskräfte sind hier von allem gefordert, für ein Vertrauensklima zu sorgen, eine konstruktive Fehler- und Konfliktkultur zu fördern, Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten zum Thema zu machen und als Voraussetzung für eine erfolgreiche Verfolgung der Organisationsziele zu betrachten, für die Etablierung von Unterstützungsprozessen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krisensituationen zu sorgen und schließlich eine gelingende Kooperation von Fach- und Machtpromotoren - ohne deren Zusammenwirken auf ein gemeinsames Ziel hin wenig zu erreichen ist - sicherstellen.

Während sich die zuvor skizzierten Punkte ausschließlich auf Führungskräfte „in der Linie“ und - vornehmlich bei den Gestaltungsebenen 3 und 4 - damit auf Machtpromotoren beziehen, bleibt die Gruppe der Fachpromotoren bislang außen vor. Akteurinnen und Akteure der letztgenannten Gruppe sind es jedoch oftmals, die im behördlichen Alltag Maßnahmen und Aktivitäten z. B. in Form von Projekten begleiten oder gar leiten sollen. Für die Form der Führung, nämlich **laterale Führung**, finden sich bislang kaum klare Aufgaben-, Rollen- und Kompetenzbeschreibungen im Öffentlichen Dienst. Daher halten wir es für unbedingt erforderlich, insbesondere die Gruppe der Fachpromotoren nicht nur in fachlicher Hinsicht (BGM) zu qualifizieren, sondern sie auch in die Lage zu versetzen, mit den besonderen Anforderungen und Herausforderungen des lateralen Führens zielführend und effizient umzugehen.

**Literatur**

Hofert, S (2012). *Agiler führen*. Wiesbaden, Gabler Verlag.

Krause A, Dorsemagen C, Stadlinger J, Baeriswyl S (2012). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura B et al. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeits-welt: Chancen nutzen - Risiken minimieren*. Berlin, Springer.

Lührmann, T (2006). *Führung, Interaktion und Identität*. Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.

Wegge, J. & Rosenstiel, L. von (2007). Führung. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (4. Aufl., S. 475-512). Bern, Huber.

---

## 9. Ideen für ein Workshop-Programm zur Entwicklung und zur Pflege einer Kultur vertrauensvoller Kooperation\*

Jenseits seiner genetisch vorgegebenen Grundverschaltung besteht das menschliche Gehirn aus durch Tradition, Interaktion und individuelle Erfahrung gebahnten neuronalen Schaltkreisen. Unser Gehirn ist ein biopsychosoziales Organ. **Zwischenmenschliche Prozesse** (Interaktionen) sind für die Entwicklung neuronaler Netzwerke von elementarer Bedeutung ebenso wie für die Entwicklung sozialer Netzwerke und gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur).

Sozial- und Naturwissenschaftler begreifen Menschen als zutiefst soziale, d. h. auf Kooperation angewiesene Wesen. Menschen streben durch ihre biologische Ausstattung nach Zugehörigkeit und Wir-Gefühl, sowie nach Anerkennung durch kollektiv als wichtig und richtig erachteter Verhaltensweisen und Leistungen. Mit ihren Vorbildern, Traditionen und Werten - so wird unterstellt - befähigt Kultur die Mitglieder eines Kollektivs zur Verfolgung gemeinsamer Ziele bei der Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen oder Krisen.

**Führungskräfte prägen die Unternehmenskultur.** Sie stellen Weichen in Richtung entweder einer Kultur der Angst, des Misstrauens und der Kontrolle oder einer Kultur des bindungslosen Wettbewerbs und amoralischen Strebens nach persönlichem Erfolg. Es gibt aber noch eine dritte Option: Entwicklung einer Kultur der vertrauensvollen Kooperation auf der Grundlage gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln. Auch wenn sich Elemente dieser drei Kulturtypen in jeder Organisation finden lassen, entscheidend ist, welcher Kulturtyp vorherrscht. Kultur prägt durch Vorbilder, Lernprozesse und zwischenmenschliche Kontrolle unsere Vorlieben und Abneigungen und damit unser Bindungs- und Vermeidungsverhalten.

---

\* Prof. Dr. Bernhard Badura, Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG

---

Die Inhalte von Organisationskulturen können sich erheblich voneinander unterscheiden mit entsprechend unterschiedlichen Folgen für Qualität und Ergebnisse der Zusammenarbeit, auch für deren gesundheitliche Konsequenzen. Eine **Kultur vertrauensvoller Kooperation und von den einzelnen Mitgliedern als sinnhaft erachteter Werte und Aufgaben** ist - dafür sprechen zahlreiche Erkenntnisse aus der Neuro-, Bindungs- und Sozialkapitalforschung - gesünder als eine Kultur der Angst und des Misstrauens oder eine Kultur des amoralischen Wettbewerbs.

Eine Kultur des Vertrauens ist „Sinnspeicher“ und „moralischer Kompass“ zur Regulierung des täglichen Arbeitsverhaltens. Sie erleichtert selbstorganisierte Vernetzung der Gehirne. Sie reduziert den Energieaufwand der Führungskräfte für Kontrolle und Koordination. Sie trägt zur Vermeidung von Beziehungskonflikten bei. Sie reduziert das Risiko innerer Kündigung. Und sie ermöglicht, worauf es eigentlich ankommen sollte, eine ungestörte Konzentration und den vollen Energieeinsatz zur Bewältigung gestellter Aufgaben.

Ziel des von uns entwickelten Workshopformats ist es, zum einen die Qualität des gegenseitigen Vertrauens und zum anderen die Sinnhaftigkeit gestellter Aufgaben und die Qualität ihrer Erledigung nach einem geordneten Verfahren zu diskutieren und durch geeignete Maßnahmen weiterzuentwickeln. Diese Workshops sollten jährlich wiederholt, ihre Durchführung (möglichst extern) moderiert und dokumentiert werden. Vertrauen befriedigt das Grundbedürfnis nach positiven Arbeitsbeziehungen. Gemeinsame Werte und Ziele befriedigen das Grundbedürfnis nach sinnerfüllter Tätigkeit. Je höher das Vertrauen und die Sinnerfüllung, umso gesünder sind die Mitglieder einer Organisation und umso geringer sind die Kosten für Kontrolle und Koordination.

Kulturworkshops zielen auf das Spannungsverhältnis zwischen den Wünschen und Erwartungen (Soll) der Mitglieder in Sachen **Zusammenarbeit** und dem von ihnen wahrgenommenen Ist-Zustand. In der Praxis sollten dabei folgende Fragen bearbeitet werden: Was behindert gegenseitige Unterstützung und sozialen Zusammenhalt

---

im Team? Wie erfreulich oder belastend werden Kooperation und das tägliche Miteinander erlebt? Werden bestehende Regeln eingehalten? Welche Konflikte entstehen aus welchem Anlass, werden sie gelöst oder unterdrückt? Was stärkt oder schwächt das Gemeinschaftsgefühl? Gibt es das überhaupt? Wie steht es um das Sicherheitsgefühl, um Ängste und Misstrauen und deren Ursachen? Was geschieht bei Nichtbeachtung zentraler Regeln und Werte? Was behindert oder erleichtert disziplinen- und abteilungsübergreifende Kooperation? Fühlen sich die Mitglieder fair und gerecht behandelt und belohnt sowie ausreichend informiert und beteiligt?

Kulturworkshops zielen zum zweiten auf das Spannungsverhältnis zwischen Wünschen und Erwartungen in Sachen **sinnstiftender Arbeit** (Soll) und den tatsächlich gelebten Zielen, Werten und Visionen (Ist). Sie bearbeiten Fragen wie: Tun wir das Richtige? Und wie richtig tun wir es? Ziehen alle am gleichen Strang? Kulturworkshops zielen auf Förderung von Transparenz und Selbstorganisation durch gemeinsame Sinnsysteme, d. h. gemeinsame Vorstellungen darüber, was wichtig oder unwichtig, dringend oder weniger dringend ist, auf Gemeinsamkeiten im Denken, Fühlen und Handeln, die es trotz aller Unterschiede zu beachten gilt.

Kulturworkshops, gut vorbereitet, moderiert und protokolliert, leisten nicht nur einen Beitrag zur Entwicklung und Stabilisierung kollektiver Identität und zur Reflexion und Weiterentwicklung gemeinsamer Handlungs- und Entscheidungsgrundlagen. Sie dienen auch der Mobilisierung kollektiver Intelligenz und Energie. Führungskräfte haben eine - ob sie sich dessen bewusst sind oder nicht - kulturstiftende bzw. -prägende Bedeutung. (Weitere Ausführungen dazu finden sich in Badura, Steinke (2019): Vom Taylorismus zur Selbstorganisation - wie Betriebliches Gesundheitsmanagement zur Bewältigung der Digitalisierung beitragen kann. In: Badura et al. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2019 (im Druck)).

### Vertrauen in Kolleginnen/Kollegen und Führungskräften

		Vertrauen in Kolleginnen/Kollegen und Führungskräften	
		<i>hoch</i>	<i>niedrig</i>
Sinnhaftigkeit der Aufgaben und Ziele	<i>hoch</i>	<b>Hochvitale Organisation</b>	
	<i>niedrig</i>		<b>Sterbende Organisation</b>

In der Wirtschaft entscheidet der Wettbewerb über das Überleben oder Sterben eines Unternehmens. Innerhalb der staatlichen Verwaltung, der Sozialversicherung und ihrer einzelnen Behörden, tut dies die Politik.

---

## 10. Normen und weitere Vorschläge zur Standardisierung des Behördlichen Gesundheitsmanagements\*

Gesetz über die Beamtinnen und Beamten des Landes Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz - LBG NRW)	S. 131
Gemeinsame Geschäftsordnung für die Ministerien des Landes Nordrhein-Westfalen (GGO)	S. 131
EU-Richtlinie	S. 133
Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (2015)	S. 134
Sondergutachten des Sachverständigenrates (2015)	S. 134
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	S. 135
Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen	S. 135
Deming-Zyklus	S. 136
GKV-Leitfaden Prävention	S. 137
Social Capital & Occupational Health Standard (SCOHS)	S. 139
DIN SPEC 91020	S. 139
Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS)	S. 140
Interne Audits	S. 142
Literatur	S. 143

---

\* Rabea Heller, Universität Bielefeld

---

## **Gesetz über die Beamtinnen und Beamten des Landes Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz - LBG NRW)**

### **§ 76 LBG NRW - Behördliches Gesundheitsmanagement**

(1) Gesundheitsmanagement ist die strategische Steuerung und Integration der gesundheitsrelevanten Maßnahmen und Prozesse in der Behörde.

(2) Die oberste Dienstbehörde erstellt ein Rahmenkonzept für das Gesundheitsmanagement und entwickelt dieses regelmäßig fort. Für die in § 2 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Beamtinnen und Beamten erstellt die dienstvorgesetzte Stelle das Rahmenkonzept.

(3) Jede Behörde entwickelt in diesem Rahmen ihr eigenes Konzept oder einen Katalog zum Behördlichen Gesundheitsmanagement. Für Schulen handelt die zuständige obere Schulaufsichtsbehörde. Dabei sollen insbesondere gesundheitsbelastende Faktoren identifiziert werden sowie Möglichkeiten diesen zu begegnen. Gesundheitsrelevante Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Personal- und Organisationsentwicklung, der Gesundheitsförderung sowie der Mitarbeiterführung sollen aufeinander abgestimmt werden.

## **Gemeinsame Geschäftsordnung für die Ministerien des Landes Nordrhein-Westfalen (GGO)**

### **§ 3 Zusammenarbeit und Führung**

(1) Angehörige der Ministerien sind für die sachgerechte Erledigung der ihnen übertragenen Aufgaben verantwortlich. Sie unterstützen sich bei der Erfüllung ihrer Auf-

---

gaben und unterrichten sich gegenseitig, zeitgerecht und umfassend über Angelegenheiten, die für die Aufgabenerfüllung von Bedeutung sein könnten. Sie nehmen ihre Aufgaben orientiert an den Interessen der Bürgerinnen und Bürger ressourcenschonend und kollegial wahr.

(2) Führungskräfte tragen Verantwortung für eine gleichmäßige Aufgabenverteilung und berücksichtigen dabei die Prinzipien der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Sie fördern die Delegation von Aufgaben und Verantwortung. Sie sorgen für eine umfassende und vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie für eine offene, kooperative, auf gegenseitiger Achtung aufbauende Ausgestaltung der Arbeitsabläufe. Sie führen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmäßige Gespräche, die insbesondere der vertrauensvollen Zusammenarbeit dienen, die beiderseitige Aufgabenwahrnehmung fördern und die gemeinsamen Ziele definieren sowie berufliche und persönliche Entwicklungspotentiale aufzeigen. Dabei berücksichtigen sie das Ziel einer Verwirklichung des Grundrechts der Gleichberechtigung von Frauen und Männern.

(3) Im Rahmen ihrer Personalverantwortung fördern und fordern die Führungskräfte ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sollen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Leistung motivieren, ihre Arbeitszufriedenheit fördern und ihnen Raum für Kreativität geben. Anerkennung sowie berechtigte Kritik sind selbstverständliche Bestandteile eines Austauschs über geleistete Arbeit. Der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dabei besondere Beachtung zu schenken.

(4) Führungskräfte sind für die rechtzeitige und umfassende Weitergabe von Informationen verantwortlich. Sie sorgen dafür, dass alle Beteiligten einschließlich derjenigen, die wegen Teilzeitbeschäftigung, Telearbeit oder Wahrnehmung von Außenterminen nicht ständig am Arbeitsplatz erreichbar sind, am Informationsfluss teilhaben.

(5) Alle Vorgesetzten sind über wesentliche Angelegenheiten ihres Verantwortungsbereiches rechtzeitig auf dem Dienstweg zu informieren. Sie sind nachträglich zu informieren, wenn aus zwingenden Gründen der Dienstweg nicht eingehalten werden konnte.

## **§ 5 Projektgruppen**

Zur Bearbeitung komplexer Vorhaben können Projektgruppen - auch ressortübergreifend - eingerichtet werden. Dabei sind Auftrag, Zusammensetzung, Zeitplan und, soweit möglich, das Budget der Projektgruppe sowie die Stellung der Mitglieder festzulegen. Eine geschlechterparitätische Besetzung der Projektgruppen ist anzustreben.

### **EU-Richtlinie**

Mit dem CSR-Richtlinie-Umsetzungsgesetz (CSR= Social Corporate Responsibility) sind Kapitalgesellschaften mit mehr als 500 Mitarbeitern seit 2017 zu einer „nichtfinanziellen Erklärung“ mit Blick auf folgende Aspekte verpflichtet: Umweltbelange, Arbeitnehmerbelange, Sozialbelange, die Achtung der Menschenrechte sowie die Bekämpfung von Korruption und Bestechung.

Die Angaben zu Arbeitnehmerbelangen sollten dabei u. a. den Gesundheitsschutz und die Sicherheit am Arbeitsplatz berücksichtigen. Wenngleich keine Vorgaben zur Genauigkeit dieser Berichtspflichten gemacht werden, setzt der Gesetzgeber hier ein klares Signal in Richtung einer nachhaltigen Unternehmensführung.

---

### **Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (2015)**

„Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben ... insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsräte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potentiale und entwickeln Vorschläge ... zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten ...“

### **Sondergutachten des Sachverständigenrates (2015)**

„Deutliche Unterstützung aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive bekommt die betriebliche Gesundheitspolitik auch durch das *Sondergutachten des Sachverständigenrates* zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ aus dem Jahr 2015. Anders als der Gesetzgeber spricht der Sachverständigenrat explizit von einem „Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ und weist dabei vor allem auf die ökonomischen Motive von Unternehmen hin, in die Gesundheit der Beschäftigten zu investieren:

Durch die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter [...] durch gesunde Arbeitsprozesse und Arbeitsstrukturen ihre Gesundheit fördern können. Leistungsfähige und motivierte Beschäftigte wiederum sind eine wichtige Ressource für die Wettbewerbsfähigkeit und für den wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen. Das BGM soll auch die Attraktivität des Unternehmens steigern, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter [...] stärker an das Unternehmen zu binden [...]. Zudem intendieren Unternehmen mit dem BGM, Absentismus und längeren gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten entgegenzuwirken. (Sachverständigenrat 2015, S. 161)

Richtungsweisend ist das Sondergutachten nicht zuletzt durch seine Aussage, dass Fehlzeiten keinen direkten Rückschluss auf den Gesundheitszustand erlauben, sondern multifaktoriell bedingt sind und auch im Zusammenhang mit der Führungskompetenz, der Kultur und dem Betriebsklima gesehen werden müssen. Unternehmen

sollen diese Faktoren entsprechend stärker in den Blick nehmen.“ (Sachverständigenrat 2015, S. 169f.).“ (Walter 2017, S. 110)

### **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)**

Seit dem Jahr 2004 ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) gesetzlich vorgeschrieben. Es ist im § 167.2 des Sozialgesetzbuches IX verankert:

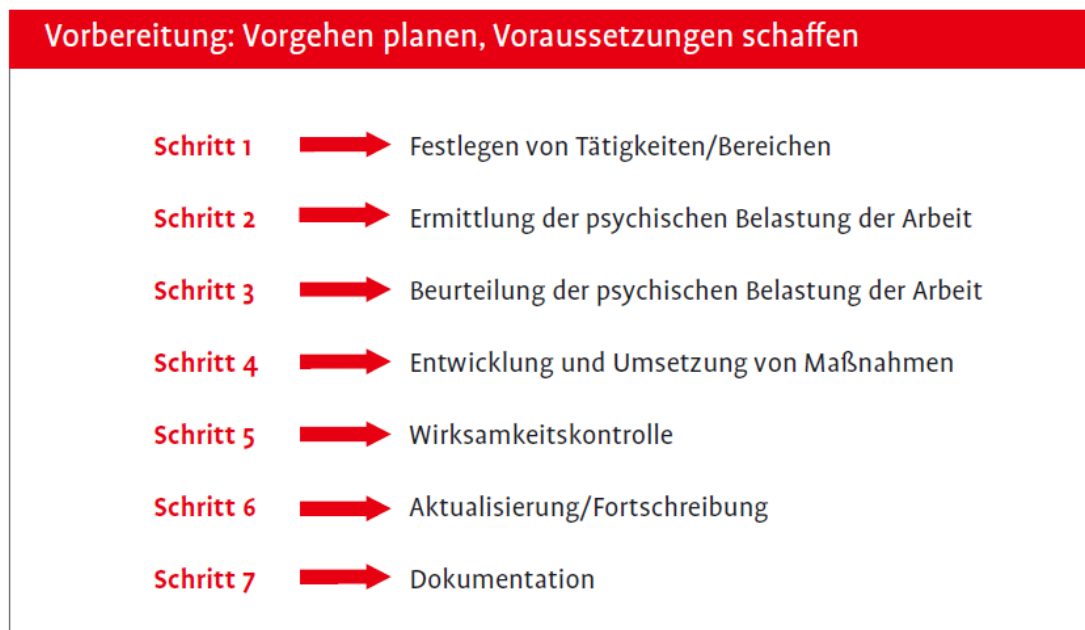
(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement).  
(...)

BEM-Berechtigte - das bedeutet Mitarbeiter/innen, welche sechs Wochen innerhalb von zwölf Monaten arbeitsunfähig waren - steht es frei, ob diese das Angebot eines BEM-Verfahrens in Anspruch nehmen möchten oder nicht (Stöpel, Lange, Voss 2018).

### **Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen**

Seit 2013 gehört die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen zum Pflichtkanon der Arbeitgeber (§ 5 ArbSchG, Ziffer 6). Danach müssen alle gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren bei der Arbeit - physische und psychische Faktoren - ermittelt und bewertet werden, als Datenbasis für bedarfsgerechte Maßnahmen sowie zur nachgehenden Wirksamkeitskontrolle (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie [GDA] 2017b).

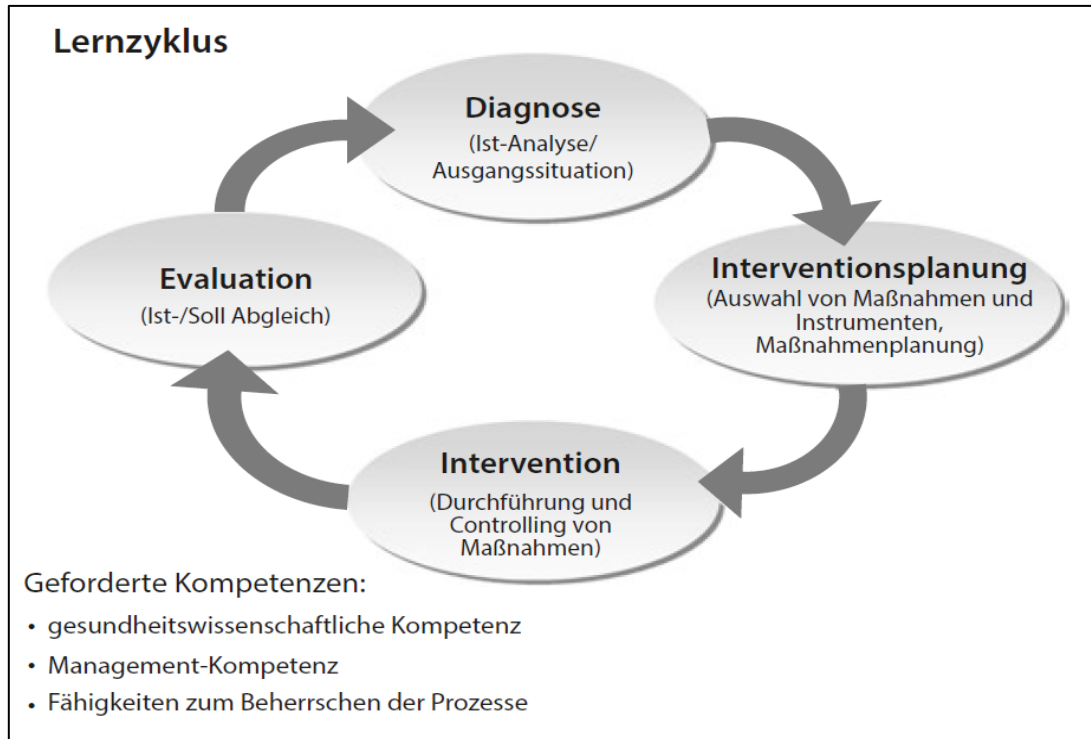
Die GDA (2017a) hat Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung herausgegeben. Folgende Schritte sind bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung mit Bezug auf die GDA-Leitlinie „Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation“ einzuhalten (zu jedem Schritt werden Aufgaben und Empfehlungen gegeben):



**Quelle:** Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie 2017a, S. 6

### Deming-Zyklus

„Praktisch realisiert wird Betriebliches Gesundheitsmanagement durch die sorgfältige Planung, Durchführung und Evaluation einzelner Projekte. W. Edwards Deming gilt als einer der Begründer modernen Qualitätsmanagements (Deming 1986). Der nach ihm benannte Deming-Cycle beinhaltet vier Stadien des Gesundheitsmanagements. Am Beginn steht eine datengestützte Ist-Analyse von Arbeit, Organisation und Gesundheit, insbesondere mit Hilfe von Fehlzeitenstatistiken und Befragungsdaten zur verlässlichen Organisationsdiagnose. Darauf folgen die Einschätzung des Handlungsbedarfs, die Prioritätensetzung und Festlegung von Zielen für Maßnahmen und deren Planung. Als nächstes folgt die konkrete Durchführung einzelner Projekte sowie schließlich die Evaluation ihrer Ergebnisse mit Hilfe vorab definierter Indikatoren.“ (Badura 2017, S. 99)



**Quelle:** Badura 2017, S. 99

### **GKV-Leitfaden Prävention**

Der GKV-Leitfaden Prävention beschäftigt sich mit der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 und Abs. 5 SGB V, der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie mit der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und 20c SGB V. Darin hat der GKV-Spitzenverband in Kooperation mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die internen Ziele, Handlungsfelder und Qualitätskriterien im Bereich der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt. Die formulierten Mindestanforderungen sind verbindlich für die Leistungserbringung (Walter 2017; GKV-Spitzenverband 2018).

Von den Krankenkassen vorgeschlagen wird ein Prozess zur betrieblichen Gesundheitsförderung, der den Aufbau von Strukturen (Einrichtung eines Steuerungsgremiums, Auftragsklärung, Zieldefinition) und die Implementierung des Lernzyklus (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation) beinhaltet.



**Quelle:** GKV-Spitzenverband 2018, S. 105

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung bieten die Krankenkassen in folgenden Handlungsfeldern ihre Unterstützung an: „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“, „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ sowie „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“. Diese Handlungsfelder (in der Abbildung rot) umfassen jeweils mehrere Präventionsprinzipien (schwarz), die berücksichtigt werden sollen (GKV-Spitzenverband 2018).

---

### **Social Capital & Occupational Health Standard (SCOHS)**

Der SCOHS ist ein Qualitätsstandard, der die Zertifizierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements möglich macht. Der Grundgedanke des SCOHS ist das Sozialkapitalkonzept und die Bindungsthese (Badura et al. 2008, 2013). Darüber hinaus werden andere Modelle oder Normen zur Qualitätsbewertung, wie beispielsweise das EFQM oder die ISO 9001, einbezogen. Der SCOHS zielt darauf ab, in das Sozialkapital der Organisation (Kultur, Führung, Beziehungsklima) zu investieren und dadurch die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern sowie gleichzeitig eine Verbesserung der relevanten Kennzahlen hervorzurufen (Walter 2017).

Der SCOHS formuliert Anforderungen in folgenden Bereichen: „Aufbau des Gesundheitsmanagementsystems“, „Verantwortung des Managements (oberste Leitung)“, „Bereitstellung von Ressourcen“, „Produktion und Dienstleistungserbringung“ sowie „Messung, Bewertung und kontinuierliche Verbesserung“. Des Weiteren wird die Festlegung eines BGM-Zuständigen, die Initiierung eines Steuerkreises, die Ermittlung, Analyse und Bewertung von Gesundheitsdaten, die Festlegung von Zielen, die Planung und Durchführung von Maßnahmen und Projekten sowie dessen Bewertung und Dokumentation gefordert. Der Deming-Zyklus ist hierbei der zentrale Prozess der durchlaufen werden soll (SCOHS 2010a; Walter 2017).

### **DIN SPEC 91020**

Die DIN SPEC 91020 ist ein offizieller Standard zur Zertifizierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Basierend u. a. auf dem SCOHS hat die DIN SPEC 91020 das Ziel, durch eine systematische Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen zu verbessern und dadurch gleichermaßen die Effizienz der Produkt- und Dienstleistungsrealisierung zu steigern. Der Deming-Zyklus findet in der DIN SPEC 91020 ebenfalls Berücksichtigung.

sichtigung. Im Vergleich zum SCOHS liegt der Schwerpunkt jedoch auf der Etablierung eines Managementsystems und auf den zugehörigen Standards (DIN SPEC 91020 2012; Walter 2017).



**Quelle:** DQS GmbH 2015, S. 2

## Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS)

„Ein zeitgemäßes AMS besteht aus folgenden Elementen und Handlungsleitlinien:

- Einem Leitbild, das sich an betrieblichen und gesetzlichen Vorgaben orientiert.
- Aus messbaren Arbeitsschutzzielen, die im Betrieb vereinbart werden.
- Aus Entscheidungen und dem Handeln des Managements und der Beschäftigten, die sich an den vereinbarten Zielen ausrichten.

- 
- Aus festgelegten Strukturen und Funktionen (Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Befugnisse), Aufbauorganisation.
  - Aus Regelungen hinsichtlich des Ablaufs von Arbeitsschutzmaßnahmen (Arbeitsverfahren, Informations- und Entscheidungsprozesse), Ablauforganisation.
  - Aus Audits zur regelmäßigen Ermittlung der Wirksamkeit der Maßnahmen.
  - Aus kontinuierlichen Verbesserungen, die auf Basis der Erkenntnisse der Audits beschlossen wurden.

Dabei sollten Unternehmen dem AMS Vorrang geben, das am besten zum jeweiligen Betrieb passt. Im Laufe der vergangenen dreißig Jahren wurden eine Reihe von Systemen bzw. Standards (Leitfäden) entwickelt, von denen die wichtigsten im Folgenden vorgestellt werden: OHSAS, SCC/SCP, OHRIS, ASCA sowie die Systeme der Berufsgenossenschaften. All diesen Systemen ist gemeinsam, dass sie sich in ihrer Struktur sehr an international gültigen Normen aus dem Qualitätsmanagement und allgemeinen Unternehmensmanagement orientieren, damit es für Unternehmen, die auch andere Managementsysteme anwenden oder anwenden wollen, einfacher ist, diese zu einem integrierten Managementsystem zusammenzuführen.“ (Kolbitsch, Wanzek 2015, S. 348)

## Interne Audits

### Beispiel für ein internes Audit:

Der interne Auditprozess dient zur Unterstützung der unabhängigen Bewertung des BGM-Systems der Organisation. Die internen Auditoren auditieren mindestens einmal pro Jahr alle Unternehmensprozesse. Dabei wird die effektive und effiziente Erfüllung der Anforderungen des SCOHS, der gesetzlichen Anforderungen sowie der von der Organisation selbst festgelegten Anforderungen überprüft. Zur Sicherstellung der Konsistenz und Objektivität des Audits kann eine selbst generierte Auditcheckliste verwendet werden. Es ist darauf zu achten, dass die Audits an den Prozessen der Organisation orientiert durchgeführt werden.

Die Unparteilichkeit der internen Auditoren kann sichergestellt werden, indem z.B. mehrere qualifizierte Auditoren aus unterschiedlichen Unternehmensprozessen eingesetzt werden.

Es ist ein Auditbericht zu erstellen, der die folgenden Informationen enthält:

- ✓ Datum des Audits
- ✓ Namen der Auditoren und der Auditierten
- ✓ Standort und Auditumfang
- ✓ Auditierete Prozesse
- ✓ Auditthemen
- ✓ Bewertung der Konformität, Feststellungen und Abweichungen.

Der Auditbericht muss in der Organisation bekannt gemacht werden. Die Verantwortlichen für die auditierten Prozesse müssen bei Feststellungen und Abweichungen Korrekturmaßnahmen festlegen. Die Umsetzung der Maßnahmen muss umgehend erfolgen.

Die Ergebnisse von internen Audits müssen regelmäßig an die oberste Leitung berichtet werden (siehe Management Review).

Die internen Auditoren müssen ausreichend qualifiziert sein (Ausbildung zum internen Auditor, SCOHS-Ausbildung oder vergleichbar).

Interne Audits können auch durch qualifizierte, externe Auditoren durchgeführt werden.

Bei der schriftlichen Festlegung des Auditverfahrens ist darauf zu achten, dass die Verantwortlichkeiten für Planung und Durchführung der Audits, Berichterstattung, Nachverfolgung von Maßnahmen etc. festgelegt sind.

Interne Audits sollen auch dazu dienen, Verbesserungspotentiale in der Organisation zu erkennen, aufzuzeigen und zu kommunizieren (Best Practice-Beispiele aus der Organisation, Lessons Learned-Beispiele etc.)

**Quelle:** SCOHS 2010b, S. 28

---

**Literatur:**

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

Badura B, Greiner W, Rixgens P, Ueberle M, Behr M (2013). Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. 2., erweiterte Aufl. Springer Gabler, Heidelberg.

Badura B. (2017). Auf dem Weg zur nachhaltigen Unternehmensführung. In B. Badura (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert* (Bd. 6, S. 89-108). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Deming WE (1986). Out of the crisis: quality, productivity and competitive position. Cambridge University Press.

DIN SPEC 91020 (2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Beuth Verlag, Berlin.

DQS GmbH (2015). DIN SPEC 91020. Mitarbeitergesundheit als strategischer Erfolgsfaktor. Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter [https://www.dqs.de/fileadmin/user\\_upload/Produkte/Arbeitsschutz/Downloads/DQS\\_Produktinfo\\_91020\\_12\\_2015.pdf](https://www.dqs.de/fileadmin/user_upload/Produkte/Arbeitsschutz/Downloads/DQS_Produktinfo_91020_12_2015.pdf).

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. (2017a). Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Arbeitsschutz in der Praxis. Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter [https://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrdungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrdungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=1).

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. (2017b). Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter [https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Gefaehrdungsbeurteilung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Gefaehrdungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile).

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) Vom 17. Juli 2015. Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter

---

[https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/praevg/aenderung/praevgesetz.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevg/aenderung/praevgesetz.pdf).

Gesetz zur Stärkung der nichtfinanziellen Berichterstattung der Unternehmen in ihren Lage- und Konzernlageberichten (CSR-Richtlinie-Umsetzungsgesetz) vom 11. April 2017. Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s0802.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s0802.pdf%27%5D\\_1553099833819](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0802.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0802.pdf%27%5D_1553099833819).

GKV-Spitzenverband (2018). Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI. Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden\\_Praevention\\_2018\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf).

Kolbitsch M., Wanzek, R. (2015). Arbeitsschutzmanagementsysteme als wesentlicher Bestandteil zur Sicherung der Wertschöpfungskette im Betrieb. *BPUVZ* (10), 347-352.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) Krankengeld- Entwicklung, Ursachen, Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015. Bonn, Berlin, S 161-176.

SCOHS (2010a). SCOHS: Der neue Standard für ein zertifizierbares Betriebliches Gesundheitsmanagement. Eigendruck.

SCOHS (2010b). SCOHS. Leitfaden. Fassung: Mai 2010. Eigendruck.

Stöpel F., Lange A., Voss J. (Hrsg.). (2018). *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis. Arbeitsfähigkeit sichern, rechtssicher agieren, Potentiale nutzen* (1. Auflage). Freiburg: Haufe Gruppe.

Walter U. (2017). Qualitätsstandards im BGM. In B. Badura (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert* (Bd. 4, S. 109-125). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg

---

## 11. Beispiele für Dienstvereinbarungen zum Behördlichen bzw. Betrieblichen Gesundheitsmanagement\*

In den durchgeführten Interviews mit den BGM-Verantwortlichen der Ministerien wurde mehrfach der Wunsch nach Mustern für eine Dienstvereinbarung zum Behördlichen bzw. Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) geäußert. Im Folgenden finden sich entsprechende Hinweise auf Beispiele solcher Dienstvereinbarungen, die öffentlich zugänglich sind.

### **Senatsverwaltung der Stadt Berlin:**

#### **„Dienstvereinbarung über das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung (DV Gesundheit)“ (2007)**

Verfügbar unter:

<https://www.berlin.de/sen/inneres/moderne-verwaltung/prozesse-und-organisation/personal-und-organisation/betriebliches-gesundheitsmanagement/artikel.29718.php>

### **Freie Hansestadt Bremen:**

#### **„Dienstvereinbarung zum Gesundheitsmanagement im bremischen öffentlichen Dienst“ (2012)**

Verfügbar unter:

[https://www.transparenz.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen2014\\_tp.c.120678.de&template=00\\_html\\_to\\_pdf\\_d](https://www.transparenz.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen2014_tp.c.120678.de&template=00_html_to_pdf_d)

---

\* Mika Steinke, Salubris UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG

**Landeshauptstadt München:**

**„Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ (2009)**

Verfügbar unter:

<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Personal-und-Organisationsreferat/Gesundheit.html>