



Mitteilung

über die Querschnittsprüfung

der Organisation des betrieblichen
Gesundheitsmanagements in der mit-
telbaren Bundesverwaltung und bei
institutionell vom Bund geförderten
Einrichtungen und Zuwendungsemp-
fängern

Gz.: VII 1 - 2008 - 0966

Bonn, den 9. Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis	Seite
0 Zusammenfassung	3
1 Gegenstand der Prüfung	6
2 Vorgehensweise bei der Prüfung	7
3 Grundlagen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement	9
4 Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	12
5 Von der Einzelaktion zum Prozess	16
5.1 Analyse der Ausgangssituation	16
5.2 Durchführen von gesundheitsfördernden Maßnahmen	20
5.3 Evaluation des Gesundheitsmanagements	22
6 BMI-Projekt und Netzwerke	24
7 Schlussbetrachtung	25
7.1 Zusammenfassende Empfehlungen	25
7.2 Stellungnahme des Bundesministerium des Innern	26

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1: Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Bundesverwaltung – Erhebung 2006
- Anlage 2: Fragebogen „Angaben zur Organisation“
- Anlage 3: Einrichtungen, die an der Abfrage teilgenommen haben
- Anlage 4: Vor- und Nachteile der Analyseinstrumente Fehlzeitendaten, Gesundheitsbericht, Mitarbeiterbefragung und Gesundheitszirkel
- Anlage 5: Übersicht und Häufigkeitsverteilung der angebotenen Maßnahmen

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat querschnittlich die Organisation des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Gesundheitsmanagement) in der mittelbaren Bundesverwaltung sowie bei institutionell vom Bund geförderten Einrichtungen und Zuwendungsempfängern geprüft. Gesundheitsmanagement ist definiert als die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern.¹ Im Rahmen seiner Prüfung hat der Bundesrechnungshof hierzu eine Befragung bei 55 Stellen sowie örtliche Erhebungen bei sechs Stellen durchgeführt.

0.1 Feststellungen

- Die Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung hatten vielfach noch keine Konzepte zum Gesundheitsmanagement. Soweit Konzepte vorlagen, waren diese zum Teil nicht hinreichend fundiert. Kaum eine der geprüften Stellen hatte eindeutige und messbare Ziele für das Gesundheitsmanagement festgelegt. Auch waren die Konzepte häufig nicht hinreichend den Beschäftigten bekanntgegeben und deren Inhalte sachgerecht vermittelt worden. Es bestanden Akzeptanzprobleme bei den Beschäftigten und Führungskräften, mit der Folge, dass der Implementierungsprozess nicht selten mehrere Jahre dauerte. (Tz. 3)
- Die Strukturen des Gesundheitsmanagements waren nicht immer effizient. Zwar waren zentrale Steuerungsgremien (Arbeitskreis Gesundheit) weit verbreitet, teilweise bestanden daneben noch weitere Arbeitskreise mit ähnlichen Aufgaben. Von Gesundheitszirkeln wurde nur wenig Gebrauch gemacht. Der Einsatz von Fachkräften für das Gesundheitsmanagement war bisher eher die Ausnahme. (Tz. 4)
- Analyseinstrumente wie Fehlzeiteauswertungen, Gesundheitsberichte, Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkel setzten die Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung nicht im gebotenen Umfang ein bzw. stimmten die unterschiedlichen Instrumente nicht aufeinander ab. (Tz. 5.1)

¹ Vgl. Hertel Gesundheits-Management, Düsseldorf.

- Überwiegend wurden Maßnahmen geplant und durchgeführt, die auf das Verhalten der Beschäftigten abzielten (z. B. Rückenschule, Gesundheitstag). Den Bedarf für solche Maßnahmen hatten nur wenige Stellen durch Analysen nachgewiesen. Auch legte kaum eine Stelle messbare Ziele und Kennzahlen/Indikatoren für die Kontrolle der Zielerreichung fest. Bei der Maßnahmenplanung berücksichtigten einzelne Stellen die Eigenverantwortung der Beschäftigten für ihr Gesundheitsverhalten nur unzureichend. (Tz. 5.2)
- Die Mehrzahl der geprüften Stellen wertete ihre Maßnahmen als Erfolg, ohne dies sachgerecht nachweisen zu können. Kennzahlenvergleiche, Vergleichsbetrachtungen vor und nach der Maßnahme sowie Kosten-Nutzen- oder Kosten-Wirksamkeits-Analysen hatte keine der Stellen durchgeführt. Auch eine Überprüfung der Strukturen und Prozesse fand (noch) nicht statt. (Tz. 5.3)

0.2 Empfehlungen

Voraussetzung für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement ist eine praxistaugliche konzeptionelle Grundlage. Bei der Entwicklung und Implementierung solcher Konzepte empfiehlt der Bundesrechnungshof,

- den Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen vorher sorgfältig abzuschätzen (Tz. 3),
- darauf aufbauend eindeutige und messbare Ziele zu definieren (Tz. 3),
- Anlass und Ziele offen zu kommunizieren und damit für Transparenz und Akzeptanz zu sorgen (Tz. 3),
- die Aufgaben und Zuständigkeiten des Gesundheitsmanagements eindeutig zu beschreiben, klare und transparente Strukturen zu schaffen sowie effiziente Geschäftsprozesse zu gestalten (Tz. 4),
- die Einbindung der Führungskräfte und die Partizipation der Beschäftigten hinreichend zu bedenken (Tzn. 3 und 4),
- das Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Prozess von der Analyse, über die Planung und Durchführung bis hin zur Evaluation zu definieren (Tz. 5),
- bei der Bedarfsermittlung quantitative und qualitative Analyseinstrumente miteinander zu verknüpfen (Tz. 5.1),

- nur Maßnahmen anzubieten, für die nachweislich ein Bedarf besteht, und bei der Planung möglichst konkrete Ziele sowie Kennzahlen/Indikatoren für die Kontrolle der Zielerreichung festzulegen (Tz. 5.2),
- zunehmend verhältnisorientierte Maßnahmen durchzuführen und soweit verhaltensorientierte Maßnahmen angeboten werden, hierbei auch die Eigenverantwortung der Beschäftigten für ihr Gesundheitsverhalten angemessen zu berücksichtigen (Tz. 5.2) sowie
- durch eine systematische Kontrolle den Kosten-Nutzen-Nachweis des Gesundheitsmanagements zu führen. Dabei sind nicht nur der Erfolg der durchgeführten Maßnahmen zu kontrollieren, sondern regelmäßig auch die Strukturen und Prozesse zu hinterfragen (Tz. 5.3).

1 Gegenstand der Prüfung

Die Arbeitsbedingungen in der Bundesverwaltung haben sich u. a. durch die rasante Entwicklung der Informationstechnologie und die schwierige Haushaltslage (z. B. Stellenkürzungen) in den letzten Jahren erheblich verändert. Dieser Prozess wird anhalten, mit der Folge, dass mit weniger Ressourcen komplexere Aufgaben schneller und vielfach in höherer Qualität zu erbringen sind. Die dafür notwendige Verwaltungsmodernisierung lässt sich nur mit leistungsfähigen und motivierten Beschäftigten erfolgreich gestalten. Steigender Arbeits- und Leistungsdruck kann mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten verbunden sein. Zudem wird deren Durchschnittsalter infolge des demografischen Wandels in den nächsten Jahren ansteigen. Die notwendigen Veränderungsprozesse müssen daher mit Maßnahmen einhergehen, die die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Beschäftigten erhalten und aktivieren.²

Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Beschäftigten haben sowohl Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitsorganisation, der Arbeitsumgebung und der Arbeitsprozesse (z. B. Ergonomie, Führungsverhalten, Kommunikation) als auch Maßnahmen, die die individuelle Gesundheit der Beschäftigten fördern (z. B. Bewegungsangebote, Ernährungsberatung). Werden diese beiden Aspekte bei der Organisations- und Personalarbeit systematisch miteinander verknüpft, spricht man von Betrieblichem(r) Gesundheitsmanagement bzw. -förderung:

„Betriebliches Gesundheitsmanagement (Gesundheitsmanagement) umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung, die Förderung aktiver Teilnahme aller Beschäftigten sowie die Unterstützung der Personal- und Organisationsentwicklung bei der Realisierung dieser Ziele. Es zielt sowohl auf eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsabläufe als auch auf Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Beschäftigten.“³

„Betriebliche Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderung) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Ar-

² Vgl. Regierungsprogramm „Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovation“ (www.verwaltung-innovativ.de).

³ Vgl. KGSt-Bericht 1/2005 „Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe“.

beitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen.“⁴

Die Bundesregierung hat die Implementierung der Gesundheitsförderung als ein Projekt im Handlungsfeld Personal in ihr Regierungsprogramm „Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovation“ (Regierungsprogramm) aufgenommen.⁵ Das Regierungsprogramm verpflichtet die unmittelbare Bundesverwaltung, eine systematische Gesundheitsförderung als langfristig angelegten und evaluierbaren Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung einzuführen. Die Federführung für das Projekt liegt beim Bundesministerium des Innern (BMI).

Die mittelbare Bundesverwaltung sowie die institutionell vom Bund geförderten Einrichtungen und Zuwendungsempfänger (kurz: mittelbare Bundesverwaltung) werden vom Regierungsprogramm nicht erfasst. Wir haben dies zum Anlass genommen, den Stand, die Umsetzung und die Evaluierung des Gesundheitsmanagements in der mittelbaren Bundesverwaltung aus organisatorischer Sicht zu prüfen. Ziel der querschnittlichen Betrachtung war es, Defizite, Schwachstellen und Erfolgsfaktoren bereits praktizierter Modelle zu identifizieren und daraus Empfehlungen abzuleiten, die anderen Einrichtungen bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements behilflich sein können. Die Prüfungsmitteilung zielt zudem darauf ab, grundsätzliche Maßnahmen seitens des BMI anzuregen.

2 Vorgehensweise bei der Prüfung

Das BMI erfragte im Zusammenhang mit der jährlichen Krankenstandserhebung in der unmittelbaren Bundesverwaltung für die Jahre 2005 und 2006 erstmals den Stand der Gesundheitsförderung. Die Erhebungsbögen enthielten Fragen zur Planung und Umsetzung der Gesundheitsförderung sowie zur Einbindung der Führungskräfte. An der Erhebung für das Jahr 2006 beteiligten sich 22 oberste Bundes- und 82 Geschäftsbereichsbehörden. Unter anderem gaben jeweils rund 50 % der teilnehmenden Behörden an, dass sie gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Verhaltens- und/oder Verhältnisprävention durchführten. 25 Behörden verfügten über eine Dienstvereinbarung oder ein von der Hausleitung gebilligtes Konzept

⁴ Vgl. Europäisches Netzwerk für die betriebliche Gesundheitsförderung, „Luxemburger Deklaration“ vom November 1997, zuletzt aktualisiert im Januar 2007.

⁵ Die Bundesregierung hat den Umsetzungsplan am 28.02.2007 beschlossen.

zur Gesundheitsförderung, bei weiteren 19 Einrichtungen war ein solches geplant (s. Anlage 1). Im Vergleich zum Vorjahr stellte das BMI in der Erhebung für das Jahr 2006 fest, dass die Gesundheitsförderung im Bundesdienst zunehmend umgesetzt wurde. Gleichwohl bestünde bei der Implementierung, dem Ausbau und der Verstetigung der Gesundheitsförderung noch erheblicher Handlungsbedarf.⁶

In Anlehnung an die Erhebung des BMI haben wir bei 60 Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung den Stand der Gesundheitsförderung erfragt. Der Fragebogen entsprach weitgehend dem des BMI für das Jahr 2005.⁷ Er enthielt insbesondere Fragen zu(r) Grundlagen, Analyse, Umsetzung und Evaluation der Gesundheitsförderung (s. Anlage 2). 55 Stellen mit rund 236 000 Beschäftigten beteiligten sich an der Befragung (s. Anlage 3).

Alle Einrichtungen gaben an, gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzuführen. Um die Erhebungsergebnisse weiter zu verifizieren, haben wir bei sechs der 55 befragten Einrichtungen örtliche Erhebungen durchgeführt. Diese beschäftigten im Jahre 2006 knapp 33 000 Mitarbeiter/-innen. Für die Auswahl der Erhebungsstellen war entscheidend, dass die Einrichtungen nach eigenen Angaben bereits über ein(e) Konzept bzw. Dienstvereinbarung zum Gesundheitsmanagement verfügten. Weitere Auswahlkriterien waren – mit Blick auf den Querschnittsaspekt – die Größe und unterschiedliche Fachaufgaben sowie die Zuständigkeit verschiedener Bundesministerien. Die Ergebnisse der Befragung und der örtlichen Erhebungen sind den nachfolgenden anonymisierten Ausführungen zu entnehmen.

Der Aufbau der Prüfungsmitteilung (Tzn. 3 bis 5) lehnt sich am idealtypischen Ablauf eines Projektes zum Gesundheitsmanagement mit folgenden Phasen an:⁸

- Entwickeln eines Konzeptes,
- Aufbau der notwendigen Strukturen für das Gesundheitsmanagement,
- Analyse der gesundheitlichen Situation und des Motivationsgeschehens,
- Entwickeln und Durchführen von Maßnahmen sowie
- Kontrollieren und Bewerten der vorstehenden Schritte.

⁶ Vgl. Krankenstand (und Gesundheitsförderung) in der unmittelbaren Bundesverwaltung, Erhebung 2005 und 2006 (www.bmi.bund.de).

⁷ Für die Erhebung 2006 hatte das BMI seinen Fragebogen geringfügig modifiziert.

⁸ Vgl. Weinreich/Weigl (2002), Gesundheitsmanagement erfolgreich umsetzen: Ein Leitfaden für Unternehmen und Trainer, S. 49.

3 Grundlagen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement

3.1 Mehr als 40 % der befragten Stellen gaben an, über ein(e) Konzept, Leitlinie, Dienstvereinbarung oder Ähnliches zum Gesundheitsmanagement zu verfügen:

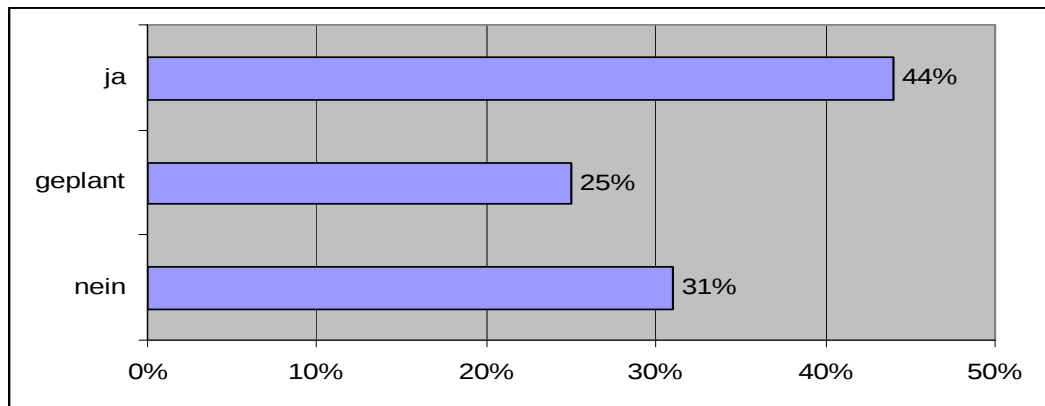


Abb. 1: Vorhandene Konzepte Gesundheitsmanagement

Bei unseren örtlichen Erhebungen haben wir festgestellt, dass Inhalt und Umfang der Konzepte zum Gesundheitsmanagement zum Teil sehr unterschiedlich gestaltet waren. Gleiches traf für deren Vermittlung an die Beschäftigten zu:

- Drei Einrichtungen verfügten über Konzepte und/oder Dienstvereinbarungen, die Aufschluss über Zweck, Ziele, Strukturen und Verfahren der Gesundheitsförderung gaben. Diese waren im Wortlaut auch den Beschäftigten bekannt. Bei einer dieser Einrichtungen dauerte der Prozess von einem ersten Konzept bis zum Abschluss einer Dienstvereinbarung und zur Erstellung eines Praxisleitfadens rund neun Jahre. Während dieser Zeit waren wiederholt Projektgruppen damit betraut, die Gesundheitsförderung in der Dienststelle (stärker) zu implementieren. Ein z. B. zwischenzeitlich erarbeitetes Rahmenkonzept erzielte nicht die beabsichtigte Wirkung, weil es zunächst nicht hinreichend kommuniziert und später als zu komplex eingestuft wurde.

Eine andere Einrichtung pilotierte ihre Dienstvereinbarung zunächst in einem Geschäftsbereich. Ein Jahr später setzte sie diese flächendeckend in Kraft, ohne dass ein Projektabschlussbericht vorlag. Weitere zwei Jahre später gab sie ein Leitbild zum Gesundheitsmanagement heraus, das im Wesentlichen den Inhalt der Dienstvereinbarung wiedergab. Damit wollte die geprüfte Stelle u. a. erreichen, dass die Gesundheitsförderung in allen Bereichen wirksam verankert und umgesetzt wird. Insbesondere wollte sie die Führungskräfte dazu anhalten, das Konzept aktiv zu unterstützen und zu fördern.

- Zwei Einrichtungen hatten die Eckpunkte ihrer Gesundheitsförderung in internen Papieren für die Hausleitungen dokumentiert. Die Beschäftigten informierten sie mit Beiträgen in den Mitarbeiterzeitschriften und im Intranet hierüber. Den Abschluss einer Dienstvereinbarung planten sie nicht.
- Eine weitere Einrichtung verstand im Wesentlichen ihr Verfahren zur betrieblichen Eingliederung nach § 84 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) als Konzept zum Gesundheitsmanagement. Dieses hatte sie mit dem Personalrat mündlich abgestimmt.

Die Ziele der Gesundheitsförderung waren in den Konzepten überwiegend sehr allgemein formuliert, z. B.

- Beseitigen von Gesundheitsgefährdungen,
- Fördern einer gesundheitsbewussten Lebensweise,
- Erhöhen der Gesundheitsquote,
- Entwickeln einer Organisation, die das Wohlbefinden, die Zufriedenheit, die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten ebenso fördert wie ihre Effizienz,
- Motivieren der Beschäftigten zu mehr Eigeninitiative,
- Fördern von Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Gesundheit der Belegschaft,
- Ausbau von Aktivitäten zur Gesunderhaltung aufgrund der verlängerten Lebensarbeitszeit oder
- Entwickeln von bedarfsgerechten (Präventions-)Angeboten.

Die Ausführungen zur Kontrolle und Bewertung der Gesundheitsförderung beschränkten sich zumeist darauf, dass vorhandene oder noch einzurichtende Arbeitskreise Gesundheit (s. Tz. 4) den Erfolg der angebotenen Maßnahmen bewerten sollten. Was, wann und wie evaluiert werden soll, war häufig nicht näher beschrieben (s. Tz. 5.3).

Die geprüften Stellen sahen in der Gesundheitsförderung durchweg einen wichtigen Bestandteil ihrer Personalarbeit. In kaum einem der Leitbilder oder vergleichbaren Strategiepapieren (z. B. Führungsgrundsätze) war dies ausdrücklich er-

wähnt. Nur bei einer Einrichtung lag zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebung ein Vorschlag für eine entsprechende Ergänzung des Leitbildes vor.

- 3.2 Die Prüfung hat gezeigt, dass die Ergebnisse der schriftlichen Befragung nicht ohne Weiteres übernommen werden können. Zwar verfügen mehr als 40 % der befragten Stellen nach eigenen Angaben über ein(e) Konzept, Leitlinie, Dienstvereinbarung oder Ähnliches zum Gesundheitsmanagement. Unsere örtlichen Erhebungen hingegen belegen, dass das, was die Einrichtungen hierunter tatsächlich verstanden haben, in der Praxis sehr unterschiedlich sein kann.

Ein Gesundheitsmanagement über mehrere Jahre und mit sich zum Teil wiederholenden Arbeitsschritten aufzubauen, spricht nicht für eine effiziente Vorgehensweise. Teilweise begründet es sogar Zweifel an der Ernsthaftigkeit, mit der das Thema betrieben wird. Aus unserer Sicht wurde diese Entwicklung dadurch begünstigt, dass die Konzepte zur Gesundheitsförderung vielfach nicht hinreichend fundiert waren und/oder nur unzureichend kommuniziert wurden. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung hängt maßgeblich von der Akzeptanz durch die Beschäftigten und Führungskräfte ab. Daher sind sie hinreichend über Anlass, Ziele, Strukturen, Aufgaben, Maßnahmen und Angebote sowie Prozesse der Gesundheitsförderung zu informieren. Hierfür ist unseres Erachtens ein(e) entsprechend aufgebaute(s) Konzept bzw. Dienstvereinbarung, das/die offen und vollständig kommuniziert wird, am besten geeignet. Da alle geprüften Stellen den Führungskräften eine besondere Verantwortung beim Gesundheitsmanagement zuwiesen, sollte aus einem solchen Konzept auch ersichtlich sein, wie und was sie zur Gesundheitsförderung beitragen können.

Wenn Gesundheitsförderung (ausschließlich) auf internen Papieren für die Hausleitung sowie Beiträgen in Hausmitteilungen und im Intranet basiert, sehen wir mangels hinreichender Transparenz die Gefahr, dass das Thema nicht genügend akzeptiert wird und somit noch weniger nachhaltig betrieben werden kann. Noch weniger zielführend ist es, die Gesundheitsförderung auf die gesetzlich vorgeschriebene Wiedereingliederung zu reduzieren. Diese ist lediglich ein Baustein der Gesundheitsförderung.

Damit die Gesundheitsförderung als Instrument der Personal- und Organisationsentwicklung wirken kann, sind die vorgenannten Punkte weitgehend verbindlich zu regeln. Auch sind sie anlassbezogen oder in regelmäßigen Zeitabständen auf

ihre Relevanz und Aktualität zu überprüfen. Soweit Leitbilder vorhanden sind, sollte die Gesundheitsförderung darin als „Unternehmensziel“ aufgenommen werden. Ferner ist die oberste Führungsebene von Anfang an in den Prozess einzubinden. Beides steigert den Stellenwert des Gesundheitsmanagements und verleiht dem Umsetzungsprozess mehr Nachdruck.

- 3.3 *Wir empfehlen den Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung, die noch kein Gesundheitsmanagement betreiben oder ihre bisherige Vorgehensweise besser strukturieren wollen, zunächst den Bedarf eingehend abzuschätzen. Darauf aufbauend sind möglichst operationale Ziele zu entwickeln sowie notwendige Strukturen und Abläufe zum Gesundheitsmanagement in einer Konzeption festzuschreiben. Hierfür empfiehlt es sich, eine Projektgruppe einzusetzen, in der auch die späteren Akteure der Gesundheitsförderung vertreten sein sollten (s. Tz. 4). Die Beschäftigten sind umfassend über Anlass, Ziele, Strukturen und Verfahren der Gesundheitsförderung zu unterrichten. Die Mitwirkung und Unterstützung der Führungskräfte bei der Gesundheitsförderung sollte klar geregelt sein. Denn eine hinreichende Transparenz ist für die Akzeptanz und den Erfolg der Gesundheitsförderung unabdingbar. Gegebenenfalls empfiehlt es sich, die Implementierung der Gesundheitsförderung mit einem Praxisleitfaden bestehend aus Checklisten, Beispielen und Planungshilfen zu unterstützen.*

4 Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

- 4.1 Etwas mehr als $\frac{2}{3}$ der befragten Stellen gaben an, ein Steuerungsgremium eingerichtet sowie Personal für das Gesundheitsmanagement zur Verfügung gestellt zu haben, 11 % planten dies und bei rund 20 % bestanden keine dahingehenden Absichten:

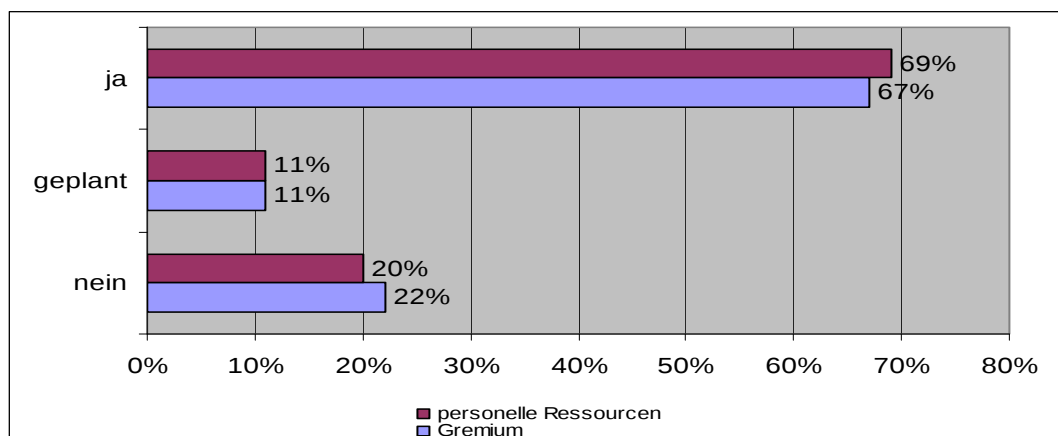


Abb. 2: Gremienorganisation, personelle Ressourcen

Bei acht der 37 Stellen, die die Fragen positiv beantwortet hatten, waren die Gremien mit den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzausschüssen (ASA) identisch.⁹ Die örtlichen Erhebungen zeigten folgendes Bild:

- Die Mehrzahl der geprüften Stellen hatte Steuerungsgremien (Arbeitskreise Gesundheit)¹⁰ eingerichtet, die für die strategische Zielsetzung, Planung und Bewertung der Gesundheitsförderung zuständig sein sollten. Vereinzelt oblag diesen auch das operative Geschäft. Die Gremien setzten sich zumeist aus Vertretern der Hausleitung, Mitgliedern des Personal- bzw. Betriebsrates, der Schwerbehindertenvertretung, der Gleichstellungsbeauftragten, dem betriebsärztlichen Dienst und der Fachkraft für Arbeitssicherheit zusammen. In einem Fall waren zusätzlich zwei Krankenkassen und eine Unfallkasse im Arbeitskreis vertreten.
- Verschiedene Einrichtungen hatten unterhalb der Ebene des Steuerungsgremiums weitere, zum Teil ähnlich zusammengesetzte Arbeitskreise eingerichtet oder vorgesehen. Diese sollten ebenfalls gesundheitsfördernde Maßnahmen planen und/oder die Steuerungsgremien dahingehend beraten. Eine dislozierte Einrichtung hatte neben einem zentralen Arbeitskreis bei jeder der insgesamt 20 Ortsdienststellen dezentrale Arbeitskreise eingerichtet. Diese waren jeweils zum Teil für weniger als 50 Beschäftigte zuständig. Die Leiter/-innen waren nicht im Gesundheitsmanagement geschult. Die Mehrzahl der bei dieser Einrichtung durchgeführten Maßnahmen veranlasste der zentrale Arbeitskreis.
- Der überwiegende Teil der Konzepte sah als weiteres Strukturelement Gesundheitszirkel vor. Gesundheitszirkel sind temporäre Kleingruppen, die in Problembereichen eingerichtet werden, um Belastungen zu identifizieren, die Ursachen hierfür zu analysieren und Veränderungsvorschläge zu entwi-

⁹ Der ASA, der sich aus dem Arbeitgeber oder einem von ihm Beauftragten, zwei Personal- bzw. Betriebsratsmitgliedern, Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragten nach § 22 SGB VII zusammensetzt, hat die Aufgabe, Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beraten (vgl. § 11 Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit).

¹⁰ Andere Bezeichnungen waren z. B. Zentrales Steuerungsgremium oder Lenkungsausschuss Gesundheit.

ckeln.¹¹ Von wenigen Ausnahmen abgesehen, machten die geprüften Stellen hiervon kaum Gebrauch (s. auch Tz. 5.1).

- Für Aufgaben wie Konzeptentwicklung, Beraten und Unterstützen des Arbeitskreises und der Führungskräfte, Durchführen von Analysen zur Ist-Situation, Prüfen von beantragten Maßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit usw. waren – abhängig vom Organisationsgrad der geprüften Stellen – unterschiedliche Organisationsbereiche zuständig. Zwei Einrichtungen hatten hierfür Stabsstellen eingerichtet. Teilweise nahmen die Personalabteilungen diese Aufgaben wahr. In einem Fall war die Aufgabe zusammen mit dem Arbeitsschutz in einer Organisationseinheit angesiedelt. Eine Einrichtung hatte die Aufgaben ihrer Medizinischen Abteilung übertragen. Eine weitere Einrichtung plante für die vorgenannten Aufgaben in den Fachabteilungen auch dezentrale Ansprechpartner/-innen. Vielfach hatten die geprüften Stellen den Mitarbeitern/-innen Aufgaben des Gesundheitsmanagements zusätzlich zu ihren originären Aufgaben übertragen. Aufgabenbeschreibungen lagen zumeist nicht vor. Viele der Mitarbeiter/-innen waren (noch) nicht im Gesundheitsmanagement geschult. Wenn überhaupt, fanden Schulungen teilweise erst mit mehrjähriger Verspätung statt.

- 4.2 Das Gesundheitsmanagement kommt – wie alle Managementsysteme – nicht ohne Steuerung aus. Hierfür bietet sich i. d. R. eine Gremienstruktur an (Arbeitskreis Gesundheit). In der Praxis wird dies bereits überwiegend berücksichtigt. Es ist naheliegend, die Zusammensetzung eines solchen Arbeitskreises am ASA auszurichten. Damit das Gremium dem weiterführenden Gedanken des Gesundheitsmanagements gerecht werden kann, sollten darin auch die für Personal und/oder Organisation zuständigen Organisationseinheiten vertreten sein. Bei Bedarf können weitere Akteure einbezogen werden (z. B. externe Gesundheitsexperten). Dies erhöht die Kompetenz des Gremiums und kann zu einer stärkeren Akzeptanz und Unterstützung durch die Beschäftigten beitragen. Die Bündelung und Vernetzung vorhandener Kompetenzen in einem Arbeitskreis erleichtert den Entscheidungs- und Steuerungsprozess. Zu den Aufgaben des Arbeitskreises gehört es, (messbare) Ziele und Prioritäten festzulegen, eine Analyse- und Evaluations-

¹¹ Gesundheitszirkel können homogen (ohne direkte Vorgesetzte) oder heterogen (mit direkten Vorgesetzten) zusammengesetzt sein. In der Praxis kommen beide Ansätze häufig als Mischform vor (vgl. KGSt-Bericht 1/2005 und Weinreich/Weigl, S. 54). Die geprüften Stellen bezeichneten Gesundheitszirkel zum Teil als Projektgruppe, Arbeitssituationsanalyse und Gruppeninterview.

strategie vorzugeben, über Veränderungsvorschläge zu entscheiden und den Kommunikationsprozess sicherzustellen. Die Gesundheitsförderung läuft so weniger Gefahr, sich in unkoordinierten Einzelaktionen zu verlieren. Mehrere Gremien einer Einrichtung mit ähnlichen Aufgaben zu betrauen, ist wenig zielführend. Die Aufgaben würden so nur übermäßig zergliedert und es bestünde auch die Gefahr von Doppelarbeit sowie von Zuständigkeits- und Kompetenzgerangel. Selbst in Einrichtungen mit dislozierten Dienststellen besteht unseres Erachtens keine Notwendigkeit, an allen Standorten „Arbeitskreise Gesundheit“ einzurichten. Um bereichs- oder standortspezifische Belastungssituationen zu identifizieren, zu analysieren und Veränderungsvorschläge zu erarbeiten, sind Gesundheitszirkel besser geeignet. Diese sind nicht nur zeitlich begrenzt, sondern gewährleisten auch die Beteiligung der Beschäftigten.

Das Gesundheitsmanagement erfordert i. d. R. den Einsatz zentraler und bei großen Einrichtungen gegebenenfalls auch dezentraler Fachkräfte. Die zentralen Fachkräfte sollten bei der Hausleitung oder im Personal- oder Organisationsbereich angesiedelt sein, da sie insbesondere den Arbeitskreis Gesundheit unterrichten und beraten sollen. Mitarbeiter/-innen neben ihren eigentlichen Aufgaben lediglich zusätzlich mit dem Gesundheitsmanagement zu betrauen, ist dann nicht sinnvoll, wenn sie nicht in gleicher Weise bei ihren originären Aufgaben entlastet werden. Voraussetzung für eine sachgerechte Aufgabenerledigung sind zudem spezielle Fachkenntnisse im Gesundheitsmanagement (z. B. Kenntnis von Gesundheit beeinflussenden Faktoren am Arbeitsplatz, Instrumente der Gesundheitsförderung), die durch geeignete Schulungen vermittelt werden müssen. Hier bestanden noch erhebliche Defizite.

Das Gesundheitsmanagement befand sich bei den meisten Einrichtungen noch im Aufbau. Für die (de-)zentralen Fachkräfte fehlten auch Aufgabenbeschreibungen. Nur auf deren Grundlage kann jedoch geprüft werden, welche Aufgaben tatsächlich wahrgenommen werden und welcher Personalbedarf sich hieraus ergibt.

- 4.3 *Wir empfehlen, – soweit noch nicht geschehen – für die Steuerung des Gesundheitsmanagements einen Arbeitskreis Gesundheit einzurichten. Seine Zusammensetzung kann sich am ASA orientieren; es sollte aber auch der Personal- und/oder Organisationsbereich darin vertreten sein. Der Arbeitskreis sollte nicht für die operativen Aufgaben zuständig sein, denn seine originäre Aufgabe ist die strategische Planung und Steuerung der Gesundheitsförderung. Mit der Entwicklung und*

Durchführung konkreter Maßnahmen sollten – soweit der Bedarf dies hergibt – zentrale und gegebenenfalls dezentrale Fachkräfte betraut werden. Diese sollten im Gesundheitsmanagement geschult sein. Für besondere Problemstellungen sollten Gesundheitszirkel eingerichtet werden, die anlassbezogen und zeitlich befristet, Ursachen analysieren und Lösungsvorschläge entwickeln können.

5 Von der Einzelaktion zum Prozess

5.1 Analyse der Ausgangssituation

- 5.1.1 75 % der befragten Stellen gaben an, mehr oder weniger regelmäßig die Gesundheit und Motivation ihrer Beschäftigten zu analysieren, 16 % planten dies und 9 % verneinten die Frage. Auskunftsgemäß werteten die befragten Stellen mit Abstand am häufigsten Fehlzeitendaten aus. Weiterhin zogen sie arbeitsmedizinische Daten zu Rate, führten Mitarbeiterbefragungen durch, analysierten oder erstellten Gesundheitsberichte und arbeiteten mit Gesundheitszirkeln. Die Häufigkeiten der eingesetzten Analyseinstrumente zeigt die nachfolgende Abbildung:

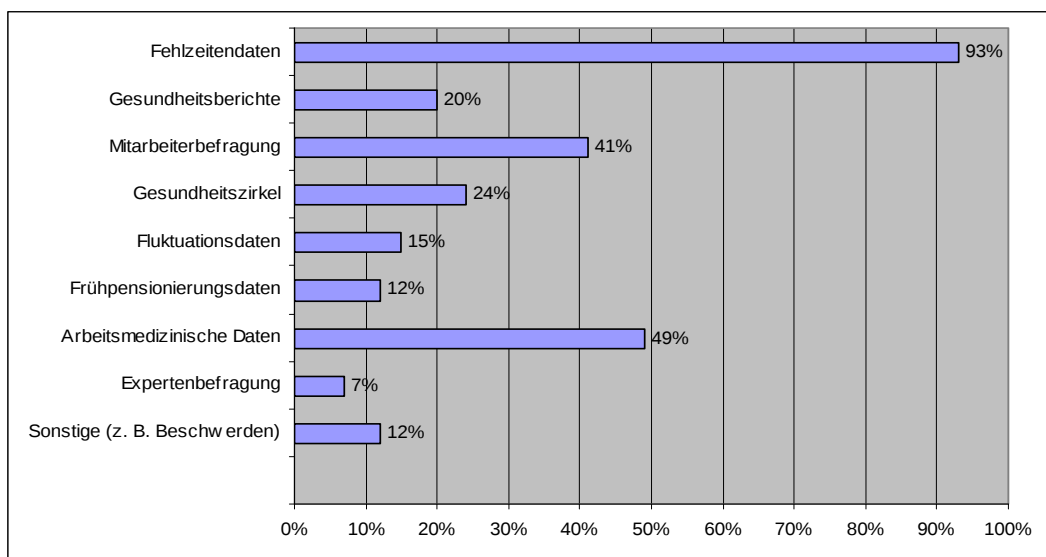


Abb. 3: Eingesetzte Analyseinstrumente

Die Verwendung arbeitsmedizinischer Daten sahen die geprüften Stellen zumeist darin, dass die arbeitsmedizinischen Dienste in den Arbeitskreisen Gesundheit vertreten waren. Eingehende Analysen arbeitsmedizinischer Daten haben wir nicht vorgefunden. Wesentliche Analyseinstrumente waren die Fehlzeitenauswertungen, Gesundheitsberichte, Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkel.

- Die geprüften Stellen erstellten durchweg monatliche Fehlzeitenstatistiken. Eine Stelle fertigte die Statistik trotz vorhandenen Personalinformationssystems überwiegend noch manuell. In den Statistiken differenzierten die geprüften Stellen zumeist zwischen Kurz- und Langzeiterkrankungen. Teilweise wurden die Fehlzeiten zudem differenziert nach Organisationsbereichen bzw. Standorten aufbereitet. Diese Informationen wurden aber kaum für weitergehende Analysen und/oder (erste) gezielte Maßnahmen genutzt. Selbst eine Einrichtung, bei der die standortbezogenen Krankenstände zum Teil um mehr als 10 % voneinander abwichen, untersuchte die Ursachen hierfür nicht. Abgesehen von wenigen Ausnahmen bot sie an allen Standorten identische Maßnahmen an, die sich grundsätzlich an alle Beschäftigten richteten.
- Zwei der sechs geprüften Stellen werteten einmalig oder regelmäßig betriebliche Gesundheitsberichte von Krankenkassen¹² aus. Eine der beiden Einrichtungen erbat zu Beginn ihrer Gesundheitsförderung von vier Krankenkassen, bei denen ein Teil ihrer Beschäftigten versichert war, einen gemeinsamen Gesundheitsbericht. Es dauerte mehr als drei Jahre bis der Bericht vorlag. Der Bericht erwies sich letztlich als ungeeignet, um daraus Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen abzuleiten. Die Stelle gab keinen weiteren Gesundheitsbericht in Auftrag. Für die andere Einrichtung erstellte eine Krankenkasse, bei der rund 12 % der Beschäftigten versichert waren, seit mehreren Jahren einen Gesundheitsbericht auf freiwilliger Basis. Die darin enthaltenen Aussagen zu Arbeitsunfähigkeitsursachen erachtete die geprüfte Stelle für allgemein gültig.

Zwei Stellen verfassten eigene Gesundheitsberichte. Die Berichte enthielten Informationen zur Personalstruktur und zum Krankenstand. Teilweise waren diese Daten mit allgemeinen Erkenntnissen von Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit verknüpft. Die Berichte gaben zudem einen Überblick über die Strukturen und bisherigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Eine der Stellen hatte für den Gesundheitsbericht ein Projekt aufgesetzt. Die Erstellung des Berichts dauerte rund drei Jahre. Künftig will die Stelle regelmäßig Gesundheitsberichte erstellen. Bei der anderen Einrichtung vergingen bis zur

¹² Betriebliche Gesundheitsberichte der Krankenkassen liefern eine Arbeitsunfähigkeitsanalyse. In ihnen werden Fehlzeitendaten anonymisiert mit medizinischen Diagnosen verknüpft.

erstmaligen Herausgabe des jährlich vorgesehenen Berichts fünf Jahre. Die Erstellung des Berichts nahm ebenfalls mehr als zwei Jahre in Anspruch.

- Drei der sechs geprüften Stellen hatten Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, die (auch) Aufschluss über die Gesundheit/Motivation der Beschäftigten liefern sollten. Teilweise waren die Ergebnisse noch nicht ausgewertet. In einem Fall hatte der Arbeitskreis Gesundheit die Befragung initiiert, und zwar rund drei Jahre nach Einführung des Gesundheitsmanagements. Bis zur Durchführung vergingen weitere 1,5 Jahre. Ob und wie die geprüften Stellen die Befragungsergebnisse nutzten, war weitgehend noch offen. Die Einrichtungen planten, die Mitarbeiterbefragung in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.
- Gesundheitszirkel oder Arbeitssituationsanalysen¹³ führten bislang nur wenige Stellen durch. Häufig sahen die Konzepte oder Dienstvereinbarungen diese Instrumente zwar vor, die geprüften Stellen hatten hiervon bislang aber kaum Gebrauch gemacht. Die Diskussion über Ursachen von Fehlzeiten sowie mögliche Maßnahmen fand zumeist in den Arbeitskreisen Gesundheit statt.

5.1.2 Mit sachgerecht aufbereiteten Fehlzeitendaten lassen sich zeitnah Informationen über aktuelle Entwicklungen identifizieren. Diese Daten sind i. d. R. leicht verfügbar und bereichsübergreifend zu ermitteln. Diese Vorteile bleiben ungenutzt, wenn die Daten nicht als Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen verwendet werden. Die Fehlzeitendaten können auch als Grundlage für eine nachfolgende Erfolgsmessung von Maßnahmen des Gesundheitsmanagements dienen. Auch dafür sind sie mithilfe von Personalinformationssystemen nach verschiedenen Kriterien (z. B. Kurz- und Langzeiterkrankungen, Standorte) aufzubereiten.

Gesundheitsberichte von Krankenkassen hinzuzuziehen, kann hilfreich sein. Aussagekräftig sind solche Berichte aber nur, wenn sie einen bestimmten Prozentsatz der Beschäftigten erfassen.¹⁴ Bei Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung ist die Versichertenstruktur aber meist wenig homogen. Daher ist abzuwägen, ob nicht allgemeine Erkenntnisse der Krankenkassen für die weitere Vorgehensplanung ausreichen. Zumindest für überwiegend büro-/verwaltungsmäßig ge-

¹³ Die geprüften Stellen verwendeten die Begriffe Gesundheitszirkel und Arbeitssituationsanalyse zum Teil synonym. Die Unterscheidung machten sie zumeist nur am zeitlichen Umfang fest. Ziel der Arbeitssituationsanalyse ist eine subjektive Beurteilung der Arbeitssituation, einschließlich Belastungsschwerpunkten durch die Beschäftigten. Sie finden als moderiertes Gruppendiskussionsverfahren statt. Die Teilnahme ist freiwillig (vgl. KGSt-Bericht 1/2005).

¹⁴ Teilweise werden bis zu 50 % gefordert (vgl. Weinreich/Weigl, S. 88).

prägte Einrichtungen dürfte dies weitgehend zutreffen. Wenn die Erstellung eines Gesundheitsberichts mehr als drei Jahre in Anspruch nimmt und am Ende keinen Mehrwert liefert, ist der Aufwand hierfür kritisch zu hinterfragen. Eigene betriebliche Gesundheitsberichte können sinnvoll sein, wenn sie belastbare Auskunft über die Wirkungen des Gesundheitsmanagements in einer abgeschlossenen Periode beispielsweise durch Kennzahlenvergleiche geben.

Die Mitarbeiterbefragung zielt auf subjektive Einstellungs- und Verhaltensdaten der Beschäftigten ab. Daher ist sie als Instrument der Gesundheits-/Motivationsanalyse grundsätzlich gut geeignet. Die Mitarbeiterbefragung dient nicht nur der Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung (Analyse). Insbesondere mit der erstmaligen Durchführung werden auch Vergleichsmaßstäbe für die spätere Erfolgskontrolle erhoben. Ferner wird Führungskräften und Beschäftigten mit einer Mitarbeiterbefragung z. B. signalisiert, dass sich etwas verändern soll.

Mit Gesundheitszirkeln lassen sich konkrete Informationen zu Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit/Motivation in bestimmten Bereichen ermitteln und analysieren. Auf dieser Grundlage können in Gesundheitszirkeln unmittelbar Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Trotz dieser offensichtlichen Vorteile wird dieses Instrument bislang noch wenig genutzt. Dabei kann allein die Einberufung von Gesundheitszirkeln bereits eine positive Wirkung entfalten. Beschäftigten vermitteln sie u. a., dass ihre Anregungen und Ideen gehört werden sollen. Dadurch eröffnen sich Potenziale, die ungenutzt bleiben, wenn gesundheitsrelevante Ursachen, Probleme und Maßnahmen ausschließlich im Arbeitskreis Gesundheit erörtert bzw. entwickelt werden. Ferner werden die Beschäftigten unmittelbar an der Gesundheitsförderung beteiligt. Gesundheitszirkel machen das Gesundheitsmanagement somit transparenter. Sie sind nicht nur Instrument, sondern zugleich auch Maßnahme der Gesundheitsförderung.

Neben den vorgenannten Mängeln in der Anwendung der einzelnen Analyseinstrumente fehlt es vielfach noch an einer sinnvollen Verknüpfung. Einzelne positive Ansätze können darüber nicht hinwegtäuschen. Das Gesundheitsmanagement benötigt sowohl quantitative als auch qualitative Daten, um zielgerichtete Maßnahmen ableiten zu können. Bei einer Beschränkung auf einzelne Analyseinstrumente (z. B. Fehlzeitenstatistik) besteht die Gefahr einer Fehlinterpretation. Erst eine Gesamtbetrachtung gleicht die Nachteile der einzelnen Instrumente in Bezug auf den Erkenntnisgewinn weitgehend aus (s. Anlage 4).

- 5.1.3 *Eine genaue Kenntnis von Gesundheitszustand und Motivation der Beschäftigten ist eine wesentliche Voraussetzung für das Gesundheitsmanagement. Dabei reicht der Einsatz quantitativer Analyseinstrumente, wie z. B. die Analyse von Fehlzeitendaten für sich genommen, nicht aus. Diese sollten regelmäßig durch qualitative Instrumente (z. B. Mitarbeiterbefragung¹⁵, Gesundheitszirkel) ergänzt werden, die zugleich eine Beteiligung der Beschäftigten sicherstellen. Die verschiedenen Analyseinstrumente sind sachgerecht anzuwenden und sinnvoll aufeinander abzustimmen. Gleichwohl müssen nicht immer alle Instrumente in gleicher Intensität zur Anwendung kommen. Grundsätzlich ist bei deren Einsatz ein angemessenes Verhältnis von Aufwand und Informationsgewinn anzustreben.*

5.2 **Durchführen von gesundheitsfördernden Maßnahmen**

- 5.2.1 Die Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung boten – auch ohne strukturiertes Gesundheitsmanagement – eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Maßnahmen an, die sowohl auf das individuelle Verhalten der Beschäftigten (z. B. Bewegung, Stressbewältigung, Ernährung) als auch auf die Verhältnisse (z. B. Arbeitsbedingungen, -klima) abzielten. Eine (nicht abschließende) Auflistung der bei unserer Prüfung festgestellten Maßnahmen und deren Häufigkeiten sind in der Anlage 5 dargestellt. Vielfach wurden die Maßnahmen nicht im Rahmen des Gesundheitsmanagements durchgeführt, sondern sie waren gesetzlich vorgeschrieben oder vom Arbeitsschutz initiiert. Das Spektrum reichte von Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung (Ergonomie), über Arbeitszeitregelungen bis hin zu Wiedereingliederungsmaßnahmen. Soweit das Gesundheitsmanagement Maßnahmen veranlasste, handelte es sich überwiegend um Angebote, die auf das Verhalten der Beschäftigten abzielten und/oder die allgemein im „Trend“ lagen (z. B. Gesundheitstag, mobile Massage, Rückenschule). Den Bedarf für solche Maßnahmen wies kaum eine der geprüften Stellen nach. Eine Einrichtung hatte einen umfangreichen Maßnahmenkatalog herausgegeben, der im Wesentlichen solche Angebote auflistete. Hieraus konnten sich die Verantwortlichen für das Gesundheitsmanagement i. d. R. ohne gesonderten Bedarfsnachweis „bedienen“. Bei sämtlichen geprüften Stellen konnten zumeist alle Beschäftigten an derartigen Angeboten teilnehmen. Kaum eine der geprüften Stellen legte konkrete Ziele und Kennzah-

¹⁵ Daten zur Gesundheit und Motivation der Beschäftigten können in einer übergeordneten oder mit einer separaten Mitarbeiterbefragung erhoben werden. Das BMI plant die Erarbeitung einer Muster-Mitarbeiterbefragung durch die Unfallkasse des Bundes (vgl. Regierungsprogramm, Umsetzungsplan 2008, II. Nr. 1.5, S. 29 ff.).

len/Indikatoren zur Kontrolle der Zielerreichung fest. Lediglich eine Stelle hatte die Durchführung von Einzelmaßnahmen und Projekten an die Einhaltung eines Regelkreises bestehend aus Bestandsaufnahme, Planung, Umsetzung und Erfolgskontrolle geknüpft und dies in einem Praxisleitfaden geregelt.

Die Rahmenbedingungen insbesondere für verhaltensorientierte Angebote waren zum Teil sehr unterschiedlich. So rechneten einzelne Stellen die Teilnahme an Maßnahmen, wie z. B. mobiler Massage, auf die Arbeitszeit an. Andere Einrichtungen boten solche Maßnahmen grundsätzlich außerhalb der Kernzeit an bzw. die Beschäftigten mussten hierfür ausstempeln. In einem Fall beteiligte sich die geprüfte Stelle sogar anteilig an den Kosten solcher Maßnahmen.

- 5.2.2 Der Bedarf für gesundheitsfördernde Maßnahmen ist grundsätzlich sachgerecht nachzuweisen. Aufgabe des Gesundheitsmanagements ist es nicht, alles anzubieten, was „der Markt hergibt“, sondern Angebote zu unterbreiten, die die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten gezielt steigern können. Die Planung von Maßnahmen muss daher an den Analyseerkenntnissen ansetzen. An der zielgerichteten Planung und Durchführung bestehen Zweifel, wenn sich Maßnahmen grundsätzlich an alle Beschäftigten richten. Dies war häufig bei verhaltensorientierten Angeboten anzutreffen (z. B. Rückenschule, mobile Massage). Der Schwerpunkt des Gesundheitsmanagements sollte auf verhältnisorientierten Angeboten liegen, da diese stärker in Richtung der Personal- und Organisationsentwicklung wirken. Dies kann allein von zentraler Stelle aber nicht geleistet werden, sondern erfordert eine Einbindung der Führungskräfte in den Gesamtprozess.

Die Rahmenbedingungen für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen sind einheitlich und eindeutig zu regeln. Dies schafft die notwendige Transparenz und Klarheit. Weiterhin ist zu prüfen, ob die Teilnahme an Maßnahmen, die vorwiegend der Verhaltensprävention dienen, als Arbeitszeit angerechnet und finanziell durch den Arbeitgeber gefördert werden können. Gesundheitsmanagement soll durch entsprechende Angebote (z. B. Informationen, Sachmittel) die Beschäftigten für einen verantwortungsvolleren Umgang mit der eigenen Gesundheit sensibilisieren. Es entbindet sie aber nicht von der Eigenverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten. Insofern ist eine Eigenbeteiligung durchaus gerechtfertigt (z. B. Durchführen von Maßnahmen in der Freizeit, finanzielle Beteiligung).

5.2.3 *Wir empfehlen, den Schwerpunkt auf verhältnisorientierte Maßnahmen zu legen. Diese Zielrichtung sollte bereits im Konzept verdeutlicht werden. Soweit verhaltensorientierte Maßnahmen angeboten werden, ist der Bedarf hierfür sachgerecht nachzuweisen sowie konkrete Ziele festzulegen. Ferner sind die Rahmenbedingungen für derartige Maßnahmen eindeutig zu regeln. Das Gesundheitsmanagement sollte zudem deutlich machen, dass die Beschäftigten zuvorderst für die Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit selbst verantwortlich sind.*

5.3 Evaluation des Gesundheitsmanagements

5.3.1 Die Evaluation des Gesundheitsmanagements spielte bisher eine untergeordnete Rolle. Lediglich 16 % der befragten Stellen gaben an, ihre Maßnahmen zu evaluieren, weitere 27 % planten dies. Die große Mehrheit sah diesbezüglich keine Notwendigkeit:

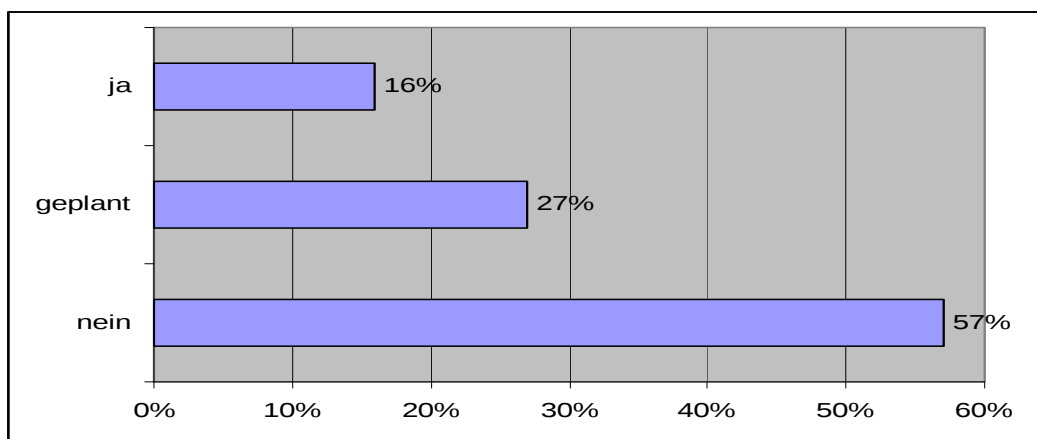


Abb. 4: Evaluation des Gesundheitsmanagements

Die örtlichen Erhebungen zeigten, dass selbst Stellen, die die Frage bejaht hatten, wenig vorzuweisen hatten und zumeist erst dabei waren, eine systematische Evaluation aufzubauen. Die Mehrzahl der geprüften Stellen hatte in ihren Konzepten zwar auf die Notwendigkeit und Bedeutung von Erfolgskontrollen hingewiesen, überwiegend aber nicht oder nicht eindeutig geregelt, was, wie und wann zu evaluieren ist. Lediglich eine geprüfte Stelle hatte konkrete Schritte für eine systematische Bewertung eingeleitet. Der von ihr entwickelte Praxisleitfaden sah die Erfolgsbewertung als festen Bestandteil bei der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen vor. Dies schloss sowohl die Ergebnis- als auch die Prozessevaluation ein.

Die geprüften Stellen bewerteten ihr Gesundheitsmanagement durchweg positiv. Detaillierte Kennzahlenvergleiche, Vergleichsbetrachtungen vor und nach dem Prozess bzw. Kosten-Nutzen-/Kosten-Wirksamkeits-Analysen, die grundsätzlich geeignet sind, den Erfolg des Gesundheitsmanagements zu belegen, hatte aber keine der geprüften Stellen, oder wenn dann nur ansatzweise, durchgeführt. Auch die vorgefundenen Gesundheitsberichte enthielten dazu keine nachhaltigen Informationen. Die geprüften Stellen hatten vielfach auch keine konkreten, d. h. messbaren Ziele für ihr Gesundheitsmanagement sowie die einzelnen Maßnahmen festgelegt.

- 5.3.2 Für den Arbeitgeber ist der Aufbau eines Gesundheitsmanagements mit finanziellem Aufwand verbunden. Auf der anderen Seite verspricht er sich davon, dass die Maßnahmen zu einer Verbesserung der Gesundheit und Motivation der Beschäftigten führen und somit einen Nutzen für ihn haben. Ein Arbeitgeber darf in das Gesundheitsmanagement nur so viel investieren, wie es das Kosten-Nutzen-Verhältnis erlaubt. Hierzu bedarf es einer systematischen Evaluation des Gesundheitsmanagements, d. h. in der Planungsphase sind konkrete Ziele zu vereinbaren und Kennzahlen/Indikatoren festzulegen, mit denen die Zielerreichung kontrolliert werden kann.¹⁶ Die Evaluation des Gesundheitsmanagements muss neben der Wirkungskontrolle regelmäßig auch die Prozesse und Strukturen mit einbeziehen. Die Evaluation liefert nicht nur eine Rückschaubetrachtung, sondern ist auch Entscheidungsgrundlage für die weitere Gesundheitsförderung. Insofern ist sie zugleich Ende und Anfang eines jeden Prozesses im Gesundheitsmanagement.¹⁷

Gemessen an der Bedeutung der Erfolgskontrolle evaluierten die Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltungen ihr Gesundheitsmanagement unzureichend. Sie waren (noch) nicht in der Lage, den Nutzen ihrer Gesundheitsförderung sachgerecht nachzuweisen. Wir verkennen nicht, dass es aufgrund der komplexen Zusammenhänge zum Teil schwierig ist, die Zielerreichung genau nachzuweisen. Dies rechtfertigt aber nicht, auf eine Überprüfung der Wirkungen des Gesundheitsmanagements gänzlich zu verzichten.

¹⁶ Beispiele für Ergebnis- und Wirkungsziele und mögliche Kennzahlen/Indikatoren enthält u. a. der KGSt-Bericht 1/2005.

¹⁷ Vgl. Weinreich/Weigl, S. 49 und 135 ff.

5.3.3 *Wir empfehlen, im Konzept nicht nur auf die Notwendigkeit einer Evaluation hinzuweisen, sondern diese verbindlich festzuschreiben. Nach Möglichkeit sollte der Evaluierungsprozess im Konzept oder z. B. in einem Praxisleitfaden eindeutig beschrieben sein. Die Evaluation des Gesundheitsmanagements sollte nicht nur als punktuelle Maßnahme, sondern vielmehr im Sinne eines begleitenden Controllings einschließlich Berichtswesen angelegt sein. Ferner ist es ratsam, bereits im Konzept einen Katalog möglicher Ziele und der dazugehörigen Kennzahlen/Indikatoren auszuweisen und diesen bei Bedarf fortzuschreiben. Dies erleichtert den späteren Evaluationsprozess.*

6 BMI-Projekt und Netzwerke

6.1 Nur rund $\frac{1}{4}$ der von uns befragten Einrichtungen hatte Kenntnis vom Projekt zur Implementierung der Gesundheitsförderung im Rahmen des Regierungsprogramms „Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovation“. Deutlich bekannter waren Netzwerke zum Thema Gesundheitsmanagement/-förderung wie etwa das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung oder die vom damaligen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) seit dem Jahre 2002 geförderte „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA).¹⁸

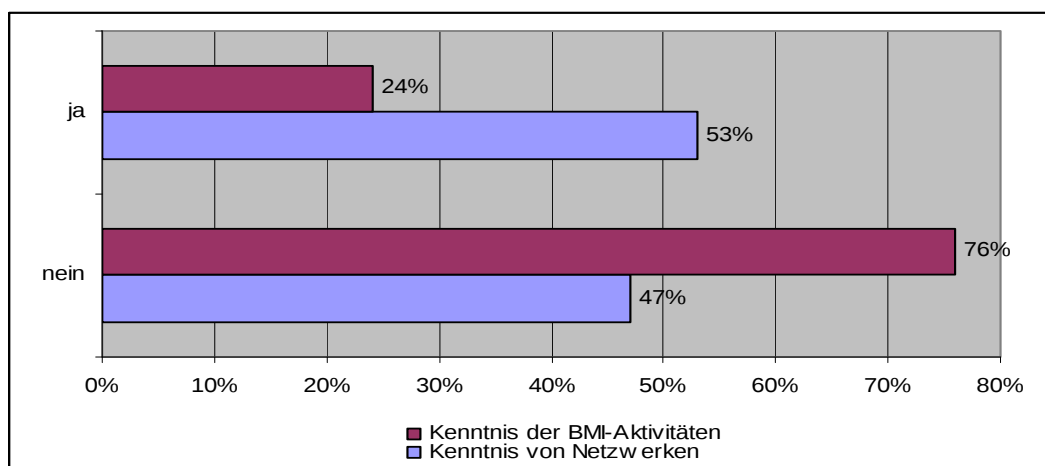


Abb. 5: Kenntnis von BMI-Aktivitäten und Netzwerken

¹⁸ INQA ist ein Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Sozialpartnern, Stiftungen und engagierten Unternehmen. Ziel von INQA ist es, durch einen praxisgerechten Wissens- und Know-how-Transfer auf eine menschengerechte und wettbewerbsfähige Arbeitswelt hinzuwirken. Mit der Durchführung von INQA beauftragte das BMWA die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Die Initiative wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales fortgeführt.

14 % der befragten Stellen beteiligten sich nach eigenen Angaben aktiv an Netzwerken, weitere 11 % planten dies. Die große Mehrheit (75 %) hatte keine dahingehenden Absichten.

- 6.2 Wissens- und Know-how-Transfer zwischen den Bundesverwaltungen und/oder der Wirtschaft sind geeignet, die Implementierung des Gesundheitsmanagements voranzutreiben. Einrichtungen, die ein Gesundheitsmanagement aufbauen wollen, können über Netzwerke von den Erfahrungen anderer profitieren. Gerade weil viele Einrichtungen noch nicht über hinreichend geschultes Personal verfügen, ist es hilfreich, sich über Grundlagen, Strukturen, Prozesse und Maßnahmen des Gesundheitsmanagements auszutauschen. Dies kann dazu beitragen, den Implementierungsprozess effizienter zu gestalten und Fehler zu vermeiden.

Ein breiterer Kenntnisstand über das vom BMI zu verantwortende Projekt zur Implementierung einer systematischen Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Bundesverwaltung kann auch für die Entwicklung in der mittelbaren Bundesverwaltung förderlich sein. Unsere Prüfung hat gezeigt, dass Ziele und Inhalte des Projektes für beide Bereiche in gleicher Weise zutreffen können. Daher ist es wünschenswert, wenn die Projektergebnisse auch in der mittelbaren Bundesverwaltung verbreitet werden. Die mittelbare Bundesverwaltung könnte so am Wissens- und Know-how-Transfer partizipieren. Dass diesbezüglich ein Bedarf besteht, zeigt der deutlich größere Bekanntheitsgrad bereits bestehender Netzwerke. Gegebenenfalls ließe sich hierdurch auch die Bereitschaft zur Mitarbeit in Netzwerken steigern.

- 6.3 *Wir empfehlen, die Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung in geeigneter Weise an dem Projekt zur Implementierung einer systematischen Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Bundesverwaltung teilhaben zu lassen.*

7 Schlussbetrachtung

7.1 Zusammenfassende Empfehlungen

Obwohl nahezu alle Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung gesundheitsfördernde Maßnahmen anbieten, befindet sich das Gesundheitsmanagement zumeist noch im Aufbau. Damit der Aufbau und die Verstetigung des Gesundheitsmanagements erfolgreich verlaufen können, sollten folgende Faktoren beachtet werden:

- Gesundheitsmanagement bedarf einer konzeptionellen Grundlage. Diese ist sorgfältig vorzubereiten und sollte insbesondere klarstellen, was Anlass für das Gesundheitsmanagement ist. Das Konzept sollte auch konkrete und (möglichst) messbare Ziele beinhalten sowie Aufgaben, Strukturen, Prozesse und Zuständigkeiten definieren.
- Gesundheitsmanagement kann als Instrument der Personal- und Organisationsentwicklung nur wirken, wenn es von den Führungskräften mitgetragen und von den Beschäftigten akzeptiert wird. Transparente und auf Mitarbeiterbeteiligung ausgelegte Strukturen und Prozesse sind hierfür unerlässlich.
- Gesundheitsmanagement erfordert neben einem Steuerungsgremium (Arbeitskreis Gesundheit) den Einsatz zentraler und gegebenenfalls sogar dezentraler Fachkräfte. Diese sollten hinreichend im Gesundheitsmanagement geschult sein.
- Gesundheitsmanagement darf sich nicht in Einzelaktionen verlieren. Es bedarf vielmehr eines strukturierten Prozesses von der Analyse, über die Planung und Durchführung bis hin zur Evaluation. Zur Analyse sollten sowohl quantitative (z. B. Fehlzeiteauswertung) als auch qualitative Instrumente (z. B. Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel) eingesetzt werden. Planung und Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen müssen zielgerichtet sein. Die Evaluation sollte sich nicht nur auf einzelne Maßnahmen beschränken, sondern regelmäßig auch die Strukturen und Prozesse mit einbeziehen.
- Gesundheitsmanagement entbindet die Beschäftigten nicht von der Eigenverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten.
- Gesundheitsmanagement muss sich „rechnen“. Nur wenn die Effektivität und Effizienz des Gesundheitsmanagements gewährleistet ist, wird es sich langfristig behaupten können. Dieser Nachweis lässt sich nur mithilfe von konkreten Zielen und Kennzahlen/Indikatoren zur Kontrolle der Zielerreichung führen.

7.2 **Stellungnahme des Bundesministeriums des Innern**

Das BMI hat den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes zugestimmt. Zusätzlich empfiehlt es Einrichtungen, die bereits gesundheitsförderliche Maßnahmen anbieten, diese systematisch zusammenzuführen und in ein Gesamtkonzept – entsprechend unseren Empfehlungen – einzubinden. Ergänzend hat das BMI auf

- seine Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Regierungsprogramm „Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovation“ (z. B. jährlicher Krankenstand- und Gesundheitsbericht),
- die Fortbildungsangebote der Bundesakademie für öffentliche Verwaltung und der Unfallkasse des Bundes,
- die Entwicklung von Evaluationskriterien (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) und einer Muster-Mitarbeiterbefragung durch die Unfallkasse des Bundes und
- die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemäß §§ 20 Abs. 1 Satz 3 und 20 a SGB V entwickelten Leitlinien zur betrieblichen Gesundheitsförderung

hingewiesen.

Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Bundesverwaltung Erhebung 2006¹

Teilgenommen haben 22 oberste Bundes- und 82 Geschäftsbereichsbehörden, zusammen 104. Die Darstellung entspricht dem Aufbau des Fragebogens des BMI. Die Ergebnisse sind nur dargestellt, soweit der BMI-Bericht absolute Werte enthielt oder diese aus den Prozentangaben eindeutig zu ermitteln waren.

		ja	geplant	nein
1.	Werden die Krankenstandsdaten regelmäßig behördenbezogen ausgewertet?	86	8	10
2.	Werden Maßnahmen zur Wiedereingliederung von Beschäftigten nach längerer Arbeitsunfähigkeit angeboten?	93	7	4
3.	Werden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) angeboten?			
	a) im Bereich Verhaltensprävention (Förderung individueller gesundheitsrelevanter Kompetenzen)	49	k. A.	k. A.
	b) im Bereich Verhältnisprävention (Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation)	51	k. A.	k. A.
Wer die Fragen 3a und 3b mit „nein“ beantwortete, konnte die Bearbeitung des Bogens damit abschließen.				
4.	Gibt es eine Dienstvereinbarung oder ein von der Hausleitung gebilligtes Konzept zur BGF?	25	19	23
5.	Ist die BGF Teil der Personal-/Organisationsentwicklung?	30	24	k. A.
6.	Werden geeignete Ressourcen (finanziell, personell) für BGF-Maßnahmen zur Verfügung gestellt?	45	11	11
7.	Wird BGF in Aus- und Fortbildung berücksichtigt?			
	a) der Führungskräfte	29	26	k. A.
	b) der übrigen Beschäftigten	29	22	15
8.	Gibt es ein Steuerungsgremium für die Planung, Überwachung und Auswertung der BGF-Maßnahmen?	29	20	k. A.
9.	Basieren die BGF-Maßnahmen auf einer Bedarfsermittlung?	44	13	10
10.	Gibt es über durchgeführte und geplante BGF-Maßnahmen und deren Ergebnisse			
	a) eine interne Berichterstattung?	38	k. A.	k. A.
	b) eine regelmäßige Mitarbeiterinformation?	25	27	15
11.	Prüft die Hausleitung regelmäßig und fortlaufend den Fortschritt betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen?	k. A.	k. A.	k. A.
12.	Gibt es Erfahrungen über den Nutzen / die Erfolge durchgeführter gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Projekte?	k. A.	k. A.	k. A.

¹ Vgl. Krankenstand und Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Bundesverwaltung, Erhebung 2006, Kapitel 5 (www.bmi.bund.de).

Angaben zur Organisation

Name der Organisation/Abkürzung:

Rechtsaufsicht führendes Ministerium:

Anzahl Beschäftigte:

Anlage 2

Name der Organisation/Abkürzung:

	ja	nein	geplant
1 Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)			
1.1 Existiert ein Konzept, eine Leitlinie, eine Dienstvereinbarung oder Ähnliches zur BGF?			
1.2 Stehen geeignete finanzielle, materielle und personelle Ressourcen zur Verfügung?			
1.3 Gibt es ein Gremium, das die Maßnahmen der BGF plant, steuert und auswertet? Wenn ja, wie wird dieses bezeichnet: und wer ist darin vertreten? ☐ Behörde/Leitung ☐ Personalrat ☐ Sicherheitsfachkraft ☐ Personalabtl./-referat ☐ Amts-/Betriebsarzt ☐ externer Moderator ☐ Sonstige:			
1.4 Wird die BGF (regelmäßig) bei der Personal- und Organisationsentwicklung berücksichtigt?			
2 Analyse und Umsetzung			
2.1 Wird die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten (regelmäßig) analysiert? Wenn ja, welche Informationsquellen werden genutzt? ☐ Krankenstandsdaten ☐ Fluktuation ☐ Früh pensionierungen ☐ Gesundheitsberichte ☐ Arbeitsmed. Daten ☐ Expertenbefragung ☐ Mitarbeiterbefragung ☐ Gesundheitszirkel ☐ Sonstige:			
2.2 Gibt es eine Strategieentscheidung zur BGF (z. B. alle oder ausgewählte Beschäftigte, kleines oder umfassendes Programm)? Wenn ja, welche?			
2.3 Sind Ziele definiert, die durch BGF erreicht werden sollen? Wenn ja, welche?			
2.4 Gibt es bereits BGF-Maßnahmen? Wenn ja, welche? ☐ Arbeitsplatzgestaltung/Ergonomie ☐ Schutz vor Gefahrenstoffen/Lärm ☐ Gestaltung von EDV-Programmen ☐ Änderung des Führungsstils/-verhaltens ☐ Mitarbeiter-Beteiligungssysteme ☐ Wiedereingliederungsmanagement ☐ Gesundheitstage, Aktionswochen ☐ Gesundheitsvorsorge, Checkups ☐ Psychosoziale Beratung ☐ Stress-Management-Kurse ☐ Rückenschule/-kurse ☐ Wasserspender ☐ Bildschirmarbeitsprogramme ☐ Arbeitsorganisation/-abläufe ☐ Arbeitszeiteinrichtungen ☐ Fort- und Weiterbildung ☐ Ratgeber, Broschüren ☐ Suchtprävention/-hilfe ☐ Bewegungspausen ☐ Nichtraucherschutz ☐ Kantinenangebot, -aktionen ☐ Expertenbesuche/-vorträge ☐ Mobiler Massagedienst ☐ Betriebsarzt-Gruppen ☐ Unfall-Propylaxe ☐ Sonstige:			

	ja	nein	geplant
2.5 Sind konkrete Verantwortlichkeiten zur Umsetzung von Maßnahmen festgelegt?			
2.6 Sind Gesundheitsschutzexperten mit in die Planung, Umsetzung und Steuerung von BGF-Maßnahmen eingebunden?			
2.7 Engagieren sich die Führungskräfte aktiv in der BGF?			
2.8 Wird BGF in Aus- und Fortbildung (speziell der Führungskräfte) berücksichtigt?			
2.9 Haben die Beschäftigten die Möglichkeit, sich aktiv in die BGF-Prozesse einzubringen (z. B. Gesundheitszirkel)?			
2.10 Sind externe Berater mit Aufgaben in der BGF betraut? Wenn ja, mit welchen Aufgaben?			
Wie hoch waren die Ausgaben hierfür in den Jahren 2005 und 2006? Jahr 2005: EUR Jahr 2006: EUR			
3 Evaluation			
3.1 Wird eine Evaluation der BGF durchgeführt? Wenn ja, was wird evaluiert? ☐ Programmkonzeption? ☐ Programmdurchführung (Prozess)? ☐ Programmwirkungen: ☐ Effekte (Wirkungen)? ☐ Kosten-Effizienz (Nützlichkeit, Ökonomie)?			
3.2 Gibt es eine regelmäßige interne Berichterstattung über die BGF?			
4 Sonstiges: Aktivitäten des BMI, Netzwerke			
4.1 Kennen Sie Aktivitäten des Bundesministeriums des Innern/anderer Ressorts im Bereich BGF?			
4.2 Sind Ihnen Netzwerke zur BGF bekannt? ☐ Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) ☐ Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) ☐ Sonstige:			
4.3 Arbeiten Sie in BGF-Netzwerken oder -Projekten mit? Wenn ja, in welchen?			

Ansprechpartner/-in:

Telefon:

Email:

Einrichtungen, die an der Abfrage teilgenommen haben:

1.	Deutsche Nationalbibliothek	29.	Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
2.	Deutsche Welle	30.	Deutsche Rentenversicherung Saarland
3.	Stiftung Weimarer Klassik u. Kunstsamm- lungen	31.	Deutsche Rentenversicherung Schwaben
4.	Deutscher Akademischer Austauschdienst	32.	Deutsche Rentenversicherung Unterfranken
5.	Goethe-Institut e. V.	33.	Deutsche Rentenversicherung Westfalen
6.	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsauf- sicht	34.	Unfallkasse des Bundes
7.	Bundesanstalt für Immobilienaufgaben	35.	Versorgungsanstalt der Deutschen Bühnen
8.	Bundesanstalt für Post und Telekommuni- kation Deutsche Bundespost	36.	Eisenbahn-Unfallkasse
9.	Deutsche Bundesbank	37.	Universität der Bundeswehr Hamburg
10.	KfW Bankengruppe	38.	Universität der Bundeswehr München
11.	Unfallkasse Post und Telekom	39.	Deutsche Gesellschaft für Technische Zu- sammenarbeit (GTZ) GmbH
12.	Deutsches Zentrum für Luft- u. Raumfahrt e. V.	40.	Deutscher Entwicklungsdienst GmbH
13.	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung	41.	Bundesinstitut für Berufsbildung
14.	Bundesinstitut für Risikobewertung	42.	Alfred-Wegener-Institut für Polar- und Meeresforschung
15.	Bundesagentur für Arbeit	43.	Stiftung Geoforschungszentrum Potsdam
16.	Deutsche Rentenversicherung Baden- Württemberg	44.	Deutsches Elektronen-Synchrotron
17.	Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd - Landshut ¹	45.	Deutsches Krebsforschungszentrum
18.	Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd - München	46.	Forschungszentrum Jülich GmbH
19.	Deutsche Rentenversicherung Berlin- Brandenburg	47.	Forschungszentrum Karlsruhe GmbH
20.	Deutsche Rentenversicherung Braun- schweig-Hannover	48.	Helmholtz-Zentrum für Infektionsfor- schung
21.	Deutsche Rentenversicherung Bund	49.	GKSS-Forschungszentrum Geesthacht GmbH
22.	Deutsche Rentenversicherung Hessen	50.	GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH
23.	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft- Bahn-See	51.	Gesellschaft für Schwerionen- forschung mbH
24.	Deutsche Rentenversicherung Mittel- deutschland	52.	Hahn-Meitner-Institut Berlin GmbH
25.	Deutsche Rentenversicherung Nord	53.	Max-Planck-Institut für Plasmaphysik
26.	Deutsche Rentenversicherung Ober- und Mittelfranken	54.	Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, Berlin-Buch
27.	Deutsche Rentenversicherung Oldenburg- Bremen	55.	UFZ-Umweltforschungszentrum Leipzig- Halle GmbH
28.	Deutsche Rentenversicherung Rheinland		

¹ Die Deutsche Rentenversicherung Süd hat für die Standorte Landshut und München jeweils einen eigenen Fragebogen ausgefüllt.

Vor- und Nachteile der Analyseinstrumente Fehlzeitendaten, Gesundheitsbericht, Mitarbeiterbefragung und Gesundheitszirkel¹

Analyseinstrument	Vorteile	Nachteile
Fehlzeitendaten	• aktuell • kurzfristig verfügbar • kostengünstig zu beschaffen	• ausschließlich beschreibend • geringe Aussagequalität (Arbeitsunfähigkeit [AU] kann betriebsunabhängige Ursachen haben) • Überbetonung kann negative Auswirkungen auf das BGM haben
Gesundheitsbericht	<u>von Krankenkassen:</u> • geringe Kosten, i. d. R. kostenloses Angebot der Krankenkassen • Vergleichsmöglichkeit mit anderen Beschäftigungsbereichen • höhere Datenqualität durch Verknüpfung von AU-Daten mit Diagnosen <u>eigener Gesundheitsbericht:</u> • Möglichkeit der Bilanzierung • zugleich Umsetzungs- und Controllinginstrument • dient auch der Öffentlichkeitsarbeit	<u>von Krankenkassen:</u> • Diagnosen nicht immer valide und zuverlässig • Voraussetzung: homogenes Versichertenfeld • Daten verschiedener Krankenkassen lassen sich nur schwer zusammenführen <u>eigener Gesundheitsbericht:</u> • zum Teil sehr aufwendig • kann nur allgemeine Erkenntnisse zu AU-Diagnosen aufgreifen (vielfach aber ausreichend)
Mitarbeiterbefragung	• multifunktional • hohes Datenniveau, große Datenmenge generierbar • Möglichkeit von Zusammenhangsanalysen • aktive Mitarbeiterbeteiligung	• hoher organisatorischer Aufwand • hoher finanzieller Aufwand • Informationsbedarf seitens des Managements
Gesundheitszirkel	• direkte Partizipation der Beschäftigten • Erschließung qualitativer Informationen • Möglichkeit von Zusammenhangsanalysen • zugleich Maßnahmencharakter • Ableitung konkreter Verbesserungsvorschläge	• hoher organisatorischer Aufwand • hoher finanzieller Aufwand • geschulte Moderatoren werden benötigt • es können Konflikte innerhalb der Belegschaft entstehen

¹ Vgl. Weinreich/Weigl, a. a. O.

Übersicht und Häufigkeitsverteilung der angebotenen Maßnahmen

