



Hochschule für
Wirtschaft und Recht Berlin
Berlin School of Economics and Law

Tagungsband 26. Glienicker Gespräch

Gesundheitsmanagement in der Öffentlichen Verwaltung

– Berührungspunkte zu unseren Lehrgebieten,
Wünschenswertes für die Praxis und unsere Hochschulen –

Inhaltsverzeichnis

Einführung in die Tagung	5
Dagmar Lück-Schneider	
Betriebliches Gesundheitsmanagement aus der behördlichen Innenansicht des Bundesministeriums für Gesundheit	23
Ingo Behnel	
Strategische Ausrichtung des Gesundheitsmanagements in Berlin	31
Marion-Marianne Siebert	
Einführung eines Gesundheitsmanagements an der Hochschule des Bundes – Erste Schritte und Erfahrungen	37
Elke Driller	
Verortung von Lehrinhalten zum Gesundheitsmanagement in den Curricula der Studiengänge der Fachhochschulen für die öffentliche Verwaltung – Möglichkeiten und Anregung.....	47
Lothar J. Hellfritsch	
Weight Diversity als Herausforderung für die Personalentwicklung und die Antidiskriminierungspolitik	59
Peter Guggemos	
Juristische Anmerkungen zum Thema „Weight Diversity“	81
Hans-Joachim Bauschke	
Thesen des 26. Glienicker Gesprächs 2015	91

Einführung in die Tagung

Dagmar Lück-Schneider

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrter Herr Behnel, verehrte Anwesende,

gern schließe ich mich den begrüßenden Worten unseres Präsidenten an. Für meinen Vortrag habe ich mir vorgenommen, Sie auf die Tagung einzustimmen. Das wird in zwei Teilen erfolgen.

Zum einen werde ich uns mit einem kleinen Überblick auf das Thema einstimmen – dies mit dem Blick einer Verwaltungsinformatikerin, nicht als jemand, der sich wissenschaftlich oder durch die tägliche Arbeit bereits intensiv mit der Thematik befasst hat. Doch hierin mag auch ein Vorteil liegen, denn dies wird vermutlich nicht nur für mich hier im Raume gelten. Für weitere Blickwinkel mit fachlich vertieftem Hintergrund bleibt im Verlauf der Veranstaltung auf jeden Fall noch genügend Raum.

Zum anderen werde ich Ihnen einen Ausblick auf die morgigen Inhalte und Mitwirkenden geben.

1 Einstieg in das Thema

Als erstes werde ich Gesundheitsmanagement zunächst begrifflich und historisch sowie gesellschaftlich einordnen. Hierauf aufbauend möchte ich das Thema in diverse Themenfelder einbetten, zu denen Bezüge bestehen. Dabei werde ich schließlich insbesondere auch Berührungspunkte für unsere Hochschulen herausarbeiten.

Das Glienicker Gespräch wird vor allem von Personen besucht, die an Fachhochschulen für den öffentlichen Dienst oder in entsprechenden Studiengängen allgemeiner Fachhochschulen lehren bzw. Führungspositionen übernehmen. Auch aus der Praxis und von zuständigen Ministerien sowie Verbänden sind häufig Gäste zugegen. Im letzten Jahr wurde aus diesem Teilnehmerkreis heraus das Thema gewählt. Es liegt nahe, dass hier persönliche Betroffenheit eine Rolle gespielt hat. Aber worin besteht diese? Zum einen kann man sich selbst als Person betroffen fühlen: Dies führt zum Thema ***Gesundheitsmanagement an unseren Hochschulen***. Zum anderen kann die Lehre betroffen sein. Ich möchte mit Ihnen daher auch einen Blick auf ***Gesundheitsmanagement in der öffentlichen Verwaltung*** werfen. Allerdings gehe ich auf Managementaspekte wie strategische Überlegungen oder operatives Geschäft kaum ein, da uns diese insbesondere in den morgigen Vorträgen noch ausführlich vorgestellt werden.

Starten wir also zunächst mit einer Begriffsklärung.

1.1. Begriffliches Verständnis

Bezogen auf das Unternehmen VW beschreibt Uwe Brandenburg Gesundheitsmanagement wie folgt. Es umfasst

„die Gesamtheit der systematisch aufeinander bezogenen Maßnahmen,

- die dem Erhalt der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit (KÖNNEN) und der Leistungsbereitschaft (WOLLEN) des Mitarbeiter dienen,
- und die dazu notwendigen Voraussetzungen gewährleisten (DÜRFEN).

Dieses Verständnis schließt die Situation (Verhältnisse), die Person und das Verhalten ein – innerhalb des Unternehmens und im Unternehmensumfeld. In den Prozess werden der einzelne Mitarbeiter und dessen konkrete Arbeitssituation ebenso einbezogen wie das gesamte Unternehmen, die Produkte und das Unternehmensumfeld“ (Brandenburg, 2004, S. 305, Hervorhebungen durch Großbuchstaben im Original).

Diese begriffliche Bestimmung dürfte auch dann gültig bleiben, wenn man Unternehmen durch öffentliche Verwaltung und Unternehmensumfeld durch Umfeld der öffentlichen Verwaltung austauscht. Dabei umfasst die Definition selbstverständlich auch die Mitarbeiterinnen – in der öffentlichen Verwaltung ist sprachliche Gleichberechtigung ja schon ein wenig weiter als in vielen anderen Feldern unserer Gesellschaft.

Von humanistischen Vorstellungen (werden im folgenden Abschnitt noch aufgegriffen) abgesehene Gründe, die Arbeitgeber dazu bewegen, Gesundheitsmanagement einzuführen, sind z. B.

- möglichst wenige Unfälle zu haben,
- über einen möglichst geringen Krankenstand
- und hoch motivierte Arbeitskräfte zu verfügen
- oder für Arbeitskräfte möglichst attraktiv zu sein.

Letzterem wird insbesondere bei knapp vorhandenem Arbeitskräfteangebot Wert beigemessen. Die ersten Punkte bergen vor allem unmittelbare finanzielle Vorteile (direkt und indirekt durch zusätzliche personelle Aufwände). So werden Haftungsforderungen vermieden, ebenso zusätzliche Aufwände durch notwendigen Personalersatz oder Materialschäden. Hohe Motivation erhöht die Arbeitsleistung und verhindert Sabotageakte (Dienst nach Vorschrift, krank feiern, Datenklau, Sabotageakte u. v. m.).

1.2 Historische und gesellschaftliche Einordnung

Weniger flexibel ist diese Definition hinsichtlich ihrer zeitlichen und räumlichen Zuordnung. Gesundheitsmanagement ist eine Errungenschaft jüngerer Zeit und hochentwickelter Gesell-

schaften. Ein an humanistischen Auffassungen¹ orientiertes westliches Weltbild ist Grundlage. Doch auch wenn dieses Menschenbild bis in die Antike zurückreicht, so galt es dort keineswegs für jedermann, schon gar nicht für jede Frau. So gab es beispielsweise zeitgleich durch Kriege oder Schulden entstandene Sklaven, die auf Sklavenmärkten zum Verkauf standen.

In Sklavengesellschaften ist der Mensch regelrechtes Handelsgut. Hierbei handelt es sich um „Gesellschaften, in denen Sklaverei im Mittelpunkt der oft großbetrieblich organisierten Produktion steht. Sklavengesellschaften entstanden etwa in der atlantischen Welt der Frühen Neuzeit: in Brasilien, auf den Inseln der Karibik, im südlichen Teil Nordamerikas“ (Eckert, 2006, Glossareintrag). Auch heute werden in aller Welt Formen moderner Sklaverei, so z. B. Kinderarbeit, Prostitution vermeldet (vgl. 3Sat, 2011). Standards, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, sind keineswegs überall so hoch wie in Deutschland. Arbeit unter gesundheitlich bedenklichen Bedingungen ist in etlichen Ländern nicht ungewöhnlich und für viele Menschen notwendiges Übel zum Überleben. Und so lange Produktionsverfahren intransparent sind oder das Wissen um Produktionsverfahren für Kaufentscheidungen nur eine untergeordnete Rolle spielt, wird sich dies vermutlich auch nicht so schnell ändern. Nöte und Zwänge veranlassen Menschen, sich auf entsprechende Arbeitsverhältnisse einzulassen.

Hierzulande sorgt allerdings ein zunehmend vorhandenes Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein dafür, dass für die eigene Arbeits- und Lebensumgebung Ansprüche erhoben werden². In Berufssegmenten, die hoch nachgefragt sind, können daher Arbeits- und Lebensbedingungen ein neben dem Gehalt nicht unwichtiges Kriterium für eine Arbeitsplatzentscheidung darstellen. Weltweit führen ungleiche Lebensbedingungen umgekehrt allerdings durchaus auch dazu, dass gesundheitlich problematische Produktionsprozesse an Standorten mit weniger Auflagen für das Unternehmensmanagement lukrativer sind. Eine weltweite Angleichung der Lebensbedingungen würde dem entgegen wirken. Problematische Beschäftigungsformen findet man im Übrigen auch in Deutschland. So kommen auch hier Formen der Zwangsarbeit vor (vgl. 3Sat, 2011). Auch illegal in Deutschland lebende Menschen haben praktisch keine Möglichkeit, Rechte geltend zu machen.

Schon diese wenigen Überlegungen zeigen, dass das Thema starke Bezüge zu den in Ländern gültigen Gesetzen und Rechtssystemen, die die Durchsetzbarkeit des herrschenden Rechts beeinflussen, besitzt. Darüber hinaus gilt, dass die Gesundheit einzelner durch die Gesellschaft, in der das Individuum lebt, durch das Individuum selbst und auch durch Arbeitgeber gefördert werden kann. Arbeitgeber wiederum haben die gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststandards des Staates einzuhalten und können darüber hinaus freiwillige Leistungen offerieren.

Vom Mittelalter bis zur Industrialisierung findet man in den Handwerkszünften erste organisierte Unterstützung der Zunft-Mitglieder. Die Zünfte federten individuelle Notfälle ab.

¹ Vgl. hierzu Herkner (1986, S. 419): „Unter Humanismus versteht man im weitesten Sinne eine geistige Haltung, die die Würde des Menschen und die Bedeutung der Einzelpersönlichkeit hervorhebt, und die Ermöglichung der Entfaltung der Fähigkeiten jedes Menschen fordert. Im engeren Sinn versteht man darunter eine Geisteshaltung, die in der italienischen Renaissance entstand, und von dort auf (fast) alle europäischen Länder ausstrahlte“.

² Ablesbar auch am veränderten Parteienspektrum und veränderten Parteipositionen zu diesem Themenfeld. Dabei sind durchaus widersprüchliche Verhaltensweisen möglich, etwa der Genuss von Drogen, der Betrieb von Kaminen, Dauerbeschallung durch Musik etc.

Mit der zu Beginn der Industrialisierung aufkommenden Gewerbefreiheit (1810) verloren die Zünfte allerdings an Bedeutung.

Auf die Arbeitsbedingungen nahmen Gesetze zum Arbeitsschutz Einfluss (TÜV Rheinland, 2014). Zur Erhaltung der Wehrtauglichkeit wurde Kinderarbeit 1839 erstmals strenger reglementiert (vgl. Singer, S. 38). Mit der wachsenden Industrialisierung, ablesbar auch an den zunehmend in Deutschland vorzufindenden Dampfmaschinen und automatischen Webstühlen, passierten immer öfter auch Arbeitsunfälle. Ab 1853 gab es Fabrikinspektoren (Wienhold, 2011, S.25), die für die Überprüfung von Arbeitsbedingungen zuständig waren. Eine Rolle spielte und spielen bis heute Gefährdungen durch schwierige Arbeitszeiten und den Arbeitszeitumfang. Ebenso gehen Gefahren von technischen Geräten, gefährlichen chemischen und biologischen Substanzen sowie von Lärm und Erschütterungen aus. Weitere Gefahren durch Elektrizität und Strahlungen sind hinzugekommen. 2013 wurde erstmals die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in das Arbeitsschutzgesetz aufgenommen.

Eine historisch bedeutsam eingestufte Entwicklung gab es 1883. Bismarck reagierte mit dem Aufgreifen einiger Forderungen der Arbeiterschaft gegen die harten Arbeitsbedingungen aus rein politischem Machtkalkül, um die bestehende Monarchie zu bewahren und den Machteinfluss der Sozialisten zu reduzieren. Die heutigen gesetzlichen **Krankenkassen** gehen auf seine Sozialgesetzgebung von 1883 zurück, durch die eine Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeitskräfte eingeführt wurde. „Das Gesetz begründete einen Rechtsanspruch des Versicherten auf Sachleistungen wie freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel sowie Geldleistungen wie beispielsweise Krankengeld und Sterbegeld. Die Krankenkassen durften im Rahmen ihrer Satzung Mehrleistungen anbieten und den Krankenversicherungsschutz auf die Familienangehörigen ausdehnen. Auch die gesetzliche Regelung der Beiträge in Abhängigkeit vom Bruttoarbeitsentgelt stammt aus dieser Zeit“ (Deutsche Sozialversicherung (o.A.)). 1884 kam eine gesetzliche **Unfallversicherung** hinzu. Diese umfasste auch Aspekte der Unfallprävention. 1889 wurde erstmals eine gesetzliche Invaliditäts- und Altersversicherung (Vorläufer der heutigen **Rentenversicherung**) ins Leben gerufen. 1911 wurden diese Gesetze in der Reichsversicherungsordnung zusammengefasst, in der dann auch Regelungen der Angestellten enthalten waren. 1927 entstand die **Arbeitslosenversicherung**, 1995 kam als bislang letzter Zweig in der Sozialversicherung die **Pflegeversicherung**³ hinzu (vgl. ebd.).

Ergänzend muss erwähnt werden, dass während des ersten und zweiten Weltkriegs die bis dahin jeweils erzielten Errungenschaften (z. B. Kinder- und Frauenarbeitszeitbeschränkungen sowie die Gewerbeaufsicht) weitgehend gelockert wurden (vgl. TÜV Rheinland, 2014). Zudem herrschten während des Nationalsozialismus ganz eigene Vorstellungen: „Unter dem Begriff der «Rassenhygiene» wird die Gesundheitsförderung zur Strategie für die Verbesserung der Gesundheit des «Volkskörpers», wobei dieser nicht nur die Physis der Menschen, sondern auch psychische und kulturelle Aspekte beinhaltet“ (Hafen, 2001, S. 40). Die Kriegswirtschaft basierte massiv auf Zwangsarbeit. Menschen aus besetzten Gebieten wurden in ungeheurem Ausmaß (ca. 12 Mio. Menschen) systematisch hierzu in Deutschland herangezogen und auch in den besetzten Gebieten wurde Zwangsarbeit organisiert (vgl. Nützenadel, 2013). Massenhafter Tod durch Erschöpfung, mangelhafte Lebensmittelversorgung und schlechte Lebensverhältnisse wurde in Kauf genommen oder bewusst herbeigeführt.

³ Die fett und kursiv gedruckten Begriffe führen auf die 5 derzeitigen Säulen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung).

Lebensumstände haben zu allen Zeiten eine wichtige Rolle für die Gesundheit gespielt. Eine Umwelt mit sauberem Wasser, sauberer Luft und unbelasteten Lebensmitteln, Erholungs- und Bewegungsmöglichkeiten sowie ohne Lärm-, Strahlen- und sonstigen Belastungen sind weitere Facetten einer gesunden Lebensgestaltung. Wohnungen mit Bad und Toilette sowie genügend Raum pro Person gehören ebenso hierzu. Das soziale Wohlempfinden reagiert auf empfundene gesellschaftliche Zwänge, Konkurrenzkampf oder Ausgrenzung. Bildung hilft, individuelle Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen sowie gesellschaftliche Zusammenhänge zu verstehen. Dies zeigt, dass das Thema Gesundheit in viele Aufgabenfelder politischen Handelns fällt. In Verbindung mit heute verbreiteten Lebensformen, mit stärker partnerschaftlich geführten Beziehungen bzw. einer zunehmenden Zahl an Alleinerziehenden, verstärkten Mobilitäts- und Präsenzanforderungen wird deutlich, dass auch Angebote, die aus diesen neuen Anforderungen resultierende Herausforderungen abfedern können, gesundheitsfördernd sein können. Dazu zählen etwa „Home-Office“-Angebote, Unterstützungen bei der Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeitangebote, Krankentage für Kindererkrankungen etc.

Ebenso ist von Bedeutung, welches Bild von Gesundheit und Gesundheitsverantwortung in einer Gesellschaft vorherrscht. In den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg sprach man beispielsweise von Gesundheitserziehung. Man ging von einer Bevölkerung aus, die gesundheitlicher „Aufklärung und Belehrung durch Mediziner oder medizinischer Experten bedarf“ (Singer, S. 25). Der Mensch sollte durch fehlerhaftes Verhalten selbst verantwortlich für Krankheiten sein. Ab den späten 70er Jahren des 20ten Jahrhunderts gelangten die Umgebungsbedingungen stärker in den Fokus. Auch die Experten-Laien-Sichtweise wurde nicht mehr so einfach akzeptiert (ebd.).

Weitere Entwicklungen lassen sich aus den Agenden der regelmäßig stattfindenden WHO-Konferenzen⁴ zum Thema Gesundheitsförderung ableiten, die 1978 in Alma-Ata begannen. Der Konferenz von 1987 in Ottawa wird für das Gesundheitsmanagement eine besondere Rolle beigemessen. Auf dieser Konferenz wurde auch auf die von der 1948 gegründeten Organisation zur Gesundheit gegebene Definition zurückgegriffen: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (vgl. BMG, o. A.). Damit wich man von der eher medizinisch geprägten Vorstellung, Gesundheit sei Abwesenheit von Krankheit ab.

⁴ Die Weltgesundheitsorganisation (basierend auf der englischen Bezeichnung World Health Organization mit WHO abgekürzt) ist eine eigene Organisation innerhalb der 1945 gegründeten Vereinten Nationen (vgl. <http://www.who.int/about/history/en/>). Die WHO entstand am 7. April 1948 und zählt derzeit 194 Mitgliedsstaaten (vgl. <http://www.who.int/countries/en/>). Sie ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen.

2 Bezugspunkte zum Teilnehmerkreis

2.1 Gesundheitsmanagement an unseren eigenen Hochschulen

2.1.1 Lehr- und wissenschaftliches Personal

Für unsere Hochschulen zeigen die Erkenntnisse aus vergangenen Glienicker Gesprächen, dass die Lehrenden eine Arbeitsverdichtung und gestiegene Anforderungen für sich wahrnehmen. Das allein erklärt schon ein mögliches persönliches Interesse an diesem Thema. Diesen Aspekt möchte ich als erstes noch einmal aufgreifen.

An unseren Hochschulen befinden sich unterschiedliche Beschäftigtengruppen: Im Wesentlichen sind es Professorinnen und Professoren oder sonstige, fest beschäftigte Lehrende, Verwaltungskräfte und in deutlich geringerem Umfang als an Universitäten auch Wissenschaftliches Personal im Rahmen von Forschungsprojekten. In allen Segmenten sind Kräfte teils unbefristet, teils befristet beschäftigt. Darüber hinaus spielen auch noch Lehrbeauftragte, die auf Basis von Lehraufträgen die Vermittlung von Modulen übernehmen und ansonsten anderweitig angestellt oder selbstständig tätig sind, eine große Rolle.

Hochschulspezifische zunehmende Belastungen wurden in den letzten Jahren seit der Bologna-Reform immer wieder geäußert. Mit dieser Reform ist die Zahl an Prüfungen und unterschiedlicher Studiengänge rapide in die Höhe gestiegen – damit auch zusätzlicher Aufwand. Ebenso sollen Wechsel zwischen verschiedenen Studiengängen erleichtert werden. Das bedeutet mehr Bearbeitungen von Anrechnungsverfahren.

In einigen Bundesländern – so auch in Berlin – wurden Studiengänge externalisiert, d. h. an öffentlichen Fachhochschulen angesiedelt. Während vorher die Abnehmerbehörden verantwortlich waren, sind es nun die Wissenschaftsministerien. Damit verbunden war ein deutlicher Rückgang der Mittelzuweisungen (vgl. Winkel, 2012). Zugleich werden unsere Hochschulen zunehmend einem ungleichen Wettbewerb mit den Universitäten ausgesetzt - ungleich, weil ohne analoge Ausstattungen hinsichtlich Lehrdeputat und wissenschaftlichem Unterbau Angebote zur Promotion angestrebt und für das Weiterkommen der Lehrenden dieselben Maßstäbe angelegt werden wie an Universitäten: Publikationslisten und Drittmittelakquise, allerdings ebenso Lehrevaluationen. Dabei gilt für Professorinnen und Professoren von Fachhochschulen hinsichtlich Publikationen das, was mein Kollege Hans Paul Prümm in einem der vorangegangenen Glienicker Gespräche gesagt hat „Drin ist, was drauf steht“. Sie sind von diesen stets selbst erstellt. Schließlich fehlt ein Mittelbau, der bei Ausarbeitungen einbezogen werden kann. Selbst eine kontinuierliche Unterstützung durch leistungsstarke Studierende ist praktisch kaum möglich (wenige Masterstudiengänge, keine weitere Bindung der Studierenden in Forschungsprojekten). Zur Drittmittelakquise ist zu bemerken, dass diese gerade für unsere Hochschulen problematisch ist, weil für den öffentlichen Sektor nicht viele Drittmittelprojekte ausgewiesen werden. Hinzu kommt, dass für alle Beschäftigten, die im Rahmen eines Drittmittelprojektes eingestellt wurden, Befristungen gelten und damit eine Unsicherheit bezüglich des Weiteren beruflichen Werdegangs besteht. Ebenso werden viele Professuren nur befristet oder zunächst nur befristet ausgeschrieben. Dies kann zu einer ungenügend attraktiven Bewerbungslage und damit dazu führen, aufwändige Berufungsverfahren mehrmals zu bestreiten. Die Aussagen zu zusätzlichen psychische Belastungen gelten natürlich auch für die dann so berufenen Professorinnen und Professoren.

Erschwerend kommt hinzu, dass ein Austausch zwischen Lehrenden eher selten ist, Lehraufgaben mit besonderer Anspannung verbunden sind und eine Hochschullehrtätigkeit insgesamt hohe Anforderungen an die Selbstorganisation setzt. Mit den Möglichkeiten, auch zu Hause zu arbeiten verschwimmen oft private und berufliche Zeiträume und Orte (Entgrenzung der Arbeit). So entsteht eine Arbeitssituation, die ins Burnout führen kann (vgl. Spiewak, 2011). Von möglichen Präventivmaßnahmen dürften wir morgen erfahren.

2.1.2 *Verwaltungskräfte*

Da die Verwaltungskräfte die Arbeit des Lehr- und wissenschaftlichen Personals unterstützen, sind sie von den gerade dargestellten massiven Veränderungen mit betroffen. Ansonsten gelten für diese Gruppe weitestgehend die allgemein für die öffentliche Verwaltung zutreffenden Problemlagen (vgl. ff., Absatz Öffentliche Verwaltung).

2.1.3 *Studierende*

Auch wenn die Studierenden nicht zu den Beschäftigtengruppen zählen, möchte ich einen Blick auf diese Personengruppe richten. Ein auf Studierende ausgerichtetes Gesundheitsmanagement mag aus Sicht der Hochschulen geringere Bedeutung besitzen. Für die Hochschulen haben krankheitsbedingte Ausfälle von Studierenden zunächst kaum Auswirkungen. Selbst in durch Kennzahlen gesteuerten Hochschulen wirken sich erst verlängerte Studienzeiten oder Studienabbruchquoten aus. Anders ist es jedoch, wenn man die Studierenden aus Sicht der Politik betrachtet, die in ihnen die künftigen Leistungsträger/innen und Mitgestalter/innen wirtschaftlichen Wachstums sieht.

Es ist nicht zu übersehen, dass auch Studierende seit der Bologna-Reform über hohe Studienbelastungen und geringe Wahlfreiheiten klagen. Auch der stärker eingezogene zeitliche Druck, das Studium in Regelzeit abzuschließen, nur eine begrenzte Zahl an Versuchen für die erforderlichen Prüfungen zu haben, setzt die jungen Menschen stärkerem Stress aus. Weiterhin klagen Studierende über Belastungen durch ergänzendes Jobben und unbezahlte Praktikaphasen, in denen sie kaum ihre Nebenjobs weiterführen können.

In Berlin wurde hierauf bereits reagiert. Die Zahl möglicher Fehlversuche in Prüfungen wurde von eins auf zwei erhöht – im Übrigen ohne Ausgleich des Mehraufwandes für die Lehrenden. Zudem sind die Berliner Hochschulen gehalten, auch Studienangebote zu unterbreiten, die auch in Teilzeit absolviert werden können. Weiteres wäre denkbar: Mehr günstiger Wohnraum für Studierende an Hochschulstandorten könnte die Notwendigkeit für Nebenjobs reduzieren und mehr Zeit zum Lernen und für Ausgleich liefern. Ein attraktives Fahrradverkehrsnetz kann den Umstieg auf das Fahrrad fördern. Dass dies wirksam sein kann, machen Hochschulstädte wie Münster oder Tübingen vor. An vielen Hochschulstandorten sind ein umfangreiches Hochschulsportangebot und psychologische Beratungsstellen selbstverständlich.

Außerdem mag es gesundheitspolitisch sinnvolle Aktivitäten geben (z. B. bestimmte Impfungen oder Kampagnen), die für diese junge Zielgruppe von besonderer Bedeutung sein könnten.

2.1.4 Spezielle Hygieneanforderungen

Hochschulen sind Orte, noch stärker als Schulen, an denen eine sehr große Zahl an Menschen zusammenkommt. Sie können daher im Zusammenhang mit Epidemien eine besondere Rolle spielen. Allgemeine Hygienemaßnahmen sind hier daher von besonderer Relevanz.

2.2 Öffentliche Verwaltung

Kommen wir nun zur Öffentlichen Verwaltung, auf die ja unsere Studiengänge und Lehrinhalte ausgerichtet sind. Auch hier hat das Thema hohe Aktualität, da die **Auswirkungen des gegenwärtig bereits stark zu verspürenden demografischen Wandels** besonders hervortreten. In vielen Belegschaften besonders sichtbar ist das in den letzten Jahren deutlich nach oben verschobene Durchschnittsalter der Beschäftigten: „Wenn man die Entwicklung der vergangenen 15 Jahre im gesamten öffentlichen Dienst betrachtet, hat sich der Anteil der über 55-jährigen in diesem Zeitraum verdoppelt, während sich der Anteil der unter 35-Jährigen nahezu halbiert hat“ (Zukunftsreport Moderner Staat, 2012, S. 16).

Zudem ist „der Anteil der über 55-jährigen im öffentlichen Dienst fast doppelt so hoch wie in der Privatwirtschaft (pwc&IMTB, 2014, S.10). Zwischen Krankheitstagen und Alter gibt es aber einen statistischen Zusammenhang. Die Zahl der Krankheitstage nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter zu (...), was auf die Schwere der Erkrankungen und die hiermit verbundene längere Krankheitsdauer zurückzuführen ist. Eine durchschnittliche Erkrankung dauert bei unter 25-Jährigen etwa eine Woche, bei den über 40-Jährigen betragen die durchschnittlichen Krankheitsdauern 2009 annähernd zwei, und bei den über 55-Jährigen bereits fast drei Wochen je Fall“ (BKK, 2010, S. 25).

Doch es greift bei weitem zu kurz, die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die öffentliche Verwaltung auf die Altersstruktur, daraus resultierende vermehrte Krankheitsrisiken der Beschäftigten und die künftig zu erwartenden Abgänge in den Ruhestand zu reduzieren. Dabei haben allein schon diese Aspekte gravierende Auswirkungen auf unser Thema und erfordern eine dementsprechende Personal und Gesundheitsmanagementstrategie. Die Arbeit von kranken und ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen muss neu verteilt werden. Wissen darf hierbei nicht verloren gehen. Stellenbesetzungsverfahren rauben zusätzliche Zeit und Kraft. Zahlreiche Abgänge werden nicht ersetzt, Arbeitsabläufe verändert um dies auszugleichen. Auch dies bedeutet zunächst einmal Mehraufwand.

Vor allem ist zu berücksichtigen, dass die öffentliche Verwaltung mit Ihren Aufgaben auf die gesamte Gesellschaft ausgerichtet und in diesem Zusammenhang vom demografischen Wandel in noch weit größerem Maßstab betroffen ist. Da sind zum einen Veränderungen von Regionen zu verzeichnen: hier Weggang, dort teils starker Zuzug bei im günstigsten Fall deutschlandweit gleichbleibenden Bevölkerungszahlen. Das erfolgt bei einer insgesamt im Durchschnitt alternden Gesellschaft. Steigende Lebenserwartungen (mit im Übrigen weit längeren gesunden Lebensphasen) verstärken diesen Effekt. Der hiermit verbundene absolute und relative Rückgang der Erwerbspersonen stellt vor allem die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Krankenkassen und Rentensysteme vor große Herausforderungen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklungen, 2011, III f.).

Mögliche Lösungsansätze werden im Heraufsetzen des Renteneintrittsalters, in der Rückführung der Staatsverschuldung, der Erhöhung der Erwerbstätigkeit von Frauen, der Zuwande-

rung qualifizierter Einwanderer, der Erhöhung der Produktivität der Erwerbstätigen gesehen. Zur Erreichung einer Produktivitätssteigerung wird von der Notwendigkeit verstärkter Bildungsanstrengungen ausgegangen (ebd.).



Abb. 1 Herausforderungen für die Verwaltung im Zeichen des demografischen Wandels (Zukunftsreport Moderner Staat 2012, S. 7).

Daraus ergeben sich im Bereich Personal Fragen wie: „Wie bleibt die öffentliche Verwaltung als Arbeitgeber im Wettbewerb attraktiv?“, „Welche Kompetenzen werden künftig benötigt?“, „Wie kann das Personal langfristig arbeitsfähig und motiviert gehalten werden?“, „Wie beeinflusst der Engpassfaktor Personal den Haushalt und die Organisation?“ (Abb.1, linke Seite). Hinsichtlich der Finanzierung muss geprüft werden, wie sensibel die Ein- und Ausgaben von den demografischen Entwicklungen abhängen. Über ggf. erforderliche Ausgleichsmaßnahmen ist nachzudenken, eine nachhaltige Finanzplanung ist zu erstellen (vgl. Abb. 1, Mitte). Unter den Leistungen sind hoheitliche und ortsgebundene zu identifizieren. Ferner muss geprüft werden, welche Leistungen angepasst werden müssen und auf welche Weise vorhandene und neue Leistungen angeboten werden sollen (vgl. Abb.1, rechte Seite).

Die **Digitalisierung** unserer Gesellschaft ist eine andere durchgreifende Veränderung, die die öffentliche Verwaltung verändert. Einerseits bietet sie die Chance, Abläufe zu automatisieren, Angebote effizienter, individueller und kundenfreundlicher zu gestalten (E-Government). Andererseits bringt sie komplexe neue staatliche Aufgabenfelder mit sich, die Sicherung der digitalen Infrastruktur. So ist sicherzustellen, dass keine Ausspähungen oder andere Angriffe auf Staat, Bürger oder Unternehmen erfolgen. Cyberkriminalität erfordert neue Bekämpfungsstrategien. Beides erfordert neue Kompetenzen.

Und noch etliche weitere Entwicklungen prägen unsere Gesellschaft und damit auch die Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung selbst sowie die von ihnen zu leistenden, auf diese Gesellschaft ausgerichteten Dienstleistungen. Die Zusammenhänge sind nicht linear kausal, sondern zeigen oft gegenseitige Abhängigkeiten. Globalisierung und verschärfter weltweiter Wettbewerb, Individualisierung von Lebensstilen, vermehrte Berufstätigkeit von Frauen, zunehmende Mobilität, die Entwicklung zu einer Wissensgesellschaft. Auch gestiegene, an der Wirtschaft orientierte und auf die öffentliche Verwaltung übertragene Kundenwünsche durch Bürger gehören hierzu. Die Wirtschaft erwartet eine möglichst nicht spürbare Bürokratie. Dabei sind die Möglichkeiten der öffentlichen Verwaltung andererseits von der wirtschaftlichen Entwicklung und den finanziellen Möglichkeiten abhängig. Eine leistungsstarke, verlässliche und gesetzeskonforme Verwaltung ist wiederum ein wichtiger Standortfaktor, ebenso die Lebensverhältnisse eines Landes. Viele Veränderungen erfordern allerdings zunächst den politischen Willen und Gesetzesänderungen. Um IT-Realisierungen auch Bund und Länder übergreifend zu ermöglichen, wurde 2009 das Grundgesetz geändert (91c). 2013 wurde das E-Government-Gesetz verabschiedet. Es schafft zunächst auf Bundesebene wichtige Grundlagen zur Umstellung auf rein digitales Verwaltungsarbeiten mit digitaler Aktenhaltung.

Und die Verwaltungen reagieren, so z. B. im Bereich der Stadt- und Infrastrukturplanung, beim Ausrichten der Angebote auf veränderte Zielgruppen(anteile), bei der Unterstützung der Kinderbetreuung berufstätiger Eltern, bei Strukturen für lebenslanges Lernen und mit E-Governmentangeboten. Andernorts werden Schwimmbäder geschlossen und überlegt, welche Leistungen ehrenamtlich erbracht werden könnten.

Die Veränderungen sind auf jeden Fall enorm. Eine Vielzahl an Abläufen wird komplett reorganisiert. Arbeit wird verdichtet und zunehmend automatisiert. Vielfach werden Kennzahlensysteme eingeführt und zwischen verschiedenen Institutionen Benchmarks durchgeführt. Zunehmend werden Beschäftigte ergebnisorientiert bewertet. Die verbrachte Arbeitszeit rückt in den Hintergrund. In einigen Bereichen ist auch ständige Erreichbarkeit ein Thema. Auch hinsichtlich der zu tragenden Verantwortung gab es Veränderungen. Der Abbau von Hierarchien führt dazu, dass Entscheidungen, die zuvor Vorgesetzte zu treffen hatten, nun von einer größeren Zahl Beschäftigter übernommen wird. Außerdem sind auch in der Verwaltung immer mehr Beschäftigte so ausgestattet, dass sowohl von unterwegs als auch von zu Hause aus gearbeitet werden kann.⁵ Das kann im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewollt sein, kann aber genauso wie bei den Lehrenden schon beschrieben zu einer Entgrenzung von Arbeit und Beruf führen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Wandel und die Notwendigkeit, sich wiederholt auf Neues einzustellen, für Unsicherheit sorgen. Darüber hinaus werden auch im öffentlichen Dienst allgemein vermehrt befristete Stellen ausgeschrieben. Auch werden die demografischen Veränderungen neue Verwaltungsstrukturen mit neuen Zusammenlegungen und räumlichen Veränderungen nach sich ziehen. Zugleich wird es Konkurrenz um bestehende Standorte und Aufgabenübernahmen geben. **Unsicherheit** in jeglicher Hinsicht stellt aber ein Gesundheitsrisiko dar, langfristig andauernde Überlastungen ebenso.

Selbst ohne diese tiefgreifenden Veränderungen bergen die Arbeitsplätze in der öffentlichen Verwaltung **spezifische Gesundheitsgefahren**. Überwiegend ist die Tätigkeit körperlich einseitig und mit Bewegungsmangel verbunden.

⁵ Rechenzentren reagieren bereits hierauf mit „Bring-Your-Own-Device“-Strategien.

Typische Probleme sind Rückenbeschwerden oder der Mausarm. Sind auch die Inhalte monoton, kommen ggf. **psychische Belastungen** hinzu. Dies gilt aber vor allem auch für abwechslungsreiche kleinteilige Tätigkeiten, die in sehr hoher Zahl zu erledigen sind und mit vielen nicht selbst gesteuerten Unterbrechungen einhergehen. Auch Kundenkontakte können belasten und verlaufen nicht immer einvernehmlich. Dasselbe gilt bei Problemen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen. Ferner kann der Ausfall oder Weggang von Kolleginnen und Kollegen, sofern deren Arbeit ohne personellen Ersatz oder ohne begleitende anderweitige Entlastungen zusätzlich übernommen werden muss, zu Überlastungen führen. Beklagter Stress und Burn Out können die Folge sein. Dies kann auch in Verbindung mit zeitgleich vorhandenen anderen Anforderungen stehen. Familiäre Verpflichtungen neben der Arbeit, seien es die Verantwortung für Kinder und Haushalt oder die Pflege von Angehörigen können dazu führen, dass notwendige Erholungsphasen – aktive oder passive – nicht stattfinden.

Überlegungen zu all diesen Gefahrenfeldern können für die Organisation eines umfassenden Gesundheitsmanagements Ideen liefern. Dazu zählen z. B. Bewegungs- und Entspannungsangebote, Angebote zur gesunden Ernährung, Aktivitäten zur Veränderung der Organisationskultur, Seminarangebote zu den Themenfeldern Gesundheit, Führung und Motivation, Konfliktbewältigung, Organisations- und Arbeitsgestaltung oder Selbstverantwortung oder solche zur Suchtprävention. Der Stressreduzierung dienen auch Maßnahmen zur Unterstützung einer insgesamt gesunden Lebensgestaltung (Work Life Balance), so etwa die Förderung von Eltern-Kind-Räumen oder betrieblichen Kindertagesstätten. Die Ermöglichung flexibler Arbeits- und Teilzeitangebote zählt ebenso dazu. Zur Abwehr von Infektionskrankheiten sind Impfangebote denkbar.

3 Gestaltungsaspekte von Gesundheitsmanagement

Damit sind bereits viele Aspekte benannt, mit denen sich heutiges Gesundheitsmanagement befasst. Man unterscheidet die strategische Ausrichtung im Unternehmen von Umsetzungsaspekten. Mehr dazu erwartet Sie in den Fachvorträgen.

Zur Beschreibung des grundsätzlichen Vorgehens beziehe ich mich auf ein Portal der Universität Mainz. Es bietet für Rheinland Pfalz eine Unterstützung zum Einstieg in ein betriebliches Gesundheitsmanagement (Pinzon, 2015) und umfasst einen Online-Fragebogen zu diesem Thema. Entlang dieses Fragebogens möchte ich – wirklich nur sehr kurz – einige wesentliche Aspekte zum Gesundheitsmanagement aufzeigen.

In einem ersten Schritt hat die Organisation zu ermitteln, welche *Ziele* sie mit Gesundheitsmanagement verfolgen möchte. Bereits hieraus können sich eine Reihe von *Kennzahlen* ergeben, die sich später zur Überprüfung der Zielerreichung heranziehen lassen. Auch in diesem Zusammenhang ist eine *Ist-Zustandserhebung* wichtig. Schließlich benötigt man Lösungen für die *institutionelle Eingliederung* der Aufgabe. Allgemeine Lösungsansätze/*Konzepte* sind den spezifischen Organisationsbedingungen *anzupassen*. Ohne eine *Unterstützung durch die Leitungsebene* wird man – Ähnliches kennt man für Projekte aus dem Projektmanagement – keinen durchschlagenden Erfolg erzielen. Aber auch die *Einbeziehung der Beschäftigten* und ihrer Wünsche ist wesentlich. Insgesamt gilt es, für das Thema ein *Kommunikationskonzept* zu entwickeln.

Aus dem Fragebogen ergibt sich auch, dass folgende Kennzahlen aus Organisationssicht von besonderem Interesse sein dürften. Sie sind vor allem auch leicht zu ermitteln:

- Durchschnittliche Anzahl an Unfällen/Zeiteinheit
- Anzahl krankheitsbedingter Fehltage/Jahr
- Frühverrentung
- Erfolgreiche Wiedereingliederung nach Krankheit
- Fluktuationen

Generell dürfte aber auch Interesse an einer möglichst hohen Identifikation mit der Organisation und der eigenen Aufgabe sowie an einer Motivation der Beschäftigten bestehen.

Dem Aspekt, wie gut diese Kennzahlen zur Messung von Auswirkungen eines neu aufgesetzten Gesundheitsmanagements geeignet und von zufälligen oder anderweitigen Faktoren abzugrenzen sind, bin ich im Rahmen dieser Einführung allerdings nicht nachgegangen.

Für die Umsetzung ist natürlich zu klären, welche *personellen und finanziellen Ressourcen* für die Aufgabe zur Verfügung stehen und ob die *Einbindung Externer*, z. B. für gewünschte Maßnahmen erforderlich ist.

Insgesamt werden Maßnahmen zur *Verhaltensprävention* und zur *Verhältnisprävention*, jeweils zu den *Bereichen Ernährung, Bewegung/Ergonomie, Suchtprävention Stressbewältigung, Organisations- und Arbeitsgestaltung, Work Life Balance* unterschieden. Dabei geht es in ersterem Falle um Maßnahmen, die das Verhalten der einzelnen Beschäftigten verändern können, im zweiten Falle um solche, die die Arbeitsumgebungsbedingungen allgemein verändern.

Letzteres verweist in Zusammenhang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels auf Handlungsnotwendigkeiten in den Aufgabefeldern Personal und Organisation (Personalmanagement, Wissensmanagement, Organisations- und Prozessmanagement aber auch IT (begleitende Maßnahmen)).

4 Kritische Reflexion

Sowohl die öffentliche Verwaltung als auch Hochschulen sind personalintensive Bereiche. Für solche ist die Gesundheit ihrer Beschäftigten von besonderer Bedeutung.

Dabei verbleibt bei umfassender Auseinandersetzung mit dem Thema allerdings der Eindruck, dass weniger eine humanistische Sichtweise die heutigen Aktivitäten in Politik (Unterstützung von Gesundheitsmanagement), Unternehmen und öffentlicher Verwaltung auslöst, als nüchterne volks- und betriebswirtschaftliche Betrachtungsweisen. Hafén (2001, S. 43) vermerkt eine „zunehmende Instrumentalisierung des Gesundheitsbegriffs durch die Wirtschaft und die Politik. Eine These könnte sein, dass sich in einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft einzelne Systeme der Gesundheitsthematik bedienen, um ihre eigenen Operationen erfolgreicher durchsetzen zu können“. Leicht kommt die Vermutung auf, dass besonders kostspielige Maßnahmen, z. B. baulicher Natur (etwa zur Luftbelastungsreduktion), die sich auf die Betroffenen möglicherweise erst sehr viel später positiv auswirken würden, bei Arbeitgebern weniger populär sind. Da bittet man die Betroffenen schon lieber, regelmäßig zu lüften oder appelliert an deren Eigeninitiative und Verantwortung.

Es wirkt so, als sei der Politik das schnelle Studieren und ein möglichst schneller Übergang der jungen Menschen in die Arbeitswelt – hier werden sie zu Einzählern in das System – ausgesprochen wichtig. Dies ist ja auch eine der Möglichkeiten, über die zu befürchtende negative wirtschaftliche Folgen des demografischen Wandels abgemildert werden können. Ein anderer Ansatz, der ebenfalls einen schnellen Übergang junger Menschen in das Berufsleben ermöglichen würde, wird hingegen weniger verfolgt: Umfangreiche Zugangswege und Zugangsberechtigungen zum Studium nach erfolgreichen Ausbildungsgängen nach mittlerem Schulabschluss. Dies erscheint durchaus gerechtfertigt, denn viele Ausbildungsgänge sind immer anspruchsvoller geworden, sei es durch zunehmende Technologisierung oder Weiterentwicklungen anderer Wissensgebiete. Die auch im beruflichen Umfeld immer stärkeren Erfordernisse, sich kontinuierlich Veränderungen anzupassen, werden auch hier eine immer stärker methodisch und weniger an starrem Wissen ausgerichtete Ausbildung vorantreiben. Von daher ist eine Annäherung zu Vermittlungsschwerpunkten der Hochschulen zu erwarten. Eine Aufwertung beruflicher Werdegänge wäre mit neuen Aufstiegs- und Studiermöglichkeiten ebenfalls verbunden und damit auch ein Schritt in Richtung gesellschaftlicher Gleichstellung unterschiedlicher Berufsbiografien.

Und auch bezüglich der Motivation zu Gesundheitsmanagementmaßnahmen in der Verwaltung geht es wohl vordergründig mehr um die beschlossene Konsolidierung der Haushalte und mit Blick auf die finanziellen Herausforderungen des demografischen Wandels insbesondere um die Sicherung der Finanzierung von Krankenkassen, Renten- und Sozialsystem. Warum beispielsweise werden gerade jetzt von Frauen geforderte Unterstützungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf endlich aufgegriffen? Zur Abmilderung finanzieller Folgen des demografischen Wandels (Mindereinnahmen) spielt dabei der Erhalt der Arbeitskraft ins heraufgesetzte Rentenalter genauso eine entscheidende Rolle wie die Reduzierung von Krankheitstagen. Auf jeden Fall scheint es nicht zu funktionieren, nur an einer Stellenschraube, nämlich der Leistungssteigerung, zu drehen, ohne die hieraus resultierenden Folgen im Blick zu behalten. Die Zahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Probleme ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.

So muss also die Motivationslage zum Gesundheitsmanagement nicht zwingend zum Nachteil der Beteiligten sein. Wenn sich auf diese Weise für alle bessere Lebensbedingungen erreichen lassen, ist dies zu begrüßen. Dabei muss für die Vielfalt unserer Gesellschaft genügend Raum bleiben.

5 Ausblick auf das Programm der nächsten Tage

5.1 Vorträge

Damit bin ich nun bei der Vorstellung unseres Programms angelangt. Und auch wenn ich bereits vieles zum Thema gesagt habe, so bietet das Thema doch noch viel Raum für spannende Fragen und Inhalte. So habe ich beispielsweise weitgehend konkretes Datenmaterial ausgespart, aber gerade dieses mag möglicherweise besonders spannende Hinweise auch auf die Wirksamkeit von Gesundheitsmanagement-Maßnahmen liefern sowie Hinweise darauf, welche Erfahrungen aus der Wirtschaft in die öffentliche Verwaltung übertragen werden können und wo es Unterschiede gibt. Die noch stattfindenden Vorträge werden sicher den einen oder anderen Aspekt hiervon noch aufgreifen.

Als Verwaltungsinformatikerin würde mich natürlich auch interessieren, welche Hoffnungen aber auch Befürchtungen hinsichtlich BIG DATA⁶ im Kontext des Themas gerichtet werden. Bei meiner Recherche zur Abgrenzung der Begriffe „Epidemie“ und „Seuche“⁷ bin ich z. B. auf Beiträge gestoßen, in denen es um Früherkennung von Epidemien durch Auswertung von Suchworten unterschiedlicher Portale (Google/Wikipedia) ging (vgl. Weber, 2014a und 2014b). Ebenso hat sich in der letzten Zeit eine Reihe von Anbietern mit E-Health-Apps auf den Markt begeben. Es gab bereits 2012 allein 15.000 deutschsprachige Apps aus dem Medizin- und Healthcare-Bereich (Reiß, 2012), also aus einem Segment, mit dem gesundes Verhalten unterstützt werden soll. Die hierbei entstehenden Daten stoßen auf so mancherlei Interesse (vgl. Pommering, 2015).

Ausgesprochen umfangreich befasst sich das Bundesministerium für Gesundheit mit allen der von mir angesprochenen Themen. Man erhält einen beeindruckenden Überblick, wenn man auf dem Portal des Ministeriums stöbert. Und im Übrigen erhält man auch interessante Unterstützung, auch zu unserem Thema. Im Anschluss an meinen Vortrag wird Abteilungsleiter Ingo Behnel vom Bundesministerium für Gesundheit zu uns sprechen. Ich bin schon sehr gespannt auf seine Rede und freue mich, dass wir so aus erster und so hochrangiger Hand gleich noch deutlich mehr erfahren werden.

Am morgigen Tag erwarten uns vier Vorträge. Wir starten mit einem **strategischen Blick** auf das Thema Gesundheitsmanagement durch Frau Marion-Marianne Siebert von der Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin. In Berlin ist im Jahr 2007 vergleichsweise früh eine Dienstvereinbarung zum Thema „betriebliches“ Gesundheitsmanagement in Kraft getreten. 2009 wurde der erste Gesundheitsbericht für das Land Berlin⁸ vorgelegt. Frau Marianne Siebert ist bei der Senatsverwaltung für Inneres und Sport für strategische Fragen des Gesundheitsmanagement zuständig, entsprechend ist auch ihr Blick auf das Thema. In Berlin findet man sie seit vielen Jahren als Vortragende zu diesem Thema.

Die strategische Ausrichtung des Themas reicht allerdings nicht aus. Mit der **Umsetzung** von Gesundheitsmanagement befasst sich daher der zweite Beitrag. Besonderer Bezug besteht hier zu unserer Zielgruppe dadurch, dass vorgestellt wird, wie Gesundheitsmanagement an einer unserer Hochschulen, am Zentralbereich der Fachhochschule des Bundes implementiert wurde. Frau Prof. Dr. Elke Driller war und ist in diesen Prozess maßgeblich eingebunden und gibt uns hierüber Auskunft. Frau Prof. Driller ist Diplomsozialwissenschaftlerin und hat über das Thema Burn-Out in helfenden Berufen promoviert. Über ihre Publikationen zum Thema Burnout ist auch der Kontakt zu ihr im Kontext des diesjährigen Glienicker Gesprächs entstanden. Im Gespräch entschieden wir uns dann allerdings für einen Vortrag zum gerade laufenden Umsetzungsprojekt an der FH Bund.

Mit Lothar Hellfritsch haben wir schließlich einen Diplompsychologen in unseren Reihen, der kein Unbekannter ist. Von 1990 bis 2001 war er Präsident des BDP, des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen. So lang wie er hat kein anderer Präsident dieses Wahlamt bekleidet. Bis ins letzte Jahr hinein hat er an der FHVR Bayern gelehrt. Inzwischen

⁶ Umfangreiche Daten, auch aus heterogenen Quellen, wie z. B. Mobilfunkgeräten, von Suchmaschinen oder aus öffentlichen Messungen (z. B. Umweltdaten), die von Verwaltungen zugänglich gemacht werden (OpenData).

⁷ Es hat sich zunehmend durchgesetzt, den ersten Begriff für Menschen, letzteren für Tiere zu verwenden.

⁸ http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2015/24983/pdf/Gesundheitsbericht_2012.pdf, S. 5.

ist er im Ruhestand, übernimmt aber noch Lehraufträge in der öffentlichen Verwaltung zum Thema Gesundheitsmanagement. Hierzu hat er umfassende Erfahrungen, hat er sich doch ausführlich mit dem Thema Gesundheitsmanagement in der Bayerischen Staatsverwaltung auseinandergesetzt und die Finanzverwaltung des Landes Bayern bei Einführung eines Gesundheitsmanagements unterstützt. Insofern freue ich mich, dass er uns in seinem Beitrag **mögliche Einsatzfelder des Themas quer durch unsere Lehrgebiete** aufzeigen wird. Denn ein Auswahlkriterium unserer Themen besteht ja darin, möglichst interdisziplinär relevant zu sein.

Für manche Ausbildungen in der öffentlichen Verwaltung spielt das Thema Gesundheit in einer noch umfassenderen Weise eine Rolle, weil es auch für die übertragene Aufgabe von besonderer Bedeutung ist. So beschäftigt sich die Forschung zur Arbeitslosigkeit sehr intensiv mit Folgen drohender oder bestehender Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Für die der Karriereforschung ist es insgesamt von Interesse, welche Auswirkungen gutes Aussehen oder Gesundheit auf berufliche Karrieren hat. Natürlich würden Verantwortliche gern im Vorhinein einige Gesundheitsdaten Ihrer künftigen Beschäftigten kennen und dies für ihre Einstellungsentscheidung mit heranziehen. In diesen größeren Kontext kann man den vierten Beitrag unserer Tagung einordnen, der für alle diejenigen, die später im Personalwesen eingesetzt werden, von Bedeutung sein kann. Der gesundheitliche Zustand von Menschen ist auf den ersten Blick in den meisten Fällen nicht offensichtlich, wie der schreckliche Flugzeugcrash in den französischen Alpen vom März diesen Jahres zeigt. Wohl aber lässt sich auf den ersten Blick erkennen, ob Menschen deutliches Über- oder Untergewicht haben. Was bedeutet das für deren Karrierewege? Auch für Laufbahnen im öffentlichen Dienst ist dies nicht ohne Relevanz. Bei der Verbeamtung spielt der Body Mass Index eine nicht unwesentliche Rolle. Herr Prof. Dr. Peter Guggemos, Professor der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, der sich diesen Themenfeldern in seiner Forschungsarbeit widmet, wird uns zum Thema **Weight Diversity** seine soziologische Sicht aufzeigen, sein Kollege Herr Prof. Dr. Hans-Joachim Bauschke, wird juristische Aspekte des Themas beleuchten. Peter Guggemos war viele Jahre haupt- und nebenamtlicher Dozent an der Universität Augsburg, 2001 wurde er dort mit dem Didaktik-Preis der Universität versehen. Hans-Joachim Bauschke zählt zu seinen Schwerpunkten in der Lehre u. a. auch das Personal- und Integrationsmanagement und zu seinen Forschungsfeldern Diversity (nationales und europäisches Recht).

5.2 Workshops

Am Nachmittag sollen dann in gewohnter Weise in drei Workshops Thesen rund um das diesjährige Thema erarbeitet werden. Dabei erleichtert es das Zusammentragen der Ergebnisse ungemein, wenn Sie die Zeit in den Workshops nicht nur zum Diskutieren und Sammeln von Ideen verwenden, sondern auch gegen Ende bereits Thesen ausformulieren. Diese gelangen dann, sofern das Plenum keine Ergänzungs- oder Änderungswünsche äußert, in den Tagungsband und können so Einfluss auf die Weiterentwicklung unserer Hochschulen und möglicherweise auch Impulse in die öffentliche Verwaltung tragen.

Workshop 1 wird von Frau Prof. Dr. Elke Driller von der Fachhochschule des Bundes begleitet und befasst sich mit einer Umsetzung von Gesundheitsmanagement an unseren Hochschulen.

Workshop 2 betrachtet Gesundheitsmanagement in der Lehre und wird von den Kollegen der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Prof. Dr. Peter Guggemos und Prof. Dr. Hans-Joachim Bauschke, moderiert.

Workshop 3 wiederum wirft einen Blick auf Gesundheitsmanagement in der öffentlichen Verwaltung. Hier wird mein Kollege, Herr Prof. Dr. Florian Furtak, die Moderation übernehmen. Er hat mich zudem – wie Sie aus den Einladungen ja bereits entnommen haben – bei der Veranstaltungsplanung unterstützt und wird Sie gemeinsam mit mir durch diese drei Tage begleiten.

Abweichend zu anderen Jahren ist dieses Mal kein gesonderter Workshop zum Thema ***Gesundheitsmanagement in der Forschung*** dabei. Sollte es hierzu konkrete Ideen bezüglich einer Thesenformulierung geben, bitte ich Sie zu überlegen, in welchem der drei Workshops diese am besten mit integriert werden könnten (in allen Bereichen kann man sich ja Forschungsprojekte vorstellen) und sich dort entsprechend einzubringen. Die Moderatorin und Moderatoren werden dann gebeten, diese Ideen mit aufzugreifen.

Am Samstag werden dann die Thesen durch eine von den Gruppen festgelegte Person vorgestellt, ggf. noch leicht modifiziert oder ergänzt und schließlich zur Publikation beschlossen.

5.3 Rahmenprogramm

Und was erwartet uns ansonsten: ich hoffe eine auch in den Pausen und beim Rahmenprogramm ansprechende Veranstaltung mit der Möglichkeit, sich umfassend vernetzen zu können.

In diesem Sinne wünsche ich anregende Stunden und gebe das Wort nun an Sie für Fragen bzw. danach dann zum Start der Keynote.

Literatur

3Sat Mediathek (Produzent).(2011). Ausbeutung für die Geiz-ist-Geil-Kultur. Sendung vom 15.09.2011. Zugriff am 10.04. unter: http://www.3sat.de/webtv/?110915_grundlage_scobel.rm

Biskamp, St. (Buenos Aires). Weltweite Ausbeutung. Boombranche Sklaverei. Stern Online vom 6. April 2013, 08:24 Uhr.

BKK Bundesverband (Hrsg.). (2010). Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Essen: Schröers-Druck.

BMG (Hrsg.) (o.A.). Gesundheit und Gesundheitsförderung. Zugriff am 10.4. unter: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung

BMI (Hrsg.) (25.12.2012). Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. Zugriff am 18.2.2015 unter: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Demografie/demografiestrategie-langfassung.pdf;jsessionid=B29037E5044C7C81FD4921E117C82071.s4t2?__blob=publicationFile&v=2

Brandenburg, U. (2004): Fallstudie zum Gesundheitsmanagement aus der Automobilindustrie – Die Volkswagen AG. In M. F. Meifert & M. Kesting (Hrsg.). Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 305-318.

dbb beamtenbund und tarifunion berlin. *Hauptstadtmagazin*. September 2014.

- Finger, Bettina (2013). Das strategische Gesundheitsmanagement bei den Generali Versicherungen. 24ter Kongress für angewandte Psychologie. Zugriff am 6.4.2015 unter http://www.psychologenkongress.de/2013/praesentationen/Finger_Bettina.pdf
- Deutsche Sozialversicherung (Hrsg.).(o.A.). Geschichte. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>
- Deutsche Sozialversicherung (Hrsg.).(o.A.). Sparten der Sozialversicherung sowie die dazu gehörigen Unterseiten (inklusive weiterer Verzweigungen) zur Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/saeulen.html>
- Eckert, A. (2006). Kolonialismus (Fischer Kompakt).Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Herkner, W. (1986). Psychologie. Wien u.a.: Springer, Kapitel 7.23
- Hafen, Martin (2001). Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung – Teil 1: frühe Konzepte. *Suchtmagazin* 2, 40-43
- Haufe Online (Hrsg.). (2013.10.09). Öffentliche Verwaltung. Behörden unter Sparzwang. Zugriff am 16.02.2015 unter: http://www.haufe.de/oeffentlicher-dienst/haushalt-finanzen/behoerden-unter-sparzwang_146_201846.html?print=true
- Merschmann, H. (2014). Digitale Denker. Vitako-Fachtagung zum Demografischen Wandel. *VITAKO INTERN Nr. 5/2014*.
- Nützenadel, A. (25.09.2013). Nationalsozialismus. Arbeit und Weltanschauung. *Tagesspiegel*. Zugriff unter: <http://www.tagesspiegel.de/wissen/nationalsozialismus-arbeit-und-weltanschauung/8847206.html>
- Pinzon, L. C. E. Gesunde KMU (2015). Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen in Rheinland Pfalz. Umfrage im Rahmen eines Webauftritts der Universität Mainz. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.gesundekmu.de/gesundekmu/umfrage/umfrage.html>
- Pommering, K. (10.2.2015). mHealth und der TMF-Datenschutzleitfaden. TMF-Workshop „Mobile Medical Devices und Datenschutz“. Zugriff am 10.4.2015 unter: http://www.tmf-ev.de/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Method=attachment&Command=Core_Download&EntryId=26267&PortalId=0
- pwc & IMTB (Hrsg.).(2014). Prozessmanagement – notwendiger Baustein für die Verwaltungsmodernisierung. Zugriff am 18.02.2015 unter: http://www.pwc.de/de_DE/de/offentliche-unternehmen/assets/studie-prozessmanagement-register-2014.pdf
- Reiß, B. (3.12.2012). Gesundheitsapps. *EHEALTHCOM*. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.e-health-com.eu/thema-der-woche/gesundheits-apps/8378005b41ce448810c7aa7b27c3e1d5/>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2011). Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Paderborn: Bonifatius.
- Sackmann, Reinhold, Jonda, Bernadette., Reinhold Maria (Hrsg), Demographie als Herausforderung für den öffentlichen Sektor. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2008)*
- Schmeisser, W., Wagner & K., Schütz, K. (Hrsg.). (2007). Betriebswirtschaftliche Ansätze und Instrumente des Gesundheitsmanagements. München und Mering: Rainer Hampp Verlag. Zugriff am 29.03. unter: <http://www.onleihe.de/static/content/rainerhampp/20080529/9783866181793/v9783866181793.pdf>
- Singer, Stephanie (2010). Entstehung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler, S.25-48

TÜV Rheinland (Hrsg.).(27.5.2014) Geschichte des Arbeitsschutz in Deutschland. Film. Zugriff am 10.4.2015 unter: https://www.youtube.com/watch?v=V_nQOFzYQjc

Spiewak, M. (4.11.2011). Psychische Belastung: Prof. Dr. Depressiv. Lehrende an deutschen Hochschulen sind so produktiv wie nie – gleichzeitig häufen sich psychische Probleme. *DIE ZEIT* N° 45. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.zeit.de/2011/45/Professoren-Burnout>

Vitako Aktuell 1/2015. Digitale Agenda konkret. Den Wandel gestalten.

Wienhold, L. (2011). Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Historischer Abriss zum Arbeitsschutz in der SBZ/DDR. Norderstedt: Grin.

Weber, Ch. (14.3. 2014a). Big Data. Google versagt bei Grippe-Vorhersagen. *Süddeutsche Zeitung*. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.sueddeutsche.de/wissen/big-data-google-versagt-bei-grippe-vorhersagen-1.1912226>

Weber, Ch. (14.11.2014b). Big Data. Die Seuche von morgen. *Süddeutsche Zeitung*. Zugriff am 10.4.2015 unter: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/big-data-die-seuche-von-morgen-1.2219033>

Winkel, Olaf (21.6.2012). Fachhochschule. Rettet die Fachhochschulen! Die Politik ist dabei, die Uni-Konkurrenz finanziell auszutrocknen. Ein Mahnruf. *DIE ZEIT* N° 26.

Zukunftsreport Moderner Staat (2012). Ein Special von *Innovative Verwaltung*. Zugriff am 10.4.2015 unter:

http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_Zukunftsreport_2012.pdf

- ▶ Dr. Dagmar Lück-Schneider ist seit 2009 Professorin für Verwaltungsinformatik an der Hochschule für Wirtschaft und Recht und als Beauftragte des Präsidenten für die Glienicker Gespräche hauptverantwortlich für deren Programmgestaltung. Zuvor lehrte sie Informatik 15 Jahre an der Fachhochschule des Bundes.

Betriebliches Gesundheitsmanagement aus der behördlichen Innenansicht des Bundesministeriums für Gesundheit

– Keynote –

Ingo Behnel

Leiter Abteilung Z

– Zentralabteilung, Europa und Internationales –

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel einer langfristigen Sicherung von Gesundheit, Leistung und Erfolg für die Behörde/Dienststelle und alle ihre Beteiligten. Das heißt BGM umfasst nicht nur die klassischen Handlungsfelder des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), sondern ist eine Querschnittsaufgabe der Personalverwaltung.

Der hohe Stellenwert, den die Bundesregierung der Gesundheitsförderung und der Prävention einräumt, zeigt sich in der Gesetzgebungsarbeit im Zuständigkeitsbereich des BMG:

Am 20.03.2015 wurde im Bundestag in erster Lesung über den "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention" beraten. Hierzu möchte ich den Gesundheitsminister, Herrn Hermann Gröhe, zitieren: "Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen. Deshalb müssen wir die Umgebung, in der wir leben, lernen und arbeiten, so gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützt."

Das Gesetz sieht u. a. eine Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung vor durch mehr Leistungen der Krankenkassen, eine bessere Beratung sowie eine engere Verzahnung mit dem Arbeitsschutz. Das BMG wirbt mit seiner Kampagne "Unternehmen unternehmen Gesundheit" seit 2011 für eine Implementierung von BGM in Unternehmen und stellt Beispiele guter Praxis vor.

Verwendung von Analyseinstrumenten

Um die Angebote des BGM bedarfsgerecht zu gestalten, bedient sich das BMG verschiedener Analyseinstrumente. Der Klassiker ist die Fehlzeitenanalyse. Dieses Instrument bietet den großen Vorteil von objektiven und jährlich auswertbaren Daten und kann somit gut zur Beobachtung der Entwicklung der Krankenstandszahlen genutzt werden. Die Versuchung, die Entwicklung der Fehlzeiten als maßgeblichen Maßstab für den Erfolg etwaiger BGM-Maßnahmen heranzuziehen ist groß. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass abnehmende Fehlzeiten nicht notwendigerweise den Rückschluss auf gesündere Beschäftigte zulassen. Es ist auch möglich, dass Beschäftigte in den Dienst kommen, obwohl sie nicht wirklich arbeitsfähig sind (Präsentismus). Auch in der unmittelbaren Bundesverwaltung gibt es einen erheblichen Anteil an Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverträgen, die ggf. eine Verlängerung ihrer Verträge durch zu lange Abwesenheitszeiten nicht gefährden wollen. Da die Fehlzeiten auch weiche Faktoren, wie z. B. Arbeitsmotivation berücksichtigen, kann aus der Höhe der Krankenstände nicht sicher auf die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft und damit die Produktivität geschlossen werden. Mit dem Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der Interpretation bleibt die Fehlzeitenanalyse ein wichtiges Analyseinstrument.

Im Bereich der unmittelbaren Bundesverwaltung gibt das BMI als federführendes Ressort für das BGM im Bereich der Ministerien jährlich einen Gesundheitsförderungsbericht heraus, der die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten vor dem Hintergrund der Analyse der Beschäftigtenstruktur aufschlüsselt. Den einzelnen Ressorts werden jeweils Einzelberichte, die einen Vergleich ihres Ressorts mit dem Durchschnitt der unmittelbaren Bundesverwaltung zulassen, zur Verfügung gestellt. Die Analyse erfolgt nach Geschlecht, Alter, Laufbahngruppe (und damit Tätigkeitsmerkmalen) sowie Beschäftigtenstatus.

Ein Kriterium der Analyse der Fehlzeiten ist die Erkrankungsdauer. In der unmittelbaren Bundesverwaltung und im BMG werden Kurzzeiterkrankungen (1-3 Tage), längere Erkrankungen (4-30 Tage) und Langzeiterkrankungen (über 30 Tage) voneinander unterschieden. Zur Entwicklung effektiver BGM-Maßnahmen bietet sich hierzu die Zusammenschau mit Erkrankungsarten an.

Da die Fehlzeitenanalyse auf Arbeitgebermeldungen beruht, können aus diesen keine Rückschlüsse auf die Erkrankungsarten, die bei den Fehlzeiten eine besondere Rolle spielen, gezogen werden. Hierzu müssen die Gesundheitsberichte der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) herangezogen werden. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten aus dem Arbeitgebermeldungen unterschiedlich definiert sind, als die Daten aus Arbeitsunfähigkeitszeiten bei der GKV. Für Vergleichsberechnungen werden im Gesundheitsförderungsbericht die Fehlzeitenreporte des wissenschaftlichen Instituts der AOK herangezogen. Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Daten lassen sich Erkrankungsschwerpunkte erkennen.

So entfielen laut Fehlzeitenreport 2014 68,3 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage auf 6 Erkrankungsgruppen (Muskel- und Skeletterkrankungen, Verletzungen, Atemwegserkrankungen, Psychische und Verhaltensstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane).

Die Atemwegserkrankungen machten mit 24,6 Prozent zwar den größten Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle, aber nur 13,4 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage aus, da diese Erkrankungen in der Regel lediglich zu kurzen Fehlzeiten führen. Für das BGM lässt sich folgern, dass hier lediglich Anregungen zu einer gesunden Lebensweise bzw. allgemeinen Hygieneempfehlungen den Beschäftigten gegeben werden können. Für das BMG bedeutsamer sind die Muskel- und Skeletterkrankungen. Diese spielen laut Fehlzeitenreport 2014 mit 21,6 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage eine führende Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Somit sollte das BGM besonders die Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen (z. B. mit der Vorhaltung ergonomischer Arbeitsplätze, der Durchführung von Rückenschulungen usw.) anstreben.

Da bei Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und Verletzungen jeweils ein Rückgang verzeichnet werden konnte, können diese Erkrankungsgruppen bei der Konzeption von BGM-Maßnahmen in geringerem Maße berücksichtigt werden.

Eine Analyse der Altersstruktur lässt erkennen, dass im BMG der Anteil älterer Beschäftigter überdurchschnittlich hoch ist, so dass ein demographiesensibles BGM eine besondere Bedeutung hat.

Als weitere Instrumente kommen auch Arbeitsplatzanalysen sowie arbeitsmedizinische Untersuchungen in Betracht. Im BMG werden die arbeitsmedizinischen Untersuchungen durch einen externen Dienstleister erbracht, um Neutralität und Datenschutz sicherzustellen. Im Ge-

gensatz zur Fehlzeitenanalyse, werden die Daten zwar objektiv erhoben, können allerdings lediglich im Sinne einer Beschreibung angegeben werden.

Die Analyse ist nicht vollständig, wenn neben der Außensicht nicht auch die Innensicht der Beschäftigten Berücksichtigung findet. Gerade so genannte weiche Faktoren wie z. B. Beschäftigtenzufriedenheit, Gefühl der Identifikation mit dem BMG, Erleben von Kommunikationskultur, Transparenz, Betriebsklima gewinnen im BGM an Bedeutung. Entscheidend für ein ganzheitliches BGM, das auch die Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie das Personalmanagement einschließt, ist die Analyse in diesem Bereich.

Ein klassisches Instrument hierfür ist die Beschäftigtenbefragung. Im Jahr 2011 wurden die Beschäftigten im BMG durch eine externe Beraterfirma zu verschiedenen Bereichen befragt. Die Befragung mit dem Titel "MIT machen! MIT verändern!" maß mit Items sowie Möglichkeiten zur Rückmeldung über Freitextfelder die Bereiche Arbeitszufriedenheit, Führung, Gesundheit, Arbeitsbedingungen, Möglichkeiten zur Personalentwicklung sowie Zusammenarbeit und Behördenkultur ab.

Eine der Konsequenzen der Befragung ist die Erarbeitung eines Personalentwicklungskonzeptes in 17 Modulen sowie die Einführung eines FührungskräfteFeedbacks als weiteres Analyseinstrument. Eine Wiederholung der Befragung zur Evaluation in der Zwischenzeit durchgeführter Maßnahmen bietet sich an. Die Wahl eines günstigen Zeitintervalls sollte nicht zu kurz gewählt werden, da es sich bei einer Beschäftigtenbefragung um ein Analyseinstrument handelt, das einige Ressourcen erfordert. Da eine Befragung auch Erwartungen bei der Beschäftigten weckt, sollte das Zeitintervall so gewählt sein, dass etwaige in der Zwischenzeit durchgeführte Maßnahmen eine Wirkung entfaltet haben können.

Des Weiteren bietet sich die Durchführung von Gesundheitszirkeln an, die sich an bestimmte Beschäftigtengruppen wenden. Auf diesem Weg können die Beschäftigten in den Prozess des BGM einbezogen werden. So kann im direkten Kontakt ein Bild zu Ressourcen und Belastungen in dem jeweiligen Bereich entstehen und die Kompetenz der Beschäftigten in eigener Sache zur Erarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten genutzt werden.

Eine weiteres wichtiges Instrument ist die nach § 5 ArbSchG vorgeschriebene Gefährdungsanalyse, die sowohl physische als auch psychische Belastungen bzw. Gefährdungen erfasst.

Herausforderungen für das BMG

Als Ergebnis der Analysen zeigen sich für das BGM im BMG vier große Herausforderungen: der im Vergleich zur Bundesverwaltung hohe Altersdurchschnitt, die auffälligen Krankenzustände im einfachen und mittleren Dienst, die Beschäftigtenstruktur sowie die durchgehend hohe Arbeitsbelastung.

Hoher Altersdurchschnitt

Betrachtet man die Entwicklung der Altersstruktur, stellt man fest, dass sich der demografische Wandel auch auf die unmittelbare Bundesverwaltung auswirkt. So ist das Durchschnittsalter der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung seit 1993 um 3,58 Jahre auf 45,7 Jahre im Jahre 2013 (Gesundheitsförderungsbericht 2013) gestiegen.

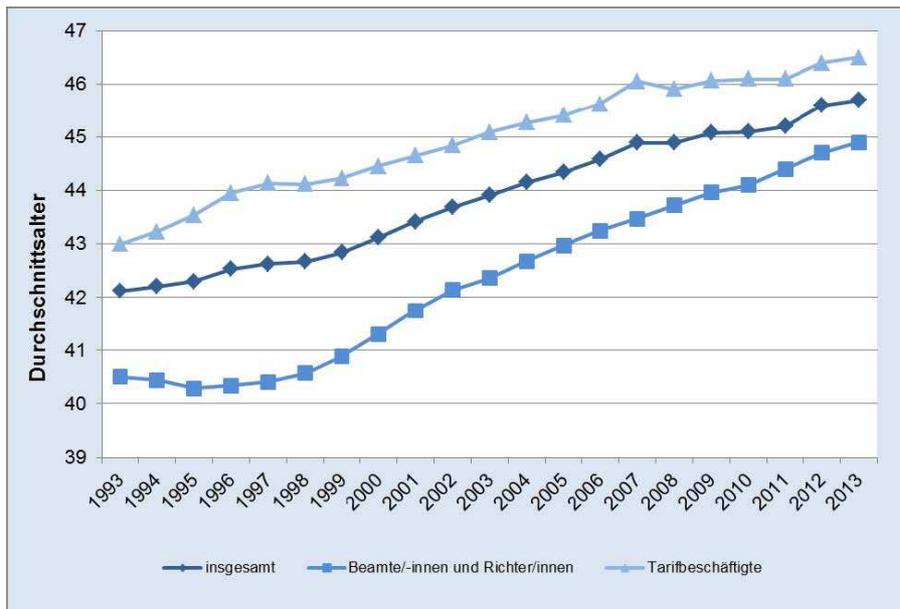


Abb. 1: Entwicklung des Durchschnittsalters der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 1993 bis 2013⁹

Im BMG (oberste Bundesbehörde) liegt das Durchschnittsalter der Beschäftigten leicht über dem Durchschnittsalter der Beschäftigten in den obersten Bundesbehörden. Da das Risiko für krankheitsbedingte Fehlzeiten proportional mit dem Anstieg des Durchschnittsalters der Beschäftigten zunimmt, gewinnt das BGM insbesondere auch für ältere Beschäftigte zunehmend an Bedeutung.

2030 werden die 60 bis 64 Jährigen die am stärksten besetzte Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter sein. Ein Grund dafür ist auch die schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre ab 2012 bis zum Jahre 2029 aufgrund des 2007 in Kraft getretenen Rentenversicherungsaltersgrenzenanpassungsgesetzes.

Daher räumt die Bundesregierung dem BGM auch in ihren Dienststellen einen hohen Stellenwert ein. Am 18.08.2010 wurde das Regierungsprogramm "Vernetzte und transparente Verwaltung" der 17. Legislaturperiode verabschiedet. Hierin wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Dienststellen der Bundesverwaltung als Instrument modernen Personalmanagements festgelegt. Das BGM wird als Daueraufgabe angesehen, indem die Rahmenbedingungen für ein gesundes, produktives und qualifiziertes Arbeiten, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Beschleunigung von Arbeitsabläufen aufgrund der voranschreitenden Digitalisierung verbessert werden sollen.

In diesem Zusammenhang wird im BMG eine entsprechende Behörden- und Führungskultur geschaffen und die Arbeitsplätze angepasst und ergonomisch optimiert.

⁹ Gesundheitsförderungsbericht 2013 der unmittelbaren Bundesverwaltung

Auch die Flexibilisierung der Arbeitszeit und in diesem Zusammenhang die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Pausen ermöglichen es, dass die älteren Beschäftigten ihr Arbeitsleben an ihre Bedürfnisse anpassen können. Des Weiteren besteht für sie die Möglichkeit der Teilnahme an der Telearbeit und auch das Mobile Arbeiten (über einen spontan ausleihbaren Laptop) soll ausgebaut werden.

Bei Fortbildungen müssen auch die Rahmenbedingungen entsprechend angepasst werden. So sollten zum Beispiel mehr Pausen eingelegt werden, da das Lernen mit voranschreitendem Alter immer schwerer fällt. Vor allem bei IT-Schulungen muss die Geschwindigkeit verringert werden, weil viele ältere Beschäftigte Probleme haben, den Dozenten zu folgen, da sie im Gegensatz zur jüngeren Generation nicht mit Computern aufgewachsen sind.

Aber auch der Ausbau der ärztlichen- und sozialen Betreuung sowie spezielle Angebote im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind wichtig. So bietet das BMG zum Beispiel Sportkurse für möglichst alle Altersgruppen an, klärt in Seminaren und an Aktionstagen Gesundheit über eine büroarbeitsgerechte Ernährung auf und schult die Führungskräfte durch Seminarangebote im Umgang mit älteren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Im Rahmen von MitarbeiterInnengesprächen werden Entwicklungsperspektiven für ältere Beschäftigte erarbeitet.

Hohe Krankenstände in einfachen und mittleren Dienst

Die Analyse der Beschäftigten nach verschiedenen Tätigkeitsprofilen lässt Rückschlüsse auf die mit der Aufgabe verbundenen Belastungen zu. In der unmittelbaren Bundesverwaltung und damit auch im BMG bietet sich eine Aufgliederung nach Laufbahngruppen an. Da die Gruppe der Beschäftigten im mittleren Dienst im BMG die zweigrößte Gruppe der Beschäftigten ausmacht und diese Laufbahngruppe außerdem besonders hohe Fehlzeiten aufweist, wurde die Notwendigkeit einer näheren Analyse erkannt.

Um die Gründe für diese hohen Fehlzeiten herauszufinden, wurde mit den Beschäftigten des einfachen mittleren Dienstes ein Gesundheitszirkel durchgeführt. Ein Resultat aus diesem Prozess ist, dass derzeit ein Modul des Personalentwicklungskonzeptes erarbeitet wird, das speziell auf die Belange des mittleren und einfachen Dienstes ausgerichtet ist. Das Ziel ist es, die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten z. B. durch eine Erweiterung der Tätigkeiten am Arbeitsplatz, die Verbesserung der Aufstiegsmöglichkeiten, die Einführung von Rotation, spezielle Fortbildungsangebote oder einen Tag des einfachen und mittleren Dienstes zu verbessern.

Beschäftigtenstruktur

Bei der Analyse der Beschäftigtenstruktur fällt auf, dass der Frauenanteil im BMG deutlich höher als im Durchschnitt der Bundesverwaltung ist. Da es bei Frauen häufiger als bei Männern zu besonderen Belastungen bezüglich der Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf kommt, ist es nicht nur für die Analyse der Krankenstandszahlen bedeutsam, den Frauenanteil zu kennen. Ein hoher Frauenanteil unter den Beschäftigten des BMG erhöht den Stellenwert von Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf, um ungünstige gesundheitliche Auswirkungen von Doppelbelastung zu vermeiden.

Eine Erleichterung der Vereinbarkeit durch Flexibilisierung der Arbeit wird im BMG im Sinne der Verhältnisprävention angestrebt. So gibt es neben der Flexibilisierung der Arbeitszeit die Möglichkeit der Einrichtung von Telearbeitsplätzen und der Ausleihe von Laptops, um – etwa bei Erkrankung eines Kindes – spontan von zu Hause aus arbeiten zu können.

Für den Fall, dass mal ein Kind auf die Arbeit mitgenommen werden muss, steht im BMG in jeder Liegenschaft ein Mutter/Vater-Kind-Zimmer bereit. Darüber hinaus erhalten Beschäftigte, die Kinder zu betreuen haben, Unterstützung, bei der Suche nach Tagesbetreuungsplätzen. Seit 2009 hat das BMG die Zertifizierung Audit Beruf und Familie. 2012 erfolgte die erste Rezertifizierung. In diesem Jahr erfolgt die erneute Rezertifizierung.

Hohe Arbeitsbelastung

Auf Grund einer angespannten Haushaltslage im Bund mussten seit den 90er Jahren von Jahr zu Jahr Planstellen eingespart werden. Die Sparvorgaben zu den Planstellen waren auch im BMG wirksam, wobei die Aufgaben gleich blieben bzw. zunahmen. Dies führte zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung und folglich einer verstärkten Belastung der Beschäftigten. Um ungünstige gesundheitliche Auswirkungen bei den Beschäftigten zu vermeiden, ist es von wachsender Bedeutung, im Rahmen des BGM Belastungsschwerpunkte frühzeitig zu erkennen, um Verbesserungsmaßnahmen rechtzeitig einleiten zu können.

Laut dem Stressreport 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sind zentrale Stressfaktoren verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig betreuen (Multitasking-Anforderung), starker Termin und Leistungsdruck, häufig ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge, häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit, häufiges sehr schnelles Arbeiten, häufige Dienstreisen und das Denken in Legislaturperioden. Ein hohes Maß an Stress kann psychische Erkrankungen verursachen. Im Jahr 2013 machten die psychischen Störungen die größte Gruppe der Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente (43 Prozent) aus. Dies macht eine Ausrichtung des BGM auf psychische Störungen dringend erforderlich.

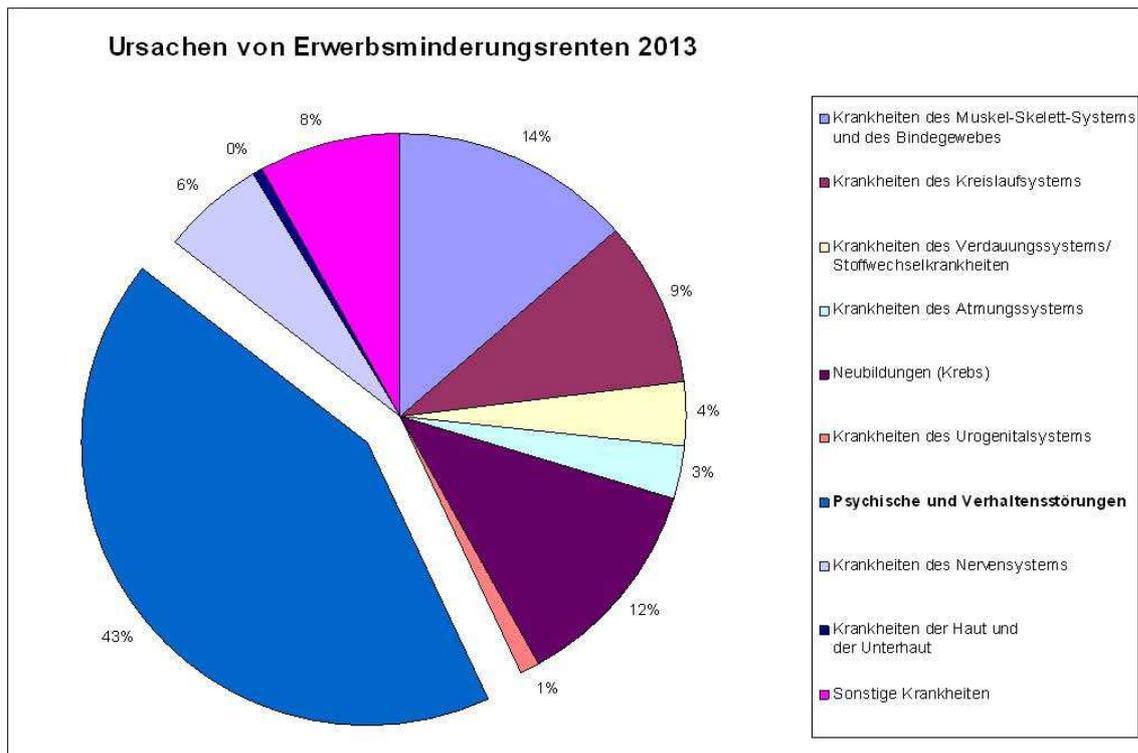


Abb. 2: Ursache von Erwerbsminderungsrenten 2013¹⁰

Für das Jahr 2014 wurde im BMG der Schwerpunkt für das BGM auf die psychischen Belastungen gelegt. In diesem Rahmen wurden verschiedene präventive Maßnahmen durchgeführt. So wurden für die Führungskräfte umfangreiche Schulungen mit dem Titel „Gesund Führen“ angeboten, da sie die Schlüsselrolle bei der Gestaltung der Arbeits- und Organisationsabläufe besitzen und der Führungsstil einen Einfluss auf die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten hat.

Des Weiteren wurden Stressbewältigungsseminare und Seminare zum Thema Resilienz für alle Beschäftigten durchgeführt und neben diversen Vortragsveranstaltungen auch Aktionstage Gesundheit zum Schwerpunktthema "Stress und Psyche" veranstaltet.

Teilnehmer und Verantwortliche

Im BMG wurde der Arbeitskreis Gesundheit (AKG) für die Planung und Umsetzung des BGM eingerichtet. Dieser setzt sich aus Vertretern/-innen der Dienststelle und des Personalrats, der Gleichstellungsbeauftragten und der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen zusammen. Bei Bedarf sollten auch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt und die Sozialberatung hinzugezogen werden. Der AKG hat die Aufgabe, alle für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Daten (z. B. Gefährdungs- und Belastungsanalysen, andere arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erhebungen,

¹⁰ Rentenzugang 2013, Deutsche Rentenversicherung

Fehlzeitenanalysen, Unfallstatistiken, Mitarbeiterbefragungen) und die Erfahrungen aus dem betrieblichen Eingliederungsmanagement zusammenzuführen, zu analysieren und zu bewerten. Daraus abgeleitet erarbeitet der AKG Vorschläge für Programme zur Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Senkung des Krankenstandes sowie zur Prävention im BMG und wertet die Ergebnisse aus.

Darüber hinaus sind alle Beschäftigten des BMG eingeladen, sich aktiv an den gesundheitsfördernden Maßnahmen zu beteiligen und ihrerseits Vorschläge einzubringen. Sie werden regelmäßig über Themen, Projekte und Termine des BGM informiert.

Die Bedeutung des BGM wird zukünftig signifikant steigen. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten und die Anzahl der Langzeiterkrankungen sind in Deutschland in den vergangenen Jahren angestiegen. Die Beschäftigten stehen unter einem starken Termin- und Leistungsdruck, der sie zunehmend psychisch belastet. Daher sind all diese Anstrengungen kein Selbstzweck. Der Bund braucht motivierte, leistungsfähige und gesunde Beschäftigte.

Strategische Ausrichtung des Gesundheitsmanagements in Berlin

Marion-Marianne Siebert

Einführung

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement der unmittelbaren Landesverwaltung fand im Jahr 1999 seine Anfänge mit der Verwaltungsreform- und Beschäftigungssicherungs-Vereinbarung 2000 (VBSV 2000). Als Nachfolgevereinbarung wurde im November 2007 mit dem Hauptpersonalrat für die Behörden, Gerichte und nichtrechtsfähigen Anstalten des Landes Berlin (HPR) zur strategischen, landesweiten Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements die Dienstvereinbarung über das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung (DV Gesundheit) abgeschlossen.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement des Landes Berlin ist Teil des (de-)zentralen Personalmanagements und bildet somit die Grundlage sowohl für strategische als auch für operative Entscheidungen.

Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es, die Beschäftigungsfähigkeit (Employability) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu erhöhen. Dabei geht es vor allem darum, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten sowie deren Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsbereitschaft zu bewahren und zu steigern. Gleichzeitig ist es erforderlich, durch zielgerichtete Maßnahmen gesundheitsgefährdenden Belastungen am Arbeitsplatz entgegenzutreten. Dies umfasst Gesundheitsgefährdungen zu erkennen, zu verhüten und abzubauen bzw. zu reduzieren. Sowohl physische wie auch psychische Faktoren müssen hierbei berücksichtigt werden.

Umsetzungsaktivitäten

Die operative Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagement wird auf der Ebene der einzelnen Dienststellen durchgeführt und bezieht alle Beschäftigte (Tarifbeschäftigte, Beamte und Beamtinnen sowie Berufsrichter/innen) im unmittelbaren Landesdienst einschließlich der entsprechend zur Ausbildung beschäftigten Personen ein.

Die strategische Ausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements orientiert sich an dem Ziel „Gesunde, lernbereite sowie adäquat eingesetzte Beschäftigte“.

Die strategische Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement in der unmittelbaren Landesverwaltung Berlin obliegt der Zentralen Stelle Gesundheitsmanagement bei der Senatsverwaltung für Inneres und Sport und dort dem Bereich strategische landesweite Organisations- und Personalentwicklung. Schwerpunkte der Aufgabenerledigung der Zentralen Stelle sind:

- die Steuerung und die Befassung mit Grundsatzangelegenheiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagement,
- die Bereitstellung von standardisierten Werkzeugen (z. B. Handlungshilfe Betriebliches Eingliederungsmanagement, Standardfragebogen für eine Mitarbeiter/innen-Befragung),

- die Organisation und Koordination von Erfahrungsaustausch (Bildung von Netzwerken, Durchführung einer alle 2 Jahre wiederkehrenden Veranstaltung „Gesundheitsforum“ [der Tagungsband der Veranstaltung „Gesundheitsforum 2014“ ist über den Link <http://www.fu-berlin.de/sites/weiterbildung/weiterbildungsprogramm/pdf/gf/gesf.pdf> abrufbar])
- Qualifizierungs- und Beratungskonzept in Abstimmung mit Fortbildungseinrichtungen (Qualifizierung von Beschäftigten zu Gesundheitskoordinatorinnen/Gesundheitskoordinatoren, Qualifizierung der Führungskräfte bzw. des Führungskräftenachwuchses)
- Berichtswesen gegenüber dem Parlament (vgl. Abb. 1)

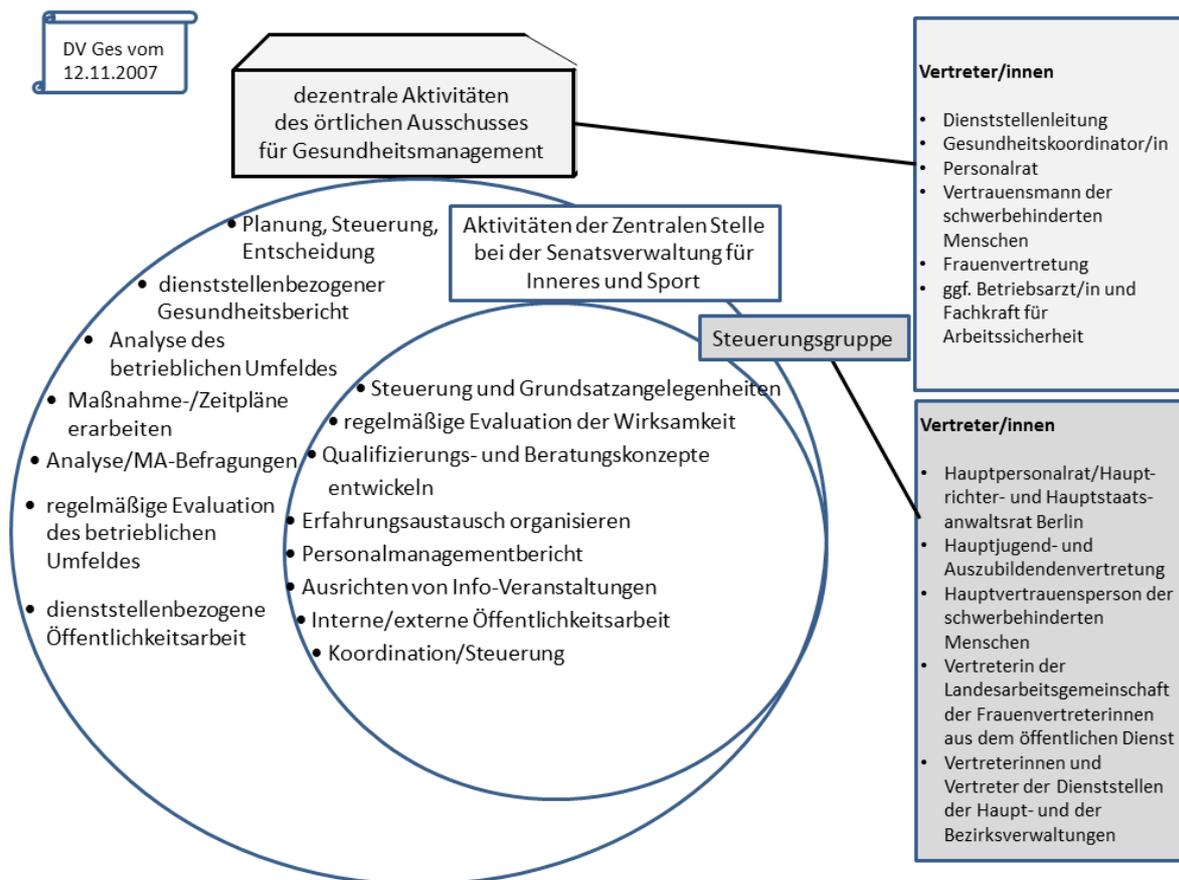


Abb.1: Zentrale und dezentrale Handlungsfelder des Gesundheitsmanagements

Welche Schwerpunkte bei der Aufgabenerledigung der Zentralen Stelle Gesundheitsmanagement gesetzt werden, wird innerhalb der dienststellenübergreifenden Steuerungsgruppe Gesundheitsmanagement erörtert und festgelegt. Die Steuerungsgruppe ist bei der Senatsverwaltung für Inneres und Sport angesiedelt und setzt sich aus Vertreterinnen/Vertretern des HPR, einschließlich des Haupttrichter- und Hauptstaatsanwaltsrates Berlin, der Hauptjugend- und Auszubildendenvertretung, der Vertreterin der Landesarbeitsgemeinschaft der Frauenvertreterinnen aus dem öffentlichen Dienst, der Hauptvertrauensperson der schwerbehinderten Menschen und Vertreterinnen und Vertreter aus der Haupt- und Bezirks-

verwaltung zusammen. Die jeweilige Schwerpunktsetzung wird aus den Erkenntnissen aus der gemeinsamen Prozessbetrachtung und -bewertung (Controlling und Evaluierung) des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der unmittelbaren Landesverwaltung abgeleitet.

Wie eingangs erwähnt, ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement integraler Bestandteil des Personalmanagements. Die schon in Teilen sehr gute funktionierende Verzahnung von Personalmanagement/Personalentwicklung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement einschließlich des Arbeitsschutzes wird durch die strategische Ausrichtung gefördert.

Die in den vergangenen Jahren erheblichen und vielschichtigen Konsolidierungs- und Umstrukturierungserfordernisse (Haushaltsverschuldung, Aufgabeprioritäten, Arbeitsverdichtung) sowie die Herausforderungen des demografischen Wandels führten zu umfangreichen Veränderungsprozessen mit erheblichen Herausforderungen für die Beschäftigten.

Um diese Wirkungen gesundheitsfördernd zu steuern, wird mit dem HPR über den Abschluss einer Dienstvereinbarung Personalmanagement verhandelt. Mit der Dienstvereinbarung sollen lebensphasenorientierte Rahmenbedingungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, die Personalentwicklung und die Organisationsentwicklung miteinander verzahnt und verbindlich festgelegt werden (vgl. Abb. 2).

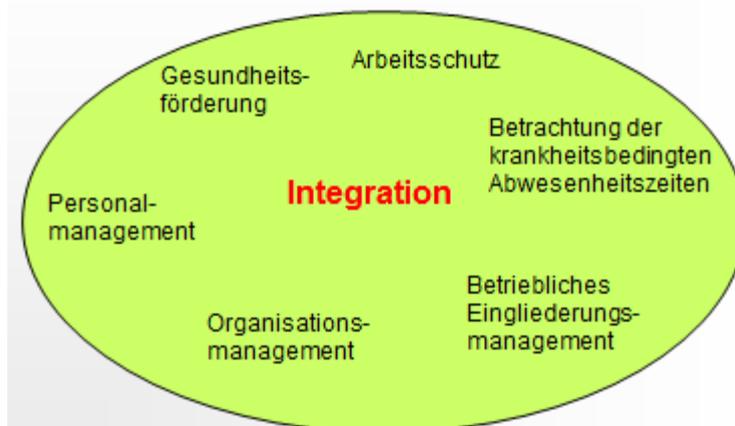


Abb. 2: Verzahnung betrieblicher Management-Aktivitäten im Umfeld des Gesundheitsmanagements

Als ein wichtiges Instrument zur Umsetzung gesundheitsfördernden Maßnahmen stellt die Zentrale Stelle Gesundheitsmanagement den Dienststellen im Rahmen der strategischen landesweiten Organisations- und Personalentwicklung mit Unterstützung wissenschaftlicher Begleitung von Frau Prof. Dr. Ducki - Professorin an der Beuth Hochschule für Technik Berlin am Fachbereich I: Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften - einen qualitätsgesicherten Standardfragebogen für eine gegenderte Mitarbeiter/innen-Befragung zur Verfügung. Mit dem Fragebogen können unter anderem Fragen zu verwaltungs- und genderspezifischen Belastungen und Ressourcen sowie verschiedenen Aspekten körperlicher und psychischer Gesundheit erfasst werden. Abgeleitet vom Ergebnis der Befragung können an den konkreten Bedarfen orientierte Maßnahmen in den Dienststelle im Sinne der Zielsetzungen des Gesundheitsmanagements entwickelt und eingesetzt werden.

Der Standardfragebogen wird kontinuierlich den Erfordernissen angepasst. Mit der letzten Anpassung kann dieser Fragebogen, nach Absprache mit der Unfallkasse Berlin als gesetzliche Unfallversicherung des Landes Berlin und der Fachaufsicht „Arbeitsschutz und technische Sicherheit“ der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen gleichzeitig als Gefährdungsbeurteilung „psychische Belastungen“ genutzt werden, wenn

- - eine Dokumentation der Ergebnisse,
- - die Information der Beschäftigten über die Ergebnisse,
- - das Ableiten und die Umsetzung von Maßnahmen sowie
- - die Überprüfung der Wirksamkeit

erfolgt. Diese Bedingungen sind grundsätzlich auch bei der Durchführung einer Mitarbeiter/innen-Befragung zu beobachten. Es macht aber Sinn zur Vermeidung von Doppelarbeit Arbeitsschutz und Betriebliches Gesundheitsmanagement eng zu verzahnen.

Mit dem öffentlichen Berichtswesen schafft die Zentrale Stelle Gesundheitsmanagement die Grundlage für ein effektives Controlling des Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Berliner Landesverwaltung. Ein wesentliches Feld bei der Evaluierung des Gesundheitsmanagements ist die Betrachtung des Indikators „Pauschale Gesundheitsquote“. Die pauschale Gesundheitsquote ist der „Anteil der Krankentage ohne gemeldete Erkrankungen an der Gesamtzahl der Kalendertage aller Beschäftigten seit dem Stichtag in Prozenten je Organisationseinheit“. Die Auswertung der pauschalen Gesundheitsquote erfolgt einmal jährlich für das zurückliegende Jahr durch die Statistikstelle Personal bei der Senatsverwaltung für Finanzen. Die Betrachtung der Gesundheitsquote erlaubt Tendenzaussagen zur Änderungen im Krankheitsgeschehen in Bezug auf Altersstrukturveränderungen, Personalab- und zugänge sowie die Krankheitsdauer. Somit trägt die Analyse der Gesundheitsquote u.a. mit dazu bei, die strategische Ausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement an vorherrschende Gegebenheiten anzupassen.

Der bisherige landesweite Gesundheitsbericht über das Betriebliche Gesundheitsmanagement wird seit 2013 zusammen mit dem Benchmarking-Bericht und dem Bericht zur Aus- und Fortbildung zu einem Personalmanagementbericht zusammengefasst. Die Zusammenführung der bisherigen Einzelberichte zu einem Bericht hat das Ziel, das Thema Personalmanagement in der Berliner Verwaltung mit seinen vielfältigen Aktivitäten als Querschnittsaufgaben besser in der verwaltungspolitischen Diskussion und der öffentlichen Debatte zu positionieren. Hierdurch können u.a. die vielfältigen und miteinander verbundenen Aspekte des Personal- und Gesundheitsmanagements transparenter und ansprechender dargestellt werden. Nicht wenige Aus- und Fortbildungen können schließlich auch unter den strategischen Zielsetzungen des Gesundheitsmanagements betrachtet werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung kann jedoch nicht nur „top-down“ verordnet werden – sie muss immer auch vorgelebt und vor Ort erlebt, also „bottom-up“ erarbeitet werden.

Auch für die operative Umsetzung in den einzelnen Dienststellen der unmittelbaren Landesverwaltung gibt es ein entsprechendes Gremium. Der Ausschuss für Gesundheitsmanagement (AGM), als Planungs- Steuerungs- und Entscheidungsgremium analysiert das betriebliche Umfeld, z. B. durch die Durchführung einer Mitarbeiter/innen-Befragung, leitet aus den Erkenntnissen der Analyse zielgerichtete Maßnahmen ab und erarbeitet ein Aktionsprogramm. Ein gutes Analyseinstrument für den AGM ist der jährlich zu erstellende örtliche Gesund-

heitsbericht. Gleichzeitig mit der Veröffentlichung des örtlichen Gesundheitsberichtes betreibt die Dienststelle ihre Öffentlichkeitsarbeit. Für den organisatorischen Ablauf innerhalb des AGM stellt die Zentrale Stelle Gesundheitsmanagement den Dienststellen eine MusterGeschäftsordnung zur Verfügung. Diese ist als Rahmen zu betrachten und kann von den jeweiligen Dienststellen entsprechend der Erfordernisse vor Ort ergänzt werden.

Fazit und Ausblick

Der im Land Berlin eingeschlagene Weg der zentralen Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bei dezentraler, an den spezifischen Problemlagen und Herausforderungen angeknüpfter Umsetzungsverantwortung, geht in die richtige Richtung. Mit den zur Verfügung gestellten Werkzeugen, wie zum Beispiel dem Standardfragebogen für eine Mitarbeiter/innen-Befragung und einer geschaffenen Musterstruktur für die örtlichen Gesundheitsberichte können die Dienststellen die Ist-Situation analysieren, um die dezentrale Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement gezielt auszurichten. Der systematischen Führungskräfte- und Führungskräftenachwuchsentwicklung wird einer besonderen Bedeutung beigemessen. Die Sensibilisierung der Führungskräfte für einen gesundheitsorientierten Führungsstil wird, neben den bereits bestehenden Angeboten der Verwaltungsakademie und den zunehmenden Inhouse-Angeboten in den Behörden, von der Zentrale Stelle Gesundheitsmanagement in der Form unterstützt, dass bei der finanziellen Unterstützung für die Umsetzung von dezentralen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung solche Maßnahmen die höchste Priorität haben.

Die Betrachtung der landesweiten Gesundheitsquote zeigt erste positive Veränderungen in der Gesamtquote. Gleichzeitig zeigt die Betrachtung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten von über 42 Kalendertagen das Erfordernis einer vertieften Auseinandersetzung mit den sog. Langzeiterkrankungen. Mittels einer Revision der von der Zentrale Stelle Gesundheitsmanagement entwickelten Handlungshilfe Betriebliches Eingliederungsmanagement nebst Anlagen soll die Akzeptanz der Annahme des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verbessert werden. Des Weiteren wird gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Finanzen ein Konzept für ein spezielles Langzeitkranken-Management erarbeitet. Das Konzept wird Abläufe beschreiben, wie unter Mitarbeit der/des jeweiligen Langzeiterkrankten ein Arbeitsgebiet gefunden werden kann, welches einer Stabilität der Gesundung zuträglich ist.

Das Gesundheitsmanagement des Landes Berlin ist in seinem Zusammenziel von landesweiter Steuerung und dezentraler Verantwortung für die bedarfsgerechte Umsetzung vor Ort gut aufgestellt, um die mit der Verwaltung einer wachsenden Metropole im Herzen Europas verbundenen vielfältigen Herausforderungen für die Aufrechterhaltung der psychischen und physischen Gesundheit der Beschäftigten anzunehmen.

- ▶ Marion-Marianne Siebert ist Mitarbeiterin der Senatsverwaltung für Inneres und Sport – Zentrale Stelle Gesundheitsmanagement – und hier für die strategische Ausrichtung des Gesundheitsmanagements verantwortlich.

Einführung eines Gesundheitsmanagements an der Hochschule des Bundes – Erste Schritte und Erfahrungen

Elke Driller

1 Einleitung

„Der **demografische Wandel** bedeutet neben den Fragen der Globalisierung wahrscheinlich die größte Veränderung unseres gesellschaftlichen Lebens, aber auch des persönlichen Lebens jedes Einzelnen in der ersten Hälfte des 21. Jahrhunderts.“ (Bundesregierung, 2012)

Mit diesen Worten eröffnete Bundeskanzlerin Angela Merkel am 04. Oktober 2012 ihre Rede anlässlich des ersten Demographiegipfels der Bundesregierung gemeinsam mit Ländern, Kommunen, Verbänden, Sozialpartnern und anderen Akteuren der Zivilgesellschaft in Berlin. Ziel der Veranstaltung sollte der Dialog zwischen Wirtschaft und Zivilgesellschaft mit der Politik sein, um so gemeinsam den Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels zu planen und diesen begegnen zu können.

Bereits seit der Veröffentlichung der Demographiestrategie der Bundesregierung „Jedes Alter zählt“ am 25. April 2012 sind Aktualität und Herausforderungen des demografischen Wandels auf allen politischen Ebenen Deutschlands angekommen (vgl. Bundesregierung, 2012). Jedoch stehen Bund, Länder und Kommunen vor einer zweifachen Problemstellung: Neben der externen Begegnung des demografischen Wandels im jeweiligen politischen Einflussbereich müssen diesem auch innerhalb der Verwaltung Antworten und Lösungen entgegengebracht werden, damit die Handlungsfähigkeit des öffentlichen Dienstes sowohl personell als auch strukturell in Zukunft erhalten bleibt. Hierbei gewinnt zunehmend die Gesunderhaltung der Beschäftigten und damit die Implementation von Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz an Bedeutung.

Nachfolgend werden daher die Ursachen des demografischen Wandels in Deutschland betrachtet, mit besonderem Fokus auf die Beschäftigten der Bundesverwaltung. Im Weiteren wird am Beispiel der Hochschule des Bundes die exemplarische Einführung von Gesundheitsmanagement aufgezeigt.

2 Wozu betriebliches Gesundheitsmanagement?

Handlungsfelder und -bedarfe

Zunächst ist die Entwicklung der Anzahl der Geburten und Sterbefälle zu betrachten, um den demographischen Wandel in Deutschland zu nachzuvollziehen. In den Jahren 1947 bis 1971 lag eine positive Bilanz der Bevölkerungsentwicklung vor, in der mehr Geburten als Sterbefälle verzeichnet werden konnten. Dieser Trend endete 1972 und konnte seitdem nicht mehr umgekehrt werden (Statistisches Bundesamt, 2014). Hierbei ist anzumerken, dass der Trend der sinkenden Geburten sich selber verstärkt:

Wenn weniger Frauen geboren werden und die Anzahl an Geburten pro Frau nicht ausreichend steigt, kommt es zwangsläufig zu einer Fortsetzung der negativen Entwicklung der Geburtenzahlen, da sukzessive die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter und mit ihr die Anzahl der Nachkommen sinkt.

Hier findet sich die erste Ursache der demografischen Alterung, da aufgrund der rückläufigen Entwicklung der jüngeren Bevölkerungsgruppen eine Verschiebung der Altersstruktur und eine Erhöhung des Altersdurchschnitts zugunsten der älteren Bevölkerung stattfinden.

Eine weitere Ursache der demografischen Alterung ist die ansteigende Lebenserwartung der Bevölkerung. So hat sich seit 1990 die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Kindes von 79 Jahren für eine Frau bis zum Jahr 2011 auf 83 Jahre erhöht, für einen Mann von 1990 bis 2011 von 73 Jahren auf 78 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2012). Entsprechend der Schätzung des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung wird die Lebenserwartung bis 2060 auf 89 Jahre für eine Frau beziehungsweise 85 Jahre für einen Mann steigen (ebd.). Diese Entwicklung stellt in der Zusammenwirkung mit der sinkenden, respektive niedrigen Geburtenrate einen weiteren Faktor der demografischen Alterung Deutschlands dar.

Der gleiche Trend kann auch bei den Beschäftigten der Bundesverwaltung beobachtet werden. So konnte Hoffmeister (2014) anhand der Gesundheitsberichte der Bundesverwaltung zeigen, dass seit 1993 das Durchschnittsalter der Beschäftigten des Bundes (Tarifbeschäftigte und Beamte) bis heute um 3,5 Jahre gestiegen ist.

Diese Entwicklungen lassen sich anhand der nachfolgenden Abbildung sehr gut ablesen. Die blaue Linie zeichnet die Altersverteilung im Jahr 2010 nach, die rote die prognostizierte Altersverteilung im Jahr 2030. Sehr deutlich ist zu erkennen, dass gerade die Jüngeren (bis Mitte 30) von einem Bevölkerungsrückgang betroffen sind (minus 2,4 Mio.) und die mittlere Altersgruppe (zwischen Mitte 30 bis Ende 50). Diese Altersgruppe – die auch einen hohen Anteil der Beschäftigten in Deutschland stellen – verzeichnen einen Rückgang von minus 5,5 Mio. Dagegen steigt der Anteil der Älteren (hier ab 60 Jahre) in Deutschland an. Zudem ist Deutschland von einem weiteren, generellen Bevölkerungsrückgang betroffen. Je nach Zuwanderungspolitik schrumpft die deutsche Bevölkerung nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2030 um 6 Mio. Menschen.

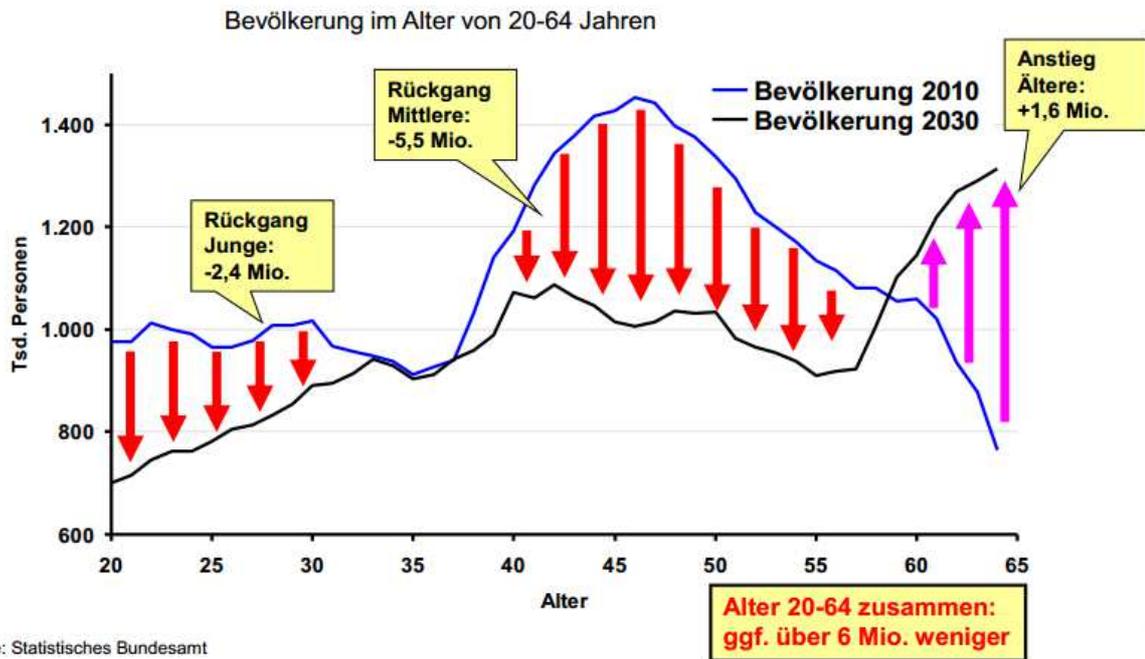


Abb. 1: tatsächliche und prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in Deutschland im Jahr 2010 und 2030

Grundsätzlich ist ein steigendes Durchschnittsalter sicherlich als Errungenschaft unserer Zeit zu betrachten, also nicht weiter dramatisch.

Allerdings zeigen Forschungsergebnisse sowie Daten der Krankenversicherer, dass ältere Beschäftigte ein anderes Krankenverhalten am Arbeitsplatz aufweisen als junge. Mit steigendem Alter steigt gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für chronische und schwere Erkrankungen. Diese schweren bzw. chronischen Erkrankungen sind im Verlauf mit einer längeren Erkrankungsdauer assoziiert, so dass Beschäftigte am Arbeitsplatz längere Zeit ausfallen. Die nachfolgende Graphik zeigt dazu einen interessanten Verlauf: Je jünger die Arbeitnehmer, desto häufiger sind sie von Erkrankungen betroffen. Doch die Erkrankungsdauer (gemessen in AU-Tagen) steigt mit zunehmendem Alter.

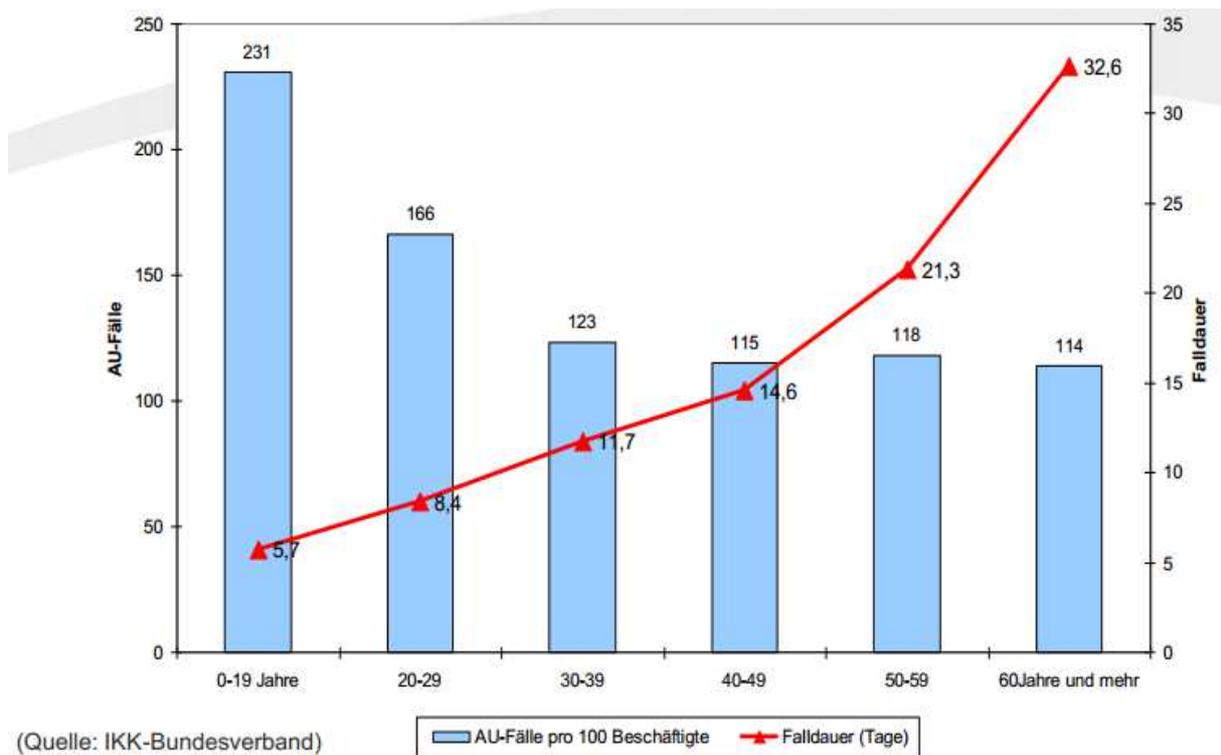


Abb. 2: Anzahl der AU-Fälle pro 100 Beschäftigte sowie Anzahl der AU-Tage nach Alter

Die gleiche Entwicklung konnte Hoffmeister (2014) auch für die Beschäftigten der Bundesverwaltung nachweisen. Während die „unter 25-Jährigen“ im Durchschnitt 10 Tage aufgrund einer Erkrankung am Arbeitsplatz absent sind, steigt die Zahl der Krankentage bei den über 60-Jährigen auf 25 Tage an.

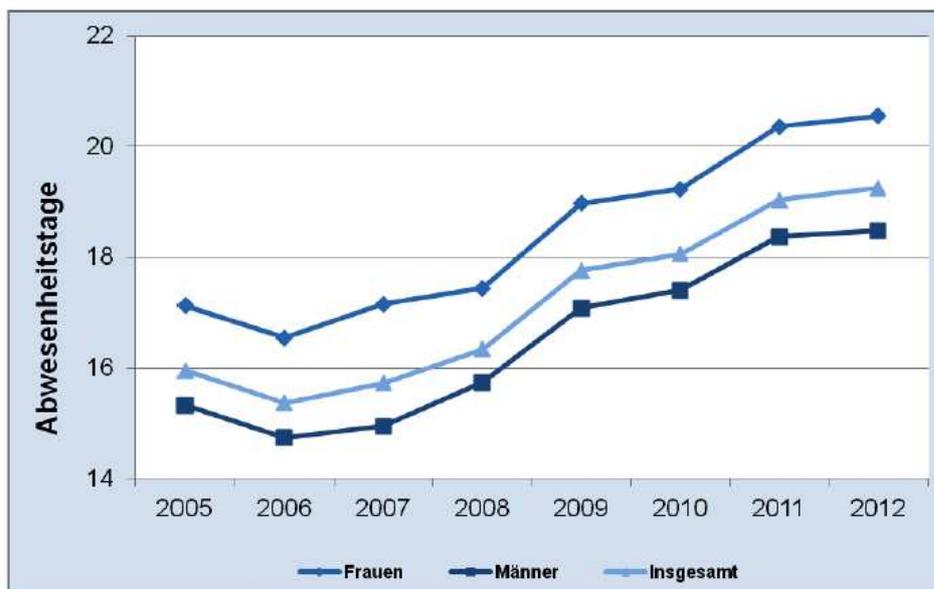
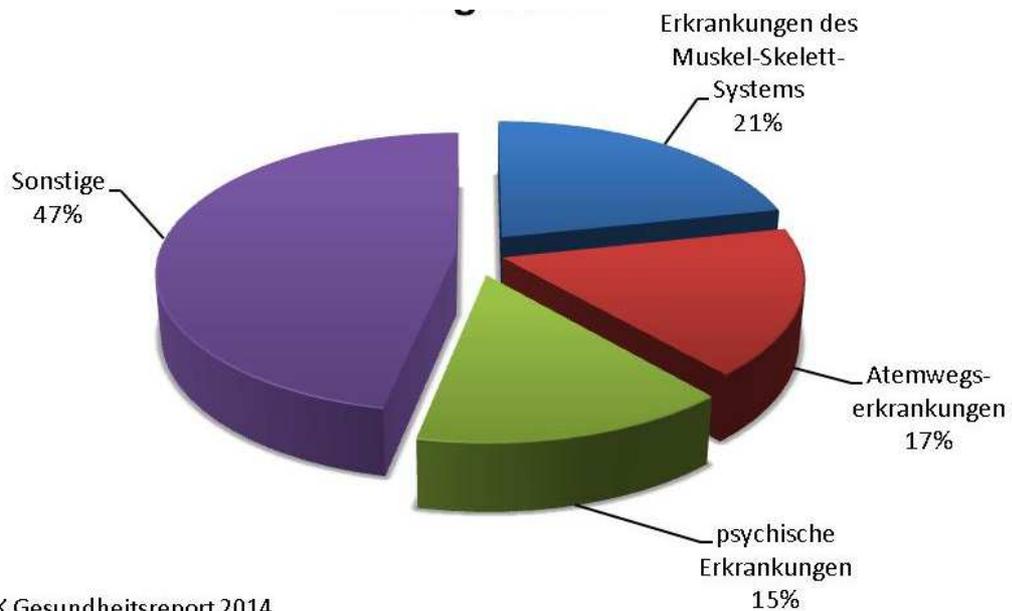


Abb. 3: Durchschnittliche Abwesenheit je Beschäftigtem nach Altersgruppen in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2012, aus Hoffmeister (2014): 533.

Neben der demographischen Entwicklung und der Tatsache, dass Deutschland altert, ist ein weiteres Phänomen in der Arbeitswelt in Deutschland zu beobachten. Gemessen an der Gesamtzahl aller AU-Tage im Jahr 2013 nehmen **psychische Erkrankungen** einen steigenden Anteil ein. Derzeit sind psychische Erkrankungen für 15% aller AU-Tage verantwortlich. Auch hier ist die Erklärung einfach: Psychische Erkrankungen verursachen Ausfallzeiten am Arbeitsplatz von etwa 40 Tagen, gegenüber 14 Tagen bei allen anderen Erkrankungen.



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2014

Abb. 4: Krankheitsursache der angefallenen AU-Tage im Jahr 2013

Dieses Phänomen ist in den Daten aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu beobachten. Zudem kann auf der Grundlage der Krankenversicherungsdaten festgestellt werden, dass aufgrund einer psychischen Erkrankung der durchschnittliche Anteil an den AU-Tagen in den letzten 15 Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Während der Anteil im Jahr 2000 noch bei etwa 6% lag, ist der Anteil bis zum Jahr 2010 bereits auf 13% gestiegen, im Jahr 2015 lag der Anteil bei 15% (Bundespsychotherapeutenkammer 2011).

Aufgrund der gezeigten Entwicklungen – der Alterung der deutschen Gesellschaft und des Anstiegs der psychischen Erkrankungen – stellt sich die Frage, inwiefern Präventionsmaßnahmen greifen können, um die derzeitige Tendenz abzumildern. Die nachfolgende Graphik vermittelt den Eindruck, dass in Deutschland im Bereich der **Prävention** noch Luft nach oben ist und hier noch nicht alle Potentiale ausgeschöpft werden. Aufgeteilt nach weiblichem und männlichem Geschlecht werden die beschwerdefreien Jahre dargestellt, die im Durchschnitt verlebt werden. Datengrundlage sind Erhebungen von Eurostat, dem statistischen Amt der Europäischen Union. Bei der Darstellung einiger europäischer Länder zeigt sich, dass sich Frauen und Männer in Schweden, Frankreich, Spanien, den Niederlanden oder Österreich zum Teil deutlich länger eines beschwerdefreien Lebens erfreuen können als in Deutschland lebende Menschen.

Während Frauen und Männer in Schweden durchschnittlich 68 bzw. 69 Jahre ohne chronische Erkrankung leben, gelingt dies in Deutschland lediglich 57 bzw. 56 Jahre. Der Abstand zum Spitzenreiter Schweden beträgt damit für Frauen ganze elf Jahre und für Männer ganze 13 Lebensjahre.

Die Frage, die sich daher stellt, lautet: Nutzen wir wirklich ausreichend die vielen Möglichkeiten, Gesundheit zu fördern? Die gerade vorgestellten Zahlen legen nahe, dass diese Frage insbesondere in Deutschland derzeit verneint werden muss: in Deutschland bleibt scheinbar großes Präventionspotential ungenutzt. So zeigt sich im Bereich Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz derzeit ein Umsetzungsgrad von 20%. Noch viel weniger ist über die Wirksamkeit der implementierten Strategien bzw. der Maßnahmen am Arbeitsplatz zur Förderung der Gesundheit bekannt. Hier besteht sicherlich sehr großer Handlungsbedarf und ein immenses Potential, von den Erfahrungen anderer zu lernen.

Nachfolgend wird daher am Beispiel der Hochschule des Bundes (HS Bund) gezeigt, wie bei der Implementation von Gesundheitsmanagement in diesem konkreten Fall vorgegangen wurde.

3 Wie alles anfing und wo wir derzeit stehen...

Gesundheitsmanagement an der Hochschule des Bundes

Aufgegriffen wurde das Thema Gesundheitsmanagement an der HS Bund durch die Rahmenvereinbarung des Bundesministeriums des Inneren (BMI) im Jahr 2013. Zwischen dem Hauptpersonalrat und der Behördenleitung des BMI wurde eine Dienstvereinbarung abgeschlossen, die allen anderen nachgeordneten Behörden eine Orientierungshilfe bieten sollte, selbst eine spezifizierte Dienstvereinbarung abzuschließen bzw. erste Strukturen und Prozesse zu schaffen, um Gesundheitsmanagement in allen nachgeordneten Geschäftsbereichen einzuführen. In der Einstiegsphase wurde im März 2014 das Team Gesundheitsmanagement an der HS Bund zusammengestellt und ernannt. Über die **Ernennung** sowie die ersten Schritte im Gesundheitsmanagement wurden alle Beschäftigten mittels eines Flyers informiert. Das Gesundheitsmanagement-Team besteht dabei aus einer Beamtin des Personalreferats der HS Bund und einer Hochschullehrerin mit einem Forschungshintergrund im Bereich Arbeit und Gesundheit.

Im nächsten Schritt innerhalb des Gesundheitsmanagement-Zyklus im Mai 2014 fand mit der Hausleitung (Präsident und Kanzler), den ReferatsleiterInnen, den DekanInnen sowie den FunktionsträgerInnen ein halbtägiger Workshop zur **Schaffung von Strukturen und Prozessen** statt. Hier wurden erste Entscheidungen über die Einrichtung eines Arbeitskreises Gesundheit, über Verantwortlichkeiten und Entscheidungswege innerhalb der HS Bund, über ein Logo und über die Entwicklung einer Dienstvereinbarung zum Gesundheitsmanagement getroffen.

Kurt Lewin – ein bekannter Psychologe –, der sich mit der Frage beschäftigt hat, wie Veränderungen in ein System implementiert werden können, schreibt: „Der Erfolg einer Veränderung hängt vom Grad der Beteiligung der Betroffenen ab“ (Lewin 1947). So wurde an der HS Bund bereits in der Anfangsphase ein Arbeitskreis Gesundheit gemeinsam mit dem Personalrat der HS Bund und den Funktionsträgern Gleichstellung, Schwerbehindertenvertretung und

Datenschutz initiiert. Getagt wird nach Bedarf, je nach Themenstellung werden weitere „Beteiligte“ der HS Bund eingeladen. Bei der Zusammenstellung des Arbeitskreises wurden nicht ausschließlich FunktionsträgerInnen zur Mitwirkung eingeladen, sondern ebenso Beschäftigte mit hohem Engagement. So wurden aus unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen Promotoren aktiviert, um möglichst in dem Vorhaben, Gesundheitsmanagement an der Hochschule systematisch zu etablieren, unterstützt zu werden. Die Resonanz war sehr gut. Die Bereitschaft, mit anzupacken, ist nach wie vor erstaunlich. Angelehnt an das Promotorenmodell von Witte (1973) versteht sich das Gesundheitsmanagement-Team in erster Linie als Prozess-Promotoren; je nach Thema wechselt der Arbeitskreis in seiner Zusammensetzung (Eingeladene sind etwa Vertreter des Mensarats, Ärztlicher Dienst, Sozialer Dienst des BMI, Studierendenvertreter), der weiter oben beschriebene feste Kern bleibt hingegen immer bestehen.

Im August 2014 wurde ein Entwurf der **Dienstvereinbarung** der Leitung und der Personalvertretung vorgelegt, im Januar 2015 wurde der Entwurf der Dienstvereinbarung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) mit der Hausleitung abgestimmt und im Februar 2015 im Rahmen einer Besprechung mit dem Arbeitskreises den Interessenvertretern der HS Bund vorgestellt und zur Stellungnahme vorgelegt.

In einem feierlichen Akt im Rahmen eines Gesundheitstages wird die Dienstvereinbarung im Oktober 2015 vom Präsidenten der HS Bund und dem Vorsitzenden des Personalrats unterzeichnet.

John P. Kotter beschäftigt sich seit Anfang der 1990er Jahre mit der Implementierung von Veränderungen in Arbeitsorganisationen. In seinen Publikationen zum organisatorischen Wandel fordert Kotter für ein erfolgreiches Changemanagement: „Sorgen Sie so schnell wie möglich für einige kurzfristige und sichtbare Erfolge“. Nachdem auf einer Personalversammlung seitens der Beschäftigten auch kritische Stimmen hinsichtlich unserer Sichtbarkeit laut wurden, wurde uns bewusst, dass die Beschäftigten seit der Ernennung des Gesundheitsmanagement-Teams nichts mehr von konkreten Aktivitäten gehört oder gesehen hatten. Es waren immerhin schon sechs Monate vergangen, in denen der Arbeitskreis sowie das Gesundheitsmanagementteam gearbeitet hatten, allerdings war das für die Beschäftigten – die nicht direkt beteiligt waren – in keinsten Weise sichtbar. Aus diesem Grund wurde recht kurzfristig im Dezember 2014 die Plakatversion der **psyGA-Wanderausstellung zum Thema Stress** (weitere Informationen: <http://www.für-unsere-arbeit.de/>) im Foyer der HS Bund mit sehr guter Resonanz seitens der Studierenden und Beschäftigten als Plakatversion ausgestellt. Parallel dazu wurde gemeinsam mit der Schwerbehindertenvertretung ein Gesundheitsraum eingerichtet, der eine freundliche Gesprächsatmosphäre für Gespräche der Beschäftigten mit dem ärztlichen-sozialen Dienst des Bundesinnenministeriums bzw. für Studierende mit der psycho-sozialen Beratungsstelle ermöglicht.

4 Wie geht's weiter...?

Ein Blick in die Ferne...!

Derzeit plant das Team Gesundheitsmanagement gemeinsam mit der Studierendenvertretung der HS Bund einen **Gesundheitstag** im Oktober 2015. Wie bereits weiter oben erwähnt soll in einer Auftaktveranstaltung die Dienstvereinbarung offiziell unterzeichnet werden.

Mit dem Gesundheitstag soll den Beschäftigten die Möglichkeit geboten werden, sich intensiv über gesundheitliche Themen und gesunde Lebensweisen zu informieren, sich mit Experten über interessante Gesundheitsthemen auszutauschen, sich unverbindlich beraten zu lassen oder im Bereich Bewegung, Entspannung und Ernährung mal etwas ganz Neues auszuprobieren. Der geplante Gesundheitstag soll dabei als Impulsgeber gesehen werden, der zu einer positiveren Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit führen kann. Das primäre Ziel eines Gesundheitstages an der HS Bund besteht demnach darin, Beschäftigte für relevante Gesundheitsthemen zu sensibilisieren, zum Nach- und Umdenken anzuregen und sie beim Thema Gesundheit an der HS Bund zu Beteiligten zu machen. Darüber hinaus soll ein Gesundheitstag an der HS Bund als Initialzündung für zukünftige Aktionen im Bereich der Gesundheitsförderung verstanden werden (z. B. über die geplante Mitarbeiterbefragung zum Thema Gesundheit, den für die psycho-soziale Beratungsgespräche zur Verfügung stehenden Gesundheitsraum sowie über die „bis dahin abgeschlossene“ Dienstvereinbarung zum Gesundheitsmanagement zu informieren).

Zum Ende des Jahres soll zudem eine **Mitarbeiterbefragung** zum Thema „Gesundheit an der HS Bund“ stattfinden. Hierüber werden die Beschäftigten im Rahmen des Gesundheitstages sowie durch Flyer und Poster informiert. Die Befragung wird völlig anonym durchgeführt, die demographischen Angaben aufgrund der eher geringen Mitarbeiterzahl von 175 Beschäftigten werden auf einem gesonderten Bogen erfasst, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Personen möglich sind. Im Projektzyklus Gesundheitsmanagement geht es danach erst richtig los. Auf der Grundlage der gewonnenen Daten werden alle Ergebnisse an die Beschäftigten zurückgespielt, in **Workshops** – über alle Hierarchieebenen hinweg – die Ergebnisse diskutiert und schließlich **konkrete Maßnahmen** geplant und umgesetzt.

5 Was wir bisher gelernt haben...

In der Arbeit zum Thema Gesundheit orientieren wir uns an der HS Bund weiterhin an den Empfehlungen John P. Kotter, der zusammenfassend meint:

- Erfolge feiern,
- Tiefschläge ernst nehmen,
- von anderen lernen.

Gerade im letzten Punkt zeigt sich die bisherige Erfahrung an der HS Bund: Der Erfahrungsaustausch mit anderen Bundesbehörden oder Hochschulen ist sehr fruchtbar, tut gut und bringt viele neue Impulse. Probleme, Hindernisse, Herausforderungen bei der Implementierung von Gesundheitsmanagement haben andere bereits durchlebt. So hat sich das Gesund-

heitsmanagement-Team verschiedenen Netzwerken und Arbeitsgruppen angeschlossen, um informiert, aber auch motiviert zu bleiben.

Literatur

- BKK Bundesverband (Hrsg.).(2014). BKK Gesundheitsreport 2014. Zugriff am 10.07.2015: <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/diagramme/artikel/bkk-gesundheitsreport-2014/>
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.).(2011). BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen - Keine Frage des Alters. Zugriff am 10.07.2015 unter: http://www.bptk.de/uploads/media/2011_BPtK-Studie_Arbeitsunfaehigkeit-2010.pdf.
- Bundesregierung (Hrsg.).(2008). Jedes Alter zählt. Demographiestrategie der Bundesregierung. Zugriff am 10.07.2015 unter http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Demografie/demografiestrategie-langfassung.pdf?__blob=publicationFileBundesregierung
- (Hrsg.).(4.10. 2012). Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel anlässlich des „Demografieipfels“. Zugriff am 10.07.2015 unter: <http://www.bundesregierung.de/ContentArchiv/DE/Archiv17/Reden/2012/10/2012-10-04-bkin-demografieipfel.html>
- DAK Gesundheit (Hrsg.).(2014). Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Zugriff am 10.07.2015 unter: http://www.dak.de/dak/download/Praesentation_Gesundheitsreport_2014-1374198.pdf.
- Hoffmeister, S. (2015). Betriebliches Gesundheitsmanagement und krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2014. Berlin: Springer Verlag, S. 525-534.
- Kotter, J.P. (2006). Das Pinguin-Prinzip. Wie Veränderung zum Erfolg führt. München: Droemer/Knaur.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics. *Human Relations* 1, 5-41.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.).(2012). Durchschnittliche weitere Lebenserwartung nach Altersstufen 1871-81 bis 2009-11. Zugriff am 10.07.2015 unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/Lebenserwartung.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Zusammenfassende Übersichten Eheschließungen, Geborene und Gestorbene. Wiesbaden.
- Witte, E. (1973). Organisation für Innovationsentscheidungen – Das Promotoren-Modell. Göttingen: Schwartz.
- ▶ Prof. Dr. Elke Driller, Hochschule des Bundes für Öffentliche Verwaltung, Brühl. Studium der Diplom-Sozialwissenschaften an der Bergischen Universität Wuppertal. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Versorgungsforschung Köln an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Juniorprofessorin an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, seit 2013 Professorin an der Hochschule des Bundes für Organisations- und Sozialpsychologie.

Verortung von Lehrinhalten zum Gesundheitsmanagement in den Curricula der Studiengänge der Fachhochschulen für die öffentliche Verwaltung – Möglichkeiten und Anregung

Lothar J. Hellfritsch

1 Persönlicher Hintergrund meiner Intention für dieses Thema

Durch meine Tätigkeit als Hochschullehrer an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung und Rechtspflege in Bayern und durch meine aktuellen Coaching- und Schulungsschwerpunkte im bayerischen Verwaltungsbereich (insbesondere für das Bayerische Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat (StMFLH)), bin ich immer wieder mit den Studieninhalten der Fachhochschulen der öffentlichen Verwaltung und der Einführung eines Gesundheitsmanagementkonzeptes für den Bereich des StMFLH konfrontiert gewesen. Parallel dazu entstanden meine Hinweise aus der fachlichen Verantwortung für Personalauswahlverfahren (2., 3. und 4. QE¹¹), Potenzialanalysen (Besetzung von Führungsstellen), Führungsfeedback- und Führungskräfteentwicklungsprojekten in der öffentlichen Verwaltung.

2 Einführender Überblick zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in den Verwaltungen der Bundesländer

Von den Bereichen Schuldienst, Polizeidienst und Vollzugsdienst einmal abgesehen, lagen bzw. liegen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement bis zum heutigen Zeitpunkt in den Verwaltungen der Bundesländer fast ausschließlich nur Dienstvereinbarungen vor. Nur in seltenen Fällen existieren bereits Rahmenkonzepte. Bestenfalls wurden bisher Handlungsleitfäden erstellt, die nun umgesetzt werden müssten. Ein allgemeiner „Aufbruch“ ist zu spüren, aber in der Regel zeigt er sich leider vermehrt nur in singulären Maßnahmen oder nur in jährlichen Gesundheitstagen. Diese Aktionen leiden dann – in Anbetracht eines fehlenden Gesamtkonzeptes – häufig auch noch unter einem fehlenden oder einem nur sehr geringem Budget. Ergänzend dazu sind nur Planungen veröffentlicht, die entweder reine Absichtserklärungen sind oder sich gerade im Pilotstadium befinden.

Sicher sind die Gründe für diese Entwicklungs- und Umsetzungsprobleme sehr vielfältig, aber die aktuell oft genannten Finanzierungsprobleme liegen wohl auf der Entscheidungsebene im fehlenden Bewusstsein für ein Gesundheitsmanagement. Insofern fragt man sich dann natürlich, wieso mittlerweile nun offensichtlich dennoch ein Umdenken in der Verwaltung stattfindet? Eine mögliche Antwort findet man in der Datenlage der diversen Fehlzeitenberichte, in denen ein immenser Anstieg der Langzeiterkrankten und der Psychischen Erkrankungen an

¹¹ QE: Qualifizierungsebene nach dem Laufbahnrecht des Landes Bayern. Z.B. 3. QE: Gehobener Dienst

den Behörden konstatiert wird. Weiterhin gewinnt das Thema zunehmende Aufmerksamkeit unter Führungskräften, die für das Vorantreiben des BGM Schlüsselbedeutung besitzen. Landtagsanfragen zum BGM beschleunigten letztendlich den „Umdenkungsdruck“ in der Verwaltung.

So kam es in Bayern im Juli 2010 zur Verabschiedung des Handlungsleitfadens zum Behördlichen Gesundheitsmanagement (Bayrisches Staatsministerium der Finanzen, 2010), verbunden mit dem Auftrag an alle Ministerien, für eine Umsetzung im jeweiligen nachgeordneten Bereich zu sorgen. Einziges Problem in diesem m.E. sehr guten Leitfaden war und ist das Fehlen von Hinweisen auf eventuelle Haushaltsmittel. So darf man sich nicht wundern, wenn die Umsetzung eher schleppend verlief und verläuft. Dies stelle ich exemplarisch am Beispiel des nachgeordneten Bereichs des StMFLH dar.

Für die 91 Finanzämter, die Landesämter für Steuern und Finanzen, den Vermessungsbereich und das StMFLH selbst gab es bisher kein Gesamtkonzept. Deshalb wurde ein Modellprojekt beschlossen mit dem Ziel, nach Abschluss des Pilotprojekts flächendeckend für die Finanzverwaltung ein Gesamtkonzept anzubieten. Da das StMFLH in Bayern für die Belange der Beamten zuständig ist, würde es sich anbieten, die Erkenntnisse und Instrumente im Sinne von Synergie-Effekten nach dem Pilotversuch gleich auch an andere Staatsministerien weiterzugeben.

3 Pilotprojekt

Fünf Ämter (drei Finanzämter, ein Vermessungsamt und eine Dienststelle des Landesamtes für Finanzen) beteiligten sich am Pilotprojekt und durchliefen die folgenden Phasen:

- Situationsanalyse
- Maßnahmenplanung
- Umsetzung der Maßnahmen
- Bewertung und Verbesserung
- Ggf. Neubeginn des Kreislaufs: Situationsanalyse usw.

Die Situationsanalyse wurde mittels einer Befragung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Feststellung des IST-Zustandes durchgeführt. Dies geschah mit der deutschen Standardversion des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), wobei die Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) die Rückmeldungen auswertete und die Ergebnisse an die beteiligten Ämter weitergab. In Gesundheitszirkeln an den Ämtern wurden anschließend die Ergebnisse analysiert, Maßnahmen geplant und schließlich umgesetzt. Im Moment befinden sich die Ämter in der Bewertungsphase und der Rückmeldung an das Staatsministerium.

4 Ziele des Behördlichen Gesundheitsmanagements

Um später Lehrinhalte zum Gesundheitsmanagement in den Studiengängen der Fachhochschulen für die öffentliche Verwaltung besser verorten zu können, müssen vorab die Ziele und die Handlungsfelder des BGM betrachtet werden.

Hierzu finden sich im Handlungsleitfaden (Bayrisches Staatsministerium der Finanzen, 2010, S. 5) die folgenden Punkte:

- Erhalt und Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,
- Verbesserung von Arbeitsabläufen und -effektivität,
- Erhöhung von Führungskompetenzen,
- Erschließung und Förderung von Potenzialen und Ressourcen,
- Förderung des Behördenklimas und der Zusammenarbeit,
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation,
- Fehlzeitenreduzierung,
- Verhaltens- und Verhältnisprävention,
- Förderung des Gesundheitsbewusstseins,
- Suchtprävention.

Ergänzend dazu werden im Handlungsleitfaden Mitarbeiterbeteiligung, Personalmanagement Gesundheitsförderung, Suchtgefahr, Fehlzeitenmanagement, Arbeitsschutzmanagement sowie Führungsverantwortung als Handlungsfelder aufgezeigt (ebenda, S. 6). Hierzu vergleiche man auch Abbildung 1, in der die diesen Feldern zugeordnete Unterthemen noch weitergehend ausgeführt sind.



Abb. 1: Handlungsfelder des BGM

5 Unterstützung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durch Studieninhalte bestimmter Studienfächer

Welche Studienfächer bieten sich nun mit ihren Inhalten an, das BGM zu unterstützen?

An erster Stelle wird man bei den folgenden Fächern fündig:

- Psychologie,
- Soziologie,
- Sozialwissenschaften,
- Führungslehre,
- Organisationslehre,
- Schlüsselkompetenzen/-qualifikationen.

Der Beitrag dieser Fächer und welche Bedeutung ihnen zukommt, hängt natürlich von mehreren Faktoren ab. So unterscheiden sich die verschiedenen Fachbereiche der Fachhochschulen der öffentlichen Verwaltung bereits dadurch, welche der oben genannten Fächer überhaupt

unterrichtet werden oder nicht. Hierbei existieren gravierende fachbereichs- und länderspezifische Unterschiede. Das Pendel schlägt von „üppig“ bis „Tropfen auf den heißen Stein“ aus. Das gilt nicht nur für das Stundenmaß, sondern auch bzgl. des Zeitpunktes: Es macht einfach viel aus, ob diese Fächer gleichberechtigt im Stundenplan aufgeführt sind oder z. B. nur als „Lückenfüller“ vor, zwischen oder nach Prüfungen. Dazu hängt die Bedeutung sehr stark davon ab, inwieweit die Fächer Teil des Pflichtkanons mit oder ohne Prüfung (schriftlich oder mündlich) sind oder nur zum Wahlpflicht- bzw. Wahlbereich gehören. Weiterhin beeinflusst natürlich der Unterrichtszeitraum (Theorie- oder Praxisphase) sehr stark die Effizienz.

Sehr günstig für eine nachhaltige Bedeutung wirkt sich die Verknüpfung von Gesundheitsthemen mit Projekten, Projektarbeiten und Haus- oder Diplomarbeiten aus (Hinweise hierzu finden sich z. B. in der angegebenen Ergänzungsliteratur.).

Fazit ist, die Relevanz der betroffenen Fächer für das BGM steht und fällt mit der Frage: Empfinden die Studierenden die Fächer und Themen als sinnhaft oder nur als Alibi?

Nach der gerade behandelten Frage, welche Studienfächer infrage kommen, sind nun die Themenbereiche zu diskutieren.

Besonders und exemplarisch hervorzuheben sind die folgenden Themen:

- Kommunikation,
- Konflikte,
- Team / Kooperation,
- Präsentation / Moderation,
- Führung,
- Motivation,
- Selbst- und Zeitmanagement,
- Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu Fragebogen und Statistik.

Diese Themen decken sich mit den im Punkt 4 aufgeführten Zielen und Handlungsfeldern des Handlungsleitfadens des BGM. Bevor im nächsten Abschnitt einige Bearbeitungsvorschläge dargestellt werden, sei hier vorab auf bereits praktizierte Beispiele im Hochschulbereich hingewiesen.

Exemplarisch sind die Ergebnisse der Tagung „Schlüsselkomplikationen plus“ vom November 2007 in Dortmund hervorzuheben. Im Tagungsband „Wer, wo, wie und wie viele Schlüsselkompetenzen“ von Tobina Brinker und Eckehard Müller (Hrsg.) findet man u.a. einen Überblick über Schlüsselkompetenz-Projekte und Einrichtungen an Hochschulen, die für alle Personen sehr hilfreich sind, die an einer Verortung von Lehrinhalten zum Gesundheitsmanagement in den Curricula der Studiengänge der Fachhochschulen für die öffentliche Verwaltung interessiert sind.

Als ein weiteres unterstützendes Beispiel sei das Projekt „Führungskompetenzen lernen durch Szenario-Basiertes Lernen“ an der Deutschen Hochschule der Polizei genannt.

5.1 Verortung mit Bearbeitungsvorschlägen

Es bieten sich in den schon genannten Studienfächern diverse Themen an, die die Sensibilität der Studierenden für die Problematik BGM erhöht und Ihnen eventuell gleichzeitig die Mög-

lichkeit verschafft, in der Selbstreflexion eigene Schwächen zu erkennen und deshalb im optimalen Fall bereits im Studium an sich arbeiten zu können, um einerseits zukünftig mit den beruflichen und persönlichen Anforderungen besser zurecht zu kommen und andererseits kompetenter auf das Miteinander im Führen und Geführtwerden vorbereitet zu sein.

5.2 Allgemeine Themen

Themen von einführender übergreifender Bedeutung könnten z. B. sein:

- Die Bedeutung des Zusammenhanges Führung und Gesundheit (Krankheit/Fehltage) als Thema;
- Der Vergleich von Unternehmens- bzw. Ämterkulturen;
- Die Genderproblematik im Amtsalltag und im Miteinander.

5.3 Spezielle Themen

Aus der Vielzahl möglicher Inhalte seien nachfolgend die m. E. augenscheinlichsten bzw. vordringlichsten erläutert.

5.3.1 Stressbewältigung

Hier bietet sich an, theoretische Grundlagen zur Stressproblematik und z. B. das Stress-Modell von Lazarus darzustellen, um anschließend mit den Studierenden stressverschärfende bzw. stressreduzierende Gedanken zu sammeln und (kognitive) Umstrukturierungsmöglichkeiten der negativen Gedanken zu erarbeiten.

5.3.2 Resilienz

Aufbauend auf der Kurzdefinition „Resilienz ist die Fähigkeit, widerstandsfähig zu sein gegenüber äußeren Belastungen und Krisensituationen und sie ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen“ können mit den Studierenden Interventionen gefunden werden, die die Resilienz des Einzelnen und des Teams/der Behörde fördern.

Interessant wäre dabei eine Diskussion der Konsequenzen aus der durch die Forschung bestätigten Tatsache, dass sich bei ausgeprägter Resilienz auch eine größere Lebenszufriedenheit zeigt.

5.3.3 Modell der Salutogenese

Zu Beginn des Themas Salutogenese sollte eine Einführung in die Begrifflichkeit des Kohärenzsinn/-gefühls eingeplant werden, d.h. die „Komponenten“ des Kohärenzgefühls sollten erläutert und durch Beispiele für das alltägliche Leben übersetzt werden. Gemeint sind die Gefühle der

- Verstehbarkeit,
- Machbarkeit,
- Sinnhaftigkeit.

Darauf aufbauend bieten sich handlungsorientierte Einheiten an, die die Möglichkeiten zur Stärkung des Kohärenzgefühls im Fokus haben.

5.4 Sonderthemen

Unter den zahlreichen weiteren geeigneten Sonderthemen bieten sich im Hinblick auf das BGM z. B. besonders an:

- Burnout (in der öffentlichen Verwaltung),
- Umgang mit psychisch und psychosomatisch kranken Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen,
- Mobbing /Belästigung,
- Changemanagement,
- Befragungen (Umgang mit Fragebogenverfahren) als Teil des BGM.

In diesen Unterrichtsprojekten sollte die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der öffentlichen Verwaltung sozial-psychologisch betrachtet werden. Es empfiehlt sich, mit der Analyse der Belastungen und Beanspruchungen durch die Arbeit und das persönliche Umfeld aus der Sicht der Studierenden zu beginnen. Ziel dieser Herangehensweise ist das Balance-Modell der Gesundheit (nach Seiwert) mit den Eckpfeilern:

- Körper und Gesundheit,
- Arbeit und Leistung,
- Soziale Lebenswelt (Kontakt und Familie),
- Sinn und Kultur.

Das Thema „Umgang mit psychisch und psychosomatisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ sensibilisiert für ein empathisches Herangehen an psychische Erkrankungen. Die Tatsache, dass das Krankheitsbild „Depression“ aktuell an der Spitze der Langzeiterkrankungen in der öffentlichen Verwaltung liegt (aber auch im sonstigen Arbeitsleben), zeigt die Brisanz dieser Thematik. Deshalb könnte dies auch ein wichtiger Baustein beim Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch kranken Menschen (Anti-Stigma-Gruppen) werden.

6 Wann, wie und wo sollten die Themen behandelt werden?

Wie bereits im Vortragsthema angedeutet und bisher ausgeführt, zeigen sich vielfältige Möglichkeiten, Studierende bereits im Studium für das BGM zu sensibilisieren und damit die Umsetzung des BGM nachhaltig zu unterstützen.

Dies kann, wie schon geschildert

- im Unterricht,
- in Prüfungsteilen,
- in Hausarbeiten und Diplomarbeiten,
- in Projektarbeiten und auch
- im praktischen Teil an den Ämtern

geschehen.

6.1 Im Theorie- und im Praxisteil

Im theoretischen Unterrichtsteil sollte der „Gesundheitsthemenkatalog“ (auch) fächerübergreifend behandelt werden. Dabei wäre es schön, wenn dann in der praktischen Phase die Anwärterinnen und Anwärter auch noch (verantwortlich) in die Gesundheitszirkel der Ämter eingebunden würden und somit mit Grundlagen aus dem Unterricht z. B. die Befragungsergebnisse am Amt möglichst fundiert analysiert werden könnten. Bei dieser Gelegenheit würden die Studierenden gleichzeitig auch in die einzelnen Komponenten einer BGM-Aktion eingebunden, nämlich in die

- Komponenten der Befragung,
- die Situationsanalyse,
- die Maßnahmenplanung (Vorschläge),
- die Ergebnisanalyse und die
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention.

Dies alles erfordert natürlich eine besondere fachliche Betreuung seitens der Hochschule und entsprechende örtlich/praktische Unterstützung durch Ausbildungsleiter.

6.2 Notwendige Unterrichtsformen

Wie man sich wohl leicht denken kann, sind zur Umsetzung der oben genannten Beispiele auch „neue“ Unterrichtsformen nötig. Um erfolgreich und nachhaltig zu sein, muss man sich von den herkömmlichen „Unterrichtstechniken“ lösen und neuartige Formen integrieren. An dieser Stelle sei beispielhaft und unvollständig auf Formen verwiesen, wie

- Moderieren,
- Person-, gruppencentrierter und handlungsorientierter Umgang,
- Szenarios verwenden,
- Ko-Konstruieren,
- Mentoring,
- Einbeziehung Dritter.

Weiterhin wäre es sowohl für Studierende als auch für Dozentinnen und Dozenten hilfreich, auf Coaching und Kollegiale Praxisberatung zurückgreifen zu können.

7 Mögliche Hindernisse und Probleme

Was steht bzw. könnte der Verwirklichung obiger Gedanken „im Weg stehen“? Hier gibt es natürlich sehr viele tatsächliche und vermeintliche Hindernisse. Mit gutem Willen und qualitätsbewusster Einstellung lassen sich die meisten der nachfolgend aufgeführten entweder schon bekannten oder zukünftig zu erwartenden Schwierigkeiten kurzfristig oder zumindest mittelfristig beheben, nämlich:

- eine unzureichende (pädagogische) Qualifizierung / Ausbildung der Dozenten und Dozentinnen,
- unzureichende finanzielle Mittel für die Erstellung und Umsetzung eines Gesundheitsmanagement-Konzeptes,

- fehlende Kompetenzen bzgl. Konstruktion, Anwendung und Interpretation von Fragebogenverfahren
- notwendiges Coaching könnte eingeschränkt werden
- Verzögerungen durch Einwände des Landesbeauftragten für Datenschutz,
- hemmende Rahmenbedingungen der jeweiligen Hochschule
- mangelnde Erfahrung der Dozenten und Dozentinnen im Umgang mit BGM-Themen
- das rigide Festhalten an alten Lehrplänen („das war schon immer so!“),
- zu wenig Unterstützung gegenüber unwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Führungskräften,
- ungünstiger Umgang mit Abwehr,
- unzulängliche Sensitivität gegenüber den jeweiligen Zielgruppen
- eine „reservierte“ Haltung in den Führungsebenen gegenüber Psychologie, Coaching usw.

8 Ausblick

Gerade im Hinblick auf die Berücksichtigung wichtiger neuer Inhalte, die die effektive Umsetzung des Behördlichen Gesundheitsmanagements unterstützen, ist die Notwendigkeit eines Umdenkens in der Lehre überfällig. Gleichzeitig scheint es sinnvoll, der Bedeutung der „Sozialkompetenz-Fächer“ in den Studienplänen entsprechend gerecht zu werden. Durch den Austausch innerhalb und im Nachgang zu den Glienicker Gesprächen lassen sich Synergieeffekte nutzen, um die Integration ausgewählter Studieninhalte in das BGM-Konzept konstruktiv und effizient umzusetzen.

Unterstützend wäre dabei,

- die Nachwuchsgewinnung zu optimieren,
- die professionelle Auswahl sozial kompetenter Anwärtinnen und Anwärter (nach DIN 33430) zu forcieren,
- Sozialkompetenz- bzw. Schlüsselqualifikationsfächer in die Lehrpläne zu integrieren und das Bewusstsein für die kommende Generation Y zu schärfen und im BGM vorausschauend zu berücksichtigen.

Über allem steht der begleitende Paradigmenwechsel:

Die Gesundheit steht im Mittelpunkt, nicht die Krankheit!!

Literatur

Bayerisches Staatsministerium der Finanzen (Hrsg.). (2010). Handlungsleitfaden zum Behördlichen Gesundheitsmanagement (BGM). Zugriff am 04.08.2015 unter: https://www.hs-augsburg.de/medium/download/itw/Handlungsleitfaden_BGM_07_10.pdf

Müller, E. & Brinker, T. (Hrsg.). (2008). Wer, wo, wie und wie viele Schlüsselkompetenzen? Wege und Erfahrungen aus der Praxis an Hochschulen. Reihe: Kompetenzreihe des ISK – Band 2. Hochschule Bochum.

Ergänzend

Arnold, R., Krämer-Stürzl, A. & Siebert, H. (2005). Dozentenleitfaden. Planung und Unterrichtsvorbereitung in Fortbildung und Erwachsenenbildung. Cornelsen: Berlin

Bals, Th., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.). (2008). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Juventa: Weinheim

Berg, Ch. (2006). Selbstgesteuertes Lernen im Team. Springer: Heidelberg

Eyerer, P. (2000). TheoPrax-Projektarbeit in Aus- und Weiterbildung. Bausteine für lernende Organisationen. Klett-Cotta: Stuttgart

Hallet, W. (2009). Didaktische Kompetenzen. Lehr- und Lernprozesse erfolgreich gestalten. Klett-Lernen-und-Wissen: Stuttgart

Litzcke, S.M. & Linssen, F. (Hrsg.). (2005). Lehre an der FH Bund zukunftsfähig gestalten. Ergebnisse der Studienplankommission. Fachhochschule des Bundes: Brühl. Zugriff am 10.08.2015 unter: http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2009/1226/pdf/band_32.pdf

Lorbeer, B., Fleischmann, P. & Tröster, F. (2000). Integrierte Förderung von Schlüsselqualifikationen. Methoden und Erfahrungen aus einem hochschuldidaktischen Projekt. Leuchtturm: Alsbach/Bergstraße

Macke, G., Hanke, U. & Viehmann, P. (2008). Hochschuldidaktik. Lehren, vortragen, prüfen. Beltz: Weinheim

Seiwert, L.J. (2001). Life Leadership. Campus: Frankfurt

Schneider, R., Szczyrba, B. Welbers, U. & Wildt, J. (Hrsg.) (2009). Wandel der Lehr- und Lernkulturen. Bertelsmann: Bielefeld

Wehr, S. (Hrsg.). (2006). Hochschullehre adressatengerecht und wirkungsvoll. Beiträge aus der hochschuldidaktischen Praxis. Haupt: Bern

Darüber hinaus finden sich auf der Homepage des Autors weitere Literaturhinweise.

- ▶ Dipl.-Psych. Lothar J. Hellfritsch, RD a.D., bis 2013 Hochschullehrer an der FHVR in Bayern, zuvor als Gymnasiallehrer für Mathematik und Physik und als Schulpsychologe tätig. Studium Gymnasiallehramt Math./Physik/Inf. an der TU München. Studium Psychologie an der Uni Würzburg. 1990 – 2002 Präsident des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). Seit 2013 freiberufliche Tätigkeit mit den Schwerpunkten Personal- und Führungskräfteauswahl und -entwicklung, Gesundheitsmanagement, Qualitätsmanagement, Coaching und Psychotherapie.

Weight Diversity als Herausforderung für die Personalentwicklung und die Antidiskriminierungspolitik

Peter Guggemos

1 Vorbemerkung

Nachstehender Aufsatz steht im Kontext des Leitthemas des Glienicker Gesprächs 2015, der Frage wie das Gesundheitsthema von öffentlichen Fachhochschulen besser aufgegriffen und organisational in der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und des Zusammenspiels der Kolleginnen und Kollegen, sowie pädagogisch-didaktisch im Unterricht auch im Hinblick auf die Erbringung gesundheitsförderlicher Humandienstleistungen durch die künftigen Absolventen und Absolventinnen implementiert und verbessert werden kann. Zugleich soll mein Artikel auch eine Warnung sein: Zum einen hinsichtlich der leichtfertigen Annahme, dass es ganz einfach wäre zu wissen, was gesund erhält und was krank macht, und zum anderen hinsichtlich der Vorstellung, vermeintlich gesundes Verhalten lasse sich durch geeignete positive wie negative Anreize problemlos erwirken. Wer derartige Hoffnungen hegt, ließe sich vergleichen mit den ersten Protagonisten des Umweltgedankens, deren Empfehlungen ebenfalls bisweilen als kreuzzugartig, übergriffig, freiheitseinschränkend und nicht frei von totalitären Anklängen kritisiert wurden (vgl. Gruhl, 1975 sowie Liebenstein, 2012, letztere zum Vorwurf des faschistoid-ausgrenzenden Umgangs mit Dicken in Deutschland – den die Leserschaft nicht teilen muss).

Wenn mein Beitrag über dicke Menschen in der Arbeitswelt dazu beiträgt, das Anliegen der Gesundheitsförderung differenzierter zu betrachten und einige vermeintliche Gewissheiten zum Thema Körpergewicht infrage zu stellen, dann hat er sein Ziel erreicht.

2 Einleitung

In meinem Aufsatz möchte ich mehrere Themenfelder im Zusammenhang mit Dicksein und der Diskriminierung beliebter Menschen analysieren:

In einem ersten Abschnitt wird das Thema „*Weight Diversity*“ vorgestellt und begründet, welche Vorteile eine derartige Philosophie und Perspektive gegenüber einer allzu simplen vermeintlichen Machbarkeitsideologie des Schlankseins für alle bringen könnte. Die infrage gestellte Vorstellung ist dabei die Einstellung,

- a) dass „schlank“ mit „gesund“, und „dick“ mit „krank“ oder zumindest „krankheitsgefährdet“ gleichgesetzt wird¹²,

¹² Analogien im neoliberalen Staatsverständnis zum gewünschten „schlanken Staat“, zu dem vermeintlich schlank-dynamische Bürgern und Bürgerinnen gehören, sind nicht zufällig (vgl. Kreisky, 2008).

- b) dass angenommen wird, dass auch die Dicken schlank sein bzw. werden könnten, so sie sich nur hinreichend bewegen und ihre Kalorienzufuhr entsprechend reduzieren würden,
- c) dass hiervon abgeleitet wird, dass Dicke i. d. R. selber daran schuld sind, dass sie dick sind, z. B. weil sie den falschen Lebensstil pflegen und/oder es an Gesundheitsdisziplin mangeln lassen würden,
- d) dass mit obiger vermeintlich logischer Kette auch zu rechtfertigen sei, dass Personen eines bestimmten Beibtheits-Grades¹³ im Einstellverfahren des Öffentlichen Dienstes abgelehnt werden, weil von ihrer Beschäftigung Krankheits- und damit Kostenrisiken befürchtet werden müssten.

Der gewählte Blickwinkel ist ein überwiegend soziologischer und politikwissenschaftlicher, was bedingt, dass medizinische Kenntnisse nur dann herangezogen werden, wenn dies zur Untermauerung sozialwissenschaftlicher Thesen erforderlich scheint, jedoch auf eigene medizinische Schlussfolgerungen weitestgehend verzichtet wird. Die arbeitsrechtliche Seite wird ebenfalls weitgehend ausgeblendet, da diese Gegenstand der Erörterung im Aufsatz von Hans-Joachim Bauschke in diesem Tagungsband ist.

Ein zweiter Abschnitt widmet sich der Frage, welche Erkenntnisse aus der kritischen Diätforschung (vgl. Abschnitt 4) und aus einem in diesem Kontext verorteten, eigenen empirischen Forschungsprojekt mit dem Titel „schwer Arbeit finden – dicke Menschen in der Arbeitswelt und als KundInnen der Arbeitsverwaltung“ hervorgehen, und welche politischen Implikationen diese beinhalten.

Im dritten Abschnitt werden Diversity-politische Fragestellungen vertieft, und es wird gefragt, was deren Anwendung für die Einstellpolitik und die Personalentwicklung des Öffentlichen Dienstes bedeuten könnte. Zur Diskussion gestellt werden sollen die diesbezüglichen Perspektiven und das Ansinnen, etwaige Diskriminierungspraktiken auf Grund des Körpergewichtes auf den Prüfstand zu stellen. Das im Aufsatz verfolgte Ziel ist folglich keine Gesetzesänderung, sondern erst einmal ein umfängliches Nachdenken darüber, wie es beleibten Menschen in einer Gesellschaft geht, die Schlanksein immer stärker zur Norm erhebt und unter vermeintlich gesundheitspolitischem Vorzeichen in martialischer Diktion regelrechte „Kreuzzüge“ und „Kriege“¹⁴ gegen das Übergewicht ausruft, die leicht auch zum Krieg gegen die Dicken selbst werden können. Nachdem mehr oder weniger alle anderen personenbezogenen Variablen wie Geschlecht, Alter, Behindertenstatus, Religions- und Kulturzugehörigkeit, Familienstand und Verantwortung für Pflegebedürftige oder Kinder sowie sexuelle Orientierung unter das Dach eines staatlichen Schutzes vor Diskriminierung gestellt wurden, verbleibt nur mehr das Dicksein als eine personenbezogene Eigenschaft, derentwegen man legitimer Weise diskriminiert werden darf, zumindest solange nicht das einigermaßen diffuse Menschenwürdegebot des Grundgesetzes verletzt wird.

¹³ I. d. R. mit dem Body Mass Index gemessen, welcher das Körpergewicht in Kilo durch die Körpergröße im Quadrat teilt, und damit z. B. einem 2 m großen Menschen mit 100 kg Gewicht einen BMI von 25 zuweist, und einer gleich großen aber 200 kg schweren Person einen BMI von 50.

¹⁴ Vgl. die Kritik hieran bereits im Titel bei Monaghan, 2008, „Men and the War on Obesity“, Schorb & Schmidt-Semisch, 2008, „Kreuzzug gegen Fette“ sowie O'Hara & Gregg, 2012, Human Rights Casualties from the “War on Obesity”: Why Focusing on Body Weight Is Inconsistent with a Human Rights Approach to Health.

3 Weight Diversity

Die Diversity-Philosophie geht im Bereich der Personaleinstellung und Personalentwicklung davon aus, dass eine zunehmend globalisierte und damit auch differenziertere Ökonomie und Gesellschaft eine konstruktive Befassung mit den Unterschieden zwischen den Menschen – und damit auch den Kunden und Kundinnen, dem Personal, den Zulieferern und den Stakeholdern – erfordert. Die diesbezügliche Leitfrage lautet, was Person X oder Gruppe Y benötigt, um sich angenommen, aufgehoben und zufrieden und damit motiviert zu fühlen bzw. um ihre jeweilige Arbeit gut machen zu können. Eine gelungene organisations- bzw. unternehmenseigene Diversitätspolitik erfüllt dabei mehrere Funktionen (vgl. Guggemos, 2007 sowie Stuber, 2009):

- a) Sie entspricht als Minimalanforderung gesetzlichen Antidiskriminierungsvorgaben und vermeidet dadurch monetäre wie Image-Kosten infolge gerichtlicher Auseinandersetzungen wegen vermeintlicher oder realer Diskriminierungen.
- b) Sie verdeutlicht eine gewisse Personalmanagement-Kompetenz gegenüber potenziellen Bewerbern und Bewerberinnen und bereits Beschäftigten, und bedingt damit eine positive Ausstrahlungswirkung („*Employer Branding*“) gegenüber den Mitbewerbern und Mitbewerberinnen am Markt, und sie trägt zum Halten des Personals bei.
- c) Sie fördert mit ihren positiven personalpolitischen Beiträgen die Zufriedenheit der Beschäftigten und reduziert dadurch Krankheitsfolge- und Personalsuchkosten. Aufwendungen für Diversity-Aktivitäten (von Schulungen über Umfragen bis hin zu Ausschüssen, Kinder- und Pflegediensten, Veranstaltungen und Gesundheitsfördermaßnahmen) werden dabei mit den durch eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit eingesparten Kosten (viele AU-Tage, hohe Personalfuktuation, schlechte Arbeitsqualität, unzufriedene Kunden und Kundinnen, schlechtes Arbeitgeber-Image u. ä.) gegengerechnet, wodurch sich in der Bilanz i. d. R. ein positiver Kosten-Nutzen-Effekt entsprechender Investitionen ergibt.
- d) Durch Besonderheiten hinsichtlich Region, Branche, Unternehmensgröße und spezifischen Herausforderungen in der jeweiligen Abteilung bedarf die generelle Offenheit gegenüber Unterschieden zwischen den Beschäftigten und weiteren relevanten Gruppen einer Konkretisierung vor Ort, welche der deutsche Diversity-Fachmann Michael Stuber als Aufforderung formuliert, dass sich jede Firma und Abteilung ihren jeweils spezifischen Diversity-Cocktail zusammenstellen solle¹⁵. Der konkrete Handlungsbedarf lässt sich mit Mitarbeiterbefragungen, Fokusgruppen-Interviews oder auch Diversity-Zirkeln nach dem Muster von Gesundheitszirkeln bis hin zu elaborierten Audits herausfinden. Entscheidender als die Instrumentenwahl ist, ob es der Firmenleitung gelingt deutlich zu machen, dass es ihr mit dem entsprechenden Ansinnen ernst ist, und dass die entsprechenden Ziele und Maßnahmen auch ressourcenunterfüttert und ggf. sanktionsbewehrt sind.
- e) Durch das Erweisen von Respekt, Wertschätzung und Unterstützung entsteht idealerweise ein starker psychologischer Arbeitsvertrag mit einem hohen Commitment der Beschäftigten gegenüber ihrem Unternehmen und damit verbunden eine hohe Bereitschaft, sich für die eigene Firma anzustrengen – auch dann, wenn es ihr einmal nicht so gut gehen, oder

¹⁵ Michael Stuber, Keynote-Vortrag am 28.11.2006 in Augsburg anlässlich der Equal-Projekttagung „Vielfalt kompetent managen - Anregungen zum Umgang mit vielfältigen Mitarbeitern/innen, Kunden/innen und Geschäftspartnern/innen“.

wenn der Arbeitsanfall für eine gewisse Zeit nur durch Mehrarbeit zu bewältigen sein sollte.

Diversity im Gewichtsbereich würde nun bedeuten, dass Personen jedweden Gewichts gleichermaßen mit Wertschätzung begegnet wird. Dies impliziert u. a.

- dass nicht nur Personen einer bestimmten Gewichtsklasse eingestellt werden,
- dass niemand auf Grund seines Gewichtes bevorzugt oder benachteiligt werden darf – auch nicht beim Gehalt, im Bereich von Weiterbildungsangeboten, oder bei Beförderungen,
- dass ggf. vorhandene diskriminierende Praktiken aufgedeckt und abgestellt werden,
- dass Personen jedweden Gewichts eine entsprechende Arbeitsplatzausstattung und ggf. Unterstützung bekommen, um ihre Arbeit möglichst gut machen zu können,
- dass auf eine uniforme Gesundheitsförderung verzichtet und dafür ein Gesundheitskonzept entwickelt wird, das Personen unterschiedlichen Gewichts in einer für sie akzeptablen und von ihnen mitbestimmten Weise zugutekommt.

Einige reale Positivbeispiele zum Thema Weight Diversity aus der Firmenpraxis sind gemäß empirischer Befunde aus der noch nicht abgeschlossenen Studie „schwer Arbeit finden“:

- eine ergonomische Einrichtung eines Büroarbeitsplatzes, die u. a. einen Stuhl mit an stärkere Oberschenkel angepasster Form beinhaltet, da der übliche Abstand zwischen Stuhl und Tischkante auf Grund der Körperform des Mitarbeiters ansonsten zu gering gewesen wäre,
- und, fast schon eine Selbstverständlichkeit: der Verzicht auf abfällige bzw. hänselnde Bemerkungen über besonders dünne oder besonders dicke Kollegen und Kolleginnen. Das bedingt jedoch nicht, dass Personen die unter ihrem Gewicht bzw. auch Essverhalten leiden, eine Unterstützung bei therapeutisch unterstützten Veränderungen zum Abbau ihres Leidensdruckes verwehrt werden könnte mit dem Verweis darauf, dass sie ja auch als besonders dünne oder besonders dicke Personen akzeptiert werden würden, weshalb aus Unternehmenssicht kein Handlungsbedarf ersichtlich sei,
- die Finanzierung eines ganzheitlichen Gesundheits-Coachings inklusive psychologischer Begleitung für einen 225 kg schweren Mitarbeiter, der psychisch stark unter seinem Gewicht litt und gerne abnehmen wollte, über einen langen Zeitraum (im Finanzvolumen von etlichen tausend Euro),
- die Unterstützung einer Mitarbeiterin mit Bulimie in ihrer Motivation, trotz einiger bereits absolvierter, aber nicht erfolgreicher Therapieversuche, einen erneuten – und diesmal mehrmonatigen – Kuraufenthalt auf sich zu nehmen,
- Umbauten an Fahrzeugen im Sitz-, Lenkrad- und Gurtbereich,
- der Bau geräumiger Toiletten und die Anschaffung breiterer und massiverer Sitzungsraum-Stühle (neben sonstigen Aspekten der Barrierefreiheit),
- die Vergabe der Amtsleitung einer großstädtischen Behörde an eine Mitarbeiterin mit 130 kg Gewicht (bei 1,62 m Größe) und der Leitungsstelle Öffentlichkeitsarbeit an eine Mitarbeiterin mit Konfektionsgröße 56.

Bei dicken Personen zeigt sich spätestens ab BMI 40 neben körperlichen Belastungen – wie Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung, Gelenkproblemen bei langem Stehen u. ä. – häufig ein Leiden an gesellschaftlicher Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung. Das beginnt beim Tuscheln der Kollegen, beim mit dem Finger Zeigen von Kindern auf Dicke in

öffentlichen Verkehrsmitteln und auf der Straße, und schließt mitunter auch das Beschimpft und Verlacht werden in der Öffentlichkeit durch wildfremde Personen mit ein. Mediale Darstellungen dicker Personen als Witzfiguren ohne Chance am Partnerschaftsmarkt¹⁶ und auf aufrichtige Zuneigung, als in Straflager-Manier durch die Gegend gehetzte Fleischberge in Formaten wie „Big Brother“, oder als Partnersuchende für die qua eigenen Gewichtes eben auch „nur“ wiederum sehr dicke Partner und Partnerinnen infrage kommen (im Format „schwer verliebt“) sind nicht eben dazu angetan, das Selbstwertgefühl dicker Personen zu stärken und bestätigen überdies ausgrenzende soziale Klischees. Damit ergibt sich eine Problemverlagerung weg von körperlichem Befinden und hin zu der Frage sozialer Normierung und gesellschaftlichen Umgangs mit einem höheren oder hohen Gewicht.

Die im Projekt „schwer Arbeit finden“ mit Leitfadeninterviews befragten Personen vermochten in etlichen Fällen ein unbeschädigtes Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten – etwa weil sie eine sehr gute Ausbildung und einen attraktiven Beruf hatten, in einer liebevollen Partnerschaft Erfüllung fanden, rhetorisch gewandt, einfühlsam-empathisch und/oder besonders humorvoll waren, viel Anerkennung für ihr Wirken als Firmeninhaberin, Politikerin oder Betriebsrat bekamen u. ä. –, doch fanden sich im Sample auch einige, die sich infolge ihres Gewichtes unattraktiv fühlten und am Partnerschaftsmarkt wenig bis nichts zutrauten, auf soziale Aktivitäten vom Tanzen bis Schwimmen gehen aus Angst vor Diskriminierung verzichteten, Personen die im Helferbereich keinen Job fanden, weil man ihnen von Arbeitgeberseite die damit verbundene körperliche Belastung nicht zutraute sowie – und gar nicht selten – Personen mit einem BMI zwischen 25 und 30, die zwar von außen betrachtet nicht dick waren, aber sich selbst für dick hielten und sich als entsprechend unattraktiv einstuften. Zwischen Dicksein, Selbstwertgefühl und Zufriedenheit am Partnerschaftsmarkt gibt es empirisch belegte Korrelationen, etwa dergestalt, dass sich dicke Personen mit schwachem Selbstwertgefühl anscheinend mehr in Paarbeziehungen gefallen lassen und sich seltener aus widrigen Paarkonstellationen befreien (vgl. Gailey, 2012). Nicht alle, aber die meisten Befragten hatten reichhaltige Diäterfahrungen, zumeist mit dem Effekt, dass zwar öfters erhebliche Gewichtsreduktionen gelangen (es wurden Gewichtsabnahmen von bis zu 85 kg binnen eines Jahres berichtet), diese jedoch kaum je von langer Dauer waren. Jojo-Effekte bedingten nicht selten, dass die Befragten etliche Monate nach ihren Diäten sogar noch etwas dicker waren als vor ihren Diätbemühungen.

Wie erstmals im Minnesota Starvation Experiment in den späten 1940er Jahren ausführlich erforscht (Keys u. a., 1950), scheinen Zellen eine Art Gedächtnis zu haben, das sich Hungererlebnisse merkt und anschließend in Zeiten üppiger Nahrungsmittelverfügbarkeit dazu führt, dass Reserven angelegt werden, mit der Folge, dass sich das individuelle Balancegewicht (auch als „Set Point“ bezeichnet) nach oben verschiebt (vgl. Pollmer, 2011, S. 94-99.). Paradoxerweise scheint es auch bei Schulkindern so zu sein, dass besondere Bemühungen der Eltern, deren Gewicht zu reduzieren, kontraproduktiv wirken, indem sie den Stress und das defizitäre Selbstwertgefühl der Schüler und Schülerinnen noch verstärken, was wiederum in ein höheres Körpergewicht mündet (vgl. Hebebrand & Simon, 2008, S. 74-78, auch Raasch, 2010). Es gibt Ärzte, die davon ausgehen, dass eigentlich Dicke, die sich schlank(er) gehungert haben, im schlanken Aggregatzustand keine Normalwerte aufweisen, sondern Sympto-

¹⁶ Vgl. die Rollen von Zach Noy in den diversen Folgen der Teenager-Liebeskomödie *Eis am Stiel* (1977 – 1988), oder von Melissa McCarthy, sowie als besonders schlimmes Beispiel der norwegische Film *FATSO* (2008) über die sexuellen Frustrationen eines jungen Mannes. Beleg auch bei Hebebrand, J. & Simon, C. P. (2008), S. 78.

me zeigen, die andere Menschen nur unter Hungersnotbedingungen aufweisen (vgl. Hebebrand & Simon, 2008, S. 86). Für diese Gruppe ist der Preis dafür, einigermaßen schlank zu bleiben, ein dauerhaft kontrolliertes Essen. Mit diesem Terminus verbindet sich ein Essverhalten, das gleichsam eine permanente Kalorientabelle mitlaufen lässt und innerhalb eines künstlich begrenzten täglichen Kalorienbudgets Nahrungsmittelaufnahmen bei verschiedenen Mahlzeiten miteinander verrechnet. Der Autor hegt die Vermutung, dass diese Gruppe der „kontrollierten Esser“ stärkere Ressentiments gegenüber augenscheinlich Dicken zeigt, weil sie sich selbst viele und insbesondere kalorienreiche Nahrungsaufnahmen versagt und Gleiches von Dicken einfordert. Wer von Hause aus figurlich eher äthiopischen Langstreckenläufern gleicht, kennt „kontrolliertes Essen“ i. d. R. nicht, hat auch noch kein Geld für *Weight Watchers* o. ä. ausgegeben, und maß sich mangels eigener Anstrengungen fürs Schlanksein auch nicht an, Dicken Ratschläge zum Abnehmen erteilen zu wollen. Nimmt man als Richtschnur für den vermeintlichen individuellen Bedarf an Gewichtseinschränkung die verbreitete Messlatte eines BMI von 25, so ergibt sich daraus dass immerhin zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen zu dick sind (vgl. Hebebrand & Simon, 2008 S. 8f)¹⁷. Uchatius (2015, S. 15) spricht – ohne Geschlechtsdifferenzierung – von 60% übergewichtigen Deutschen. Die Diätindustrie – alleine die *Weight Watchers* kommen weltweit auf einen Umsatz von 1 Mrd. €¹⁸ – hat damit ein Kundenpotenzial von mehr als der Hälfte der Bevölkerung, die bereits als zu dick eingestuft ist. Zu denen müssten auch noch all diejenigen hinzuaddiert werden, die nur über kontrolliertes Essen bzw. regelmäßige Diät- und Fitnessbemühungen ein Gewicht im schlanken Bereich (unter BMI 25) halten können.

Interessanterweise liegen die gewichtsreduzierenden Wirkungen von Diäten im Mehrjahresvergleich i. d. R. im Durchschnitt zwischen nicht nachweisbar und maximal drei bis vier Kilo Gewichtsverlust (vgl. z. B. Hebebrand & Simon, 2008, S. 136–149).

Komplexe Regulierungsbemühungen des Körpers scheinen immer wieder auf das individuelle Balance- oder Setpoint-Gewicht zuzusteuern, und lassen sich allenfalls mit rabiaten Methoden kontrollieren (vgl. z. B. Schmidt, 2012 – die Autorin hält ihr Gewicht nur dadurch, dass sie die tägliche Fettaufnahmemenge auf 30 g begrenzt). Kontrolliertes Essen und immer stärkere Gewichtskontrollversuche münden nicht selten in Kontrollzwänge und damit in Magersucht (in den unterschiedlichen Ausprägungen: nur Anorexie, nur Bulimie, Mischformen). Der zwanghafte Ernährungsmodus begann i. d. R. mit kontrolliertem Essen bzw. Diäthalten und lässt oft schon im präadoleszenten Alter starke Fehlsteuerungen des Essverhaltens erkennen (vgl. die Erlebnisberichte von Blumroth vom Lehn, 2012, Fey, 2013, Hornbacher 2013, Pape, 2013, Pettit, 2006 und Wortmann, 2013 sowie das therapeutische Buch von Schmidt & Treasure, 2011). Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen genetischen Prädispositionen, Lebensweltumständen und Individual-Ernährungsverhalten ein sehr komplexer und wissenschaftlich erst in Ansätzen erhellter (umfassend in Hebebrand & Simon, 2008). Analoges gilt für Essstörungen wie Anorexie/Bulimie, weshalb die Therapien dieser Fehlsteuerun-

¹⁷ Weiterhin: Spiegel online Gesundheit v. 29.5.2015, *Studie zu Übergewicht: Jeder zweite Deutsche ist zu dick* unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/uebergewicht-2-1-milliarden-menschen-sind-zu-dick-a-972097.html>, mit Verweis auf eine Studie von Ng, M. u. a. mit dem Titel „Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013“, in: *The Lancet* vom 30.8.2014, Bd 384, Nr. 9945, S. 715-828.

¹⁸ Zahlen im Internet variieren zwischen einer und 1,8 Mrd. € Jahresumsatz. Vgl. z. B. den Artikel auf Spiegel online Panorama vom 30.4.2015, Jean Nidetch: *Gründerin von Weight Watchers ist tot*, unter <http://www.spiegel.de/panorama/leute/weight-watchers-gruenderin-jean-nidetch-ist-tot-a-1031398.html>.

gen ebenfalls kompliziert sind, und es keinen Königsweg im Sinne von „*one size fits all*“ gibt, sondern eher stark individualisierte Therapieformate erfolgreich sind (vgl. z. B. Schmidt & Treasure, 2011, Kap. 8 - 15 sowie die höchst unterschiedlichen Wege, die Magersucht einigermaßen in den Griff zu bekommen, bei Pape, 2013, Pettit, 2006, Hornbacher, 2013, Brown, 2013 und Fey, 2013).

Wie weit ein auf Schlankheit fixiertes Schönheitsideal vorangeschritten ist, zeigen auch die immer zahlreicheren Eingriffe im Bereich der bariatrischen Chirurgie – ungeachtet damit einhergehender psychischer und körperlicher Folgen – sowie weitere schönheitschirurgische Eingriffe. Befragungen von Personen, die sich starkes Übergewicht erfolgreich abgehungert hatten, deuten darauf hin, dass viele der vormals Dicken so stark gelitten haben mussten, dass sie im Zweifelsfall lieber einen Gliedmaßen-Verlust und selbst Blindheit hinzunehmen bereit waren, als nochmals dick sein zu müssen (vgl. Hebebrand & Simon, 2008, S. 56, beziehungsweise auf Rand & Macgregor, 1991, S. 577-579).

Selbst Schulkinder äußerten, sie würden weit lieber neben einem schwerbehinderten Kind sitzen als neben einem dicken und haben damit die soziale Ausgrenzung der Dicken augenscheinlich bereits internalisiert (vgl. Hebebrand & Simon, S. 67¹⁹). Mehr Verständnis bringen auch viele Lehrer und Lehrerinnen nicht auf (vgl. Hebebrand & Simon, 2008, S. 68 f.): Insbesondere Sport Unterrichtende zeigen anscheinend wenig Empathie für Dicke und tragen durch das Perpetuieren von Sportarten, die für Dicke besonders ungeeignet sind – man denke nur an Reck- und Barrenturnen, Weitspringen, 1000 m-Lauf oder Stangenklettern – mitunter dazu bei, dass der Sportunterricht zur Demutserfahrung wird, die man begreiflicherweise künftig tunlichst zu vermeiden sucht²⁰. Diejenigen Befragten aus der Untersuchung „schwer Arbeit finden“, die im Schulkind-Alter bereits dick waren, konnten aus einem reichhaltigen Erfahrungsschatz unerquicklicher Sportunterrichtserfahrungen berichten, zu denen auch gehört, in der psychisch fragilen Teenie-Phase in Badekleidung den hämischen Blicken der Mitschüler und Mitschülerinnen ausgesetzt zu sein. Sie bekundeten mitunter, bis heute die Nase von organisierter Bewegung unter dem Label „Sport“ gestrichen voll zu haben. Mannschaftssportarten wurden i. d. R. als weniger schlimm empfunden, wenn man einmal davon absieht, was es bedeutet, beim Wählen der Mannschaften jeweils unter den zuallerletzt genommenen Personen gewesen zu sein. Wie der Schulsportunterricht geändert werden könnte, um dickere Schüler und Schülerinnen nicht zu diskriminieren, lässt sich skizzieren mit den Merkmalen:

- a) mehr Wahlmöglichkeiten, was die Sportarten anbelangt,
- b) individuell angepasste Leistungsziele und an den individuellen Fortschritten orientierte Noten, und
- c) insgesamt mehr Elemente von Freude an Bewegung als olympische Leistungsorientierung.

Die genannten Ansätze wären ebenfalls ein Beitrag zu einem Weight Diversity-orientierten Sportunterricht und sollten auch bei der Gestaltung betrieblicher Gesundheitsförderung mit reflektiert werden.

¹⁹ Mit Verweis auf die Diskriminierungszunahme der dicken Kinder im Zeitschnittvergleich von 1961 zu 2001.

²⁰ Eigene Interview-Befunde.

4 Die Erkenntnisse und politischen Stoßrichtungen der kritischen Diätforschung

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, ist nur ein kleinerer Teil der Bevölkerung von Hause aus mehr oder weniger schlank. Ein zweiter Teil schafft es mit vielen Anstrengungen, die keinesfalls alle als gesund bezeichnet werden können, ein schlankes bis mittleres Gewicht zu halten, und einer dritten Gruppe gelingt dies allenfalls mit enormen Anstrengungen ab und an für kurze Zeit. Manche Dicke kommen, meist im reiferen Alter und auf der Basis gewisser philosophischer Überlegungen zu dem Schluss, dass es besser ist, endlich Frieden mit dem eigenen Körper zu schließen als Diäten zu machen, und sich als dicken Menschen anzunehmen und wertzuschätzen²¹. Dies mag wie eine Kapitulationserklärung klingen – beinhaltet es doch den Verzicht darauf einer gesellschaftlichen Norm mit erheblichem Glücksversprechen weiter hinterher zu laufen –, kann aber auch als Übergang vom Defizit-orientierten zum Ressourcen-orientierten Denken gewertet werden. Im Sinne einer Kompensation wird dadurch anderen Bereichen – z. B. Bildung, kultureller Teilhabe, sozialem Engagement, beruflicher Weiterentwicklung, Hobbys, was auch immer – mehr, und dem leidigen Abnehm- und Schlankkeitsthema weniger Energie beigemessen, mit der Folge höherer allgemeiner Lebenszufriedenheit und manchmal sogar einem damit einhergehenden kleinen Gewichtsverlust als Begleitscheinung.

Die Kernthesen der kritischen Diätforschung (z. B. Monaghan, 2008, Schorb, 2009, Schmidt-Semisch & Schorb, 2008, Pollmer, 2011, Hebebrand & Simon, 2008). lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- a) Es gibt von Hause aus Dünne und Dickere, weshalb es wenig sinnvoll ist von allen zu erwarten, sie sollten schlank sein.
- b) Diäten und kontrolliertes Essen haben, vorsichtig formuliert, zumindest auch gesundheitsschädliche Nebenwirkungen (vgl. die Vorbildstudie für zahlreiche kritische Diätforschungen von Campos, 2004), die etwaige Vorteile eines generell niedrigeren Gewichtes zumindest teilweise relativieren, und überdies das Risiko eines Einmündens in eine manifeste Essstörung mit sich bringen.
- c) Die Körper- und Schlankkeitsfixierung um jeden Preis zieht Energie von anderen wichtigen Bereichen – z. B. Bildung/Ausbildung – ab, führt zu einer fragwürdigen Wertigkeit nach Äußerlichkeiten (vgl. Benard & Schlawer, 1997, mit ihrem plakativen Titel „Let´s kill Barbie!“; Walter, 2011 sowie Waldrich, 2004). und produziert zahlreiche Verlierer und Verliererinnen, zu denen neben den Dicken auch die kontrollierten Esser und regelmäßigen Diätkünstler sowie die an Anorexie, Bulimie oder beidem leidenden Menschen zu zählen sind.
- d) Die Schlankkeitsfixierung diskriminiert all diejenigen, die diesem Ideal nicht entsprechen, redet ihnen mal ein schlechtes Gewissen, mal eine ästhetische und bzw. oder erotische,

²¹ Eigene Interviewbefunde. Einige individualbiografische Bücher gehen in dieselbe Richtung, z. B. Sitzler, 2011, Gröner, 2011. Anders liegt der Sachverhalt bei Elizabeth Taylor (1988), bei der sich niederes Gewicht und gutes Wohlbefinden jeweils gegenseitig bedingten, aber auch nur durch mehr oder weniger dauerhafte Diät zu erreichen waren, und die damit als typische „kontrollierte Esserin“ einzustufen wäre.

mitunter auch berufliche Minderwertigkeit ein²², die in anderen Merkmalsdimensionen wie Geschlecht, sexueller Orientierung oder Religion längst und aus guten Gründen verboten wäre. Diese Fixierung schließt die Betroffenen von gleichberechtigten Zugängen zu wichtigen Lebensbereichen aus und reduziert ihre Lebensqualität in erheblichem Maße und verleitet die weniger Selbstbewussten unter ihnen zu absonderlichen und gesundheitlich oftmals kontraproduktiven Diätanstrengungen bis hin zu chirurgischen Eingriffen.

- e) Die vermeintlich eindeutige Zuordnung von Lebensmitteln nach per se „gesund“ und „ungesund“ ist insofern fragwürdig, als jeweils die Ernährungszusammensetzung insgesamt zu betrachten ist, und diese wiederum im Kontext des täglichen Energiebedarfs je nach beruflichen und privaten Anforderungen zu sehen ist.
- f) Die vermeintlich „gesunden“ Lebensmittel beinhalten auch natürliche bzw. naturnahe Rohkost und Vollkornprodukte, die nicht von allen Menschen gut vertragen werden (Pollmer, 2011). Ein vom Autor befragter Arzt meinte hierzu, dass möglicherweise Bauchdeckenverhärtungen und Blähungen normal wären – so wie sie etwa Kühe auch haben –, nur dass wir diese in unserer Zivilisationskultur i. d. R. nicht mehr akzeptieren möchten.
- g) Von den mutmaßlichen Angeboten in Richtung schlanker Körper profitieren die Dicken kaum, dafür eine breite Industrie von Diätatgebern über vermeintliche Light-Produkte und Fitness-Studios bis zu den Weight Watchers und bariatrischer wie Schönheitschirurgie.
- h) Die Schlankheitsindustrie mag nicht zugeben, dass es auch gesunde Dicke gibt, weil dies an ihrem Grundparadigma rütteln würde und geschäftsschädigend wäre. Gleiches gilt für das verwehrte Eingeständnis, welche bedenkliche Folgen Diäten und manche chirurgischen Eingriffe haben. Mediziner weisen daher oftmals hinter vorgehaltener Hand darauf hin, dass es je nach Studien-Financier und -design divergente Befunde gebe und leider kaum interessenunabhängige Studien existierten, weshalb die jeweiligen Befunde in Richtung Gesundheitsrelevanz allgemein mit gewisser Vorsicht zu genießen seien (Hebebrand & Simon, 2008).
- i) Gesundheitspräventive Ansätze, wie sie beispielsweise in Schulen zu finden seien, welche zu mehr Bewegung und gesünderer Ernährung (mit weniger hochkalorischen und dafür vitaminreicheren Anteilen) anregen sollten²³, würden das Risiko beinhalten, dass zum einen dickere Schüler und Schülerinnen hierdurch stigmatisiert und diskriminiert werden würden, weil ihnen zumindest unterschwellig unterstellt werde, dass sie aus eigener Schuld an einem ungesunden Lebensstil festhalten und sich der Norm vermeintlich gesunder Ernährung und Bewegung verweigern würden. Zugleich würde hierdurch eine Norm etabliert, die bei Verstößen gegen sie ein schlechtes Gewissen mit sich bringen und nicht selten in ein zwanghaftes Ernährungsverhalten mit Brüchen zu manifesten Essstörungen münden würde (Beispiele hierzu u. a. bei Monaghan, 2008, Hebebrand & Simon, 2008, Schmidt-Semisch & Schorb, 2008, Schorb, 2009, Raasch, 2010).
- j) Zu empfehlen sei angesichts der komplexen multifaktoriellen Gewichtszusammenhänge, zu denen u. a. auch die genetische Disposition, vielfältige Hormone u. a. Botenstoffe sowie

²² Vgl. etwa Äußerungen des Schönheitschirurgen Werner Mang im Interview mit Birgit Hofmann („Schöne haben es leichter“, in: Augsburgener Allgemeine vom 29. 8.2012, S. 12): „Übergewicht ist der Schönheitskiller Nummer eins. Wenn man dick ist, ist die Erotik und die Ästhetik dahin.“

²³ So z. B. angeregt von Renate Künast (2006), wofür sie viel Kritik einstecken musste.

viele psychologische Variablen beitragen würden, folglich eine kollektive wie individuelle Gewichtsakzeptanz auch an den Randverteilungen des Gewichtsspektrums. Aus gesundheitsorientierter Perspektive gehe es darum Leiden zu lindern – und nicht durch allzu einfache Gesundheitsratschläge erst zu erzeugen –, weshalb Menschen, die sich mit ihrem Essverhalten bzw. Gewicht nicht wohl fühlen, individuelle Unterstützung bereitgestellt werden sollte. Deren Ziel ist jedoch nicht Gewichtsreduktion, sondern Wohlbefinden und zwar in jeglicher Gewichtsklasse („*wellness at every size*“) (vgl. Guggemos, 2014). Gewichtsverlust sollte damit – abgesehen von wenigen gut begründeten medizinischen Ausnahmen – allenfalls eine Begleiterscheinung, nicht aber ein Therapieziel per se sein.

- k) Die empathische Befassung mit dem psychischen Leiden an gesellschaftlichen Ausgrenzungen und nicht selten auch bereits internalisierten Selbstdiskriminierungen müsste zumindest einen kritischen Diskurs über menschenrechtsverletzende Praktiken anregen (vgl. z. B. O'Hara & Gregg, 2012, Liebenstein, 2012), wenn nicht in einen dickenfreundlicheren gesetzlichen Rahmen münden.

Hinsichtlich ihrer Binnendifferenzierung gibt es Unterschiede innerhalb der kritischen Diätforschung:

- a) Teils begrenzen sich die Ausführungen auf soziologische und politische Implikationen, teils dringen die Autoren und Autorinnen stärker in medizinische Bereiche im engeren Sinne vor.
- b) Teils sind die Ausführungen vorwiegend antithetisch zur Mainstream-Meinung, teils suchen die Autoren und Autorinnen durch Differenzierung eine Synthese aus Mainstream und kritischen Erkenntnissen.
- c) Teils wird Dicksein vorbehaltlos akzeptiert, teils wird nach einem gesünderen Lebensstil für Dicke gesucht, um statistische Krankheits- und Mortalitätsrisiken zu senken.
- d) Analog finden sich auch Unterschiede von der generellen Ablehnung bariatrischer Chirurgie bis zu deren Akzeptanz unter bestimmten eng definierten Kriterien.

5 Gewichtsdiskriminierung und Öffentlicher Dienst

Angenommen werden darf, dass der Öffentliche Dienst als großer Teil der Gesellschaft ebenfalls von einem Mainstream-Denken infiziert ist, das wenig differenzierte Gesundheitsempfehlungen beinhaltet und dicken Menschen die volle soziale Anerkennung verwehrt – sei es im zwischenmenschlichen Umgang, bei Personalentscheidungen oder bei der Zuschreibung beruflicher Kompetenzen. Diskriminierungen ab BMI 30 und eine generelle BMI-Grenze für Verbeamtungen bei einem BMI von 35 sind hierfür nur das augenfälligste Zeichen²⁴. Befragte aus dem Projekt „schwer Arbeit finden“ berichteten mitunter davon, Positionen nicht bekommen zu haben, weil sie als zu dick eingestuft worden seien. Einer Person, die sich in unterschiedlichen Gewichtszuständen (einmal 115 kg, einmal 85 kg) im Verlauf mehrerer Jahre zweimal auf dieselbe Position beworben und diese beim zweiten Mal (als nun schlankerer

²⁴ Vgl. die Ausführungen von Hans-Joachim Bauschke in diesem Band zu aktuellen Urteilen, die einen Trend zum Aufweichen starrer BMI-Grenzen in der arbeitsrechtlichen Bewertung von Übergewicht erkennen lassen und den BMI als alleinigen Gesundheitsindikator deutlich relativieren.

Mensch) bekommen hatte, wurde *expressis verbis* gesagt, dass sie heute „ja mit der Person von damals nicht mehr zu vergleichen wäre“, sprich: ihre Dynamik durch ihre aktuelle schlanke Erscheinung ja nun unterstrichen habe²⁵. Gefunden wurden auch Beispiele, wo Personen eine Stelle nicht bekamen, weil sie von Arbeitgeber- bzw. Personaler-Seite hierfür als aus körperlichen Gründen ungeeignet eingestuft wurden. Teilweise waren die Begründungen für die Betroffenen nachvollziehbar – etwa bei einem 155 kg-Mann, der sich beim Security Service eines Flughafens beworben hatte und dem gesagt wurde, dass er dafür den ganzen Tag stehen und sich etwa 1000 mal täglich beim Scannen von Personen bücken müsse –, teilweise nicht²⁶. Aus Diversity-Sicht ließe sich hier empfehlen: Tätigkeiten ausprobieren lassen, aber BewerberInnen nicht per se ablehnen – außer es erscheint von vornherein aussichtslos, dass jemand den jeweiligen beruflichen Anforderungen genügen kann. Aktuelle Beispiele aus dem Bereich des Öffentlichen Dienstes – etwa bezogen auf Feuerwehrleute oder Polizisten – zeigen sowohl rigide Ansätze, z. B. eine nicht nur aufgabenbezogen, sondern auch ästhetisch argumentierende thailändische Vorgabe von 2015 für Verkehrspolizisten, entweder abzunehmen oder in den Innendienst versetzt zu werden (ThailandTIP, 2015), als auch spielerische Fitnesskampagnen etwa im Bereich norddeutscher Feuerwehren unter dem Motto „Fit fürs Feuer: Abspecken! Nicht feststecken“ der Hanseatischen Feuerwehr-Unfallkasse Nord.

Nachstehend soll diskutiert werden, in welchen Bereichen welche Veränderungen durch eine „*Weight Diversity*“-orientierte Personalmanagement-Philosophie und -Praxis zu erwarten wären.

a) ***Im Bereich der Rekrutierungs- und Einstellpolitik:***

Angesichts der Nähe der trotz einiger verlorener Prozesse noch immer gebräuchlichen offiziellen Einstellgrenze für Verbeamtungen bei einem BMI von 30 zur statistisch längsten Lebenserwartung (bei BMI 27 - 28, nach anderen Berechnungen²⁷ zumindest bei jüngeren Menschen bei BMI 25) dürfte sich diese Messlatte als ubiquitäre Grenze ohne jede Differenzierung nach beruflichen Aufgaben und ohne Hinzuziehen weiterer Gesundheitsvariablen medizinisch wie politisch kaum schlüssig begründen lassen. Ein Gesundheitscheck vor der Einstellung ist nachvollziehbar, allenfalls mit Abstrichen dahingehend, dass, wenn der Staat schon seine Bewerber und Bewerberinnen stark nach ihrem Gesundheitsstatus selektiert, er analoges Verhalten kommerziellen Unternehmen kaum ankreiden kann. Allerdings wäre dabei zu bedenken, dass erstens das Gewicht bzw. das Größen-Gewichts-Verhältnis nur ein Gesundheitsindikator unter zumindest mehreren ist, dass zweitens der Gesundheitsstatus durch geeignete Verhältnis- und Verhaltensprävention etwa im Zuge betrieblicher Gesundheitsförderung zumindest in Grenzen beeinflussbar ist, und dass drittens die berufliche Leistungsfähigkeit weit mehr umfasst als die Variable Gesundheit, nämlich auch noch Qualifikation/Erfahrung, Motivation und individuelle Werteentsprechung, Arbeitsgestaltung (Arbeitszeit, Workflow, Arbeitsteilung, gesunde und wertschätzende Führung inklusive einer Aufgabenerledigungs-adäquaten Gratifikation, adäquate Ressourcenbereitstellung in Relation zu den gestellten Aufgaben, Arbeitsplatzergonomie, Arbeitsplatzsicherheit usw.) und Rücksicht auf die Vereinbarkeit des Berufs mit außerberuflichen Erfordernissen (Kinder, Pflege,

²⁵ Ähnliche Beispiele finden sich im Artikel „Lob der Fülle“ (Uchatius 2015).

²⁶ Fallbeispiel aus eigenem Interview. Ferner gibt es Beispiele von Lehrern und Erzieherinnen, Fahrern, Sanitätern, vermeintlich zu kleinen Polizeianwärterinnen usw. – vgl. auch Uchatius, 2015.

²⁷ Sekundäranalyse von 57 Langzeitstudien zum Zusammenhang von BMI und Mortalität mit insgesamt 900.000 ProbandInnen (vgl. Whitlock& Lewing2009).

Engagementbereiche...), wobei alle genannten Dimensionen als gestalt- und damit veränderbar anzusehen sind (vgl. das Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ von Ilmarinen & Tempel, 2012).

Fragwürdig erscheint eine Einstellpolitik nach BMI, die auf einer Ein-Punkt-Messung beruht, auch insofern als dies wenig darüber aussagt, ob jemand beispielsweise kurz vorher eine Diät gemacht hat um unter den Grenzwert zu kommen, oder anschließend sein Gewicht halten wird. Im Befragungssample der Studie „schwer Arbeit finden“ wurde auch nach dem Minimal- und Maximalgewicht der vergangenen 10 Jahre gefragt, wobei sich ganz erhebliche Ausschläge zeigten: Es fanden sich sowohl Personen die früher deutlich dicker waren, wie auch andere die erst im reiferen Alter erheblich an Gewicht zugelegt hatten. Bekanntlich gibt es Arbeitsumstände wie sitzende Tätigkeit bei hohem Arbeitsanfall und wenig Bewegung sowie Bereitschaftsdienste etwa im Sanitäter-, Bundeswehr- oder Polizeibereich, die gewisse Begünstigungsfaktoren zum Dickwerden beinhalten, weshalb statt einer Ein-Punkt-Messung eher ein Ausgleichssport für alle bzw. ein adäquates Bewegungsangebot empfohlen werden müsste. Derartige Programme sind beispielsweise aus der Autoindustrie bekannt (etwa von BMW oder Audi), wenngleich die auch dort üblichen rigiden BMI-Maßstäbe (z. B. Nötigung zum Mitmachen ab BMI 25 und das auch noch ungeachtet der Körperstatur) aus Sicht des Autors als in gewisser Weise willkürlich anzusehen sind. Den Bemühungen zum Trotz gibt es jedoch auch in der Autoindustrie nach wie vor dicke Beschäftigte.

Unter dem Aspekt der aus demografischen Gründen zumindest in einigen Regionen Deutschlands dräuenden Fachkräfteknappheit scheint es zudem ein fragwürdiges Signal, bereits a priori ganze Bewerbergruppen auszugrenzen, nur weil diese ein höheres Gewicht aufweisen.

Einer eigenen Diskussion würdig wäre vermutlich noch die Frage, ob es bestimmte Berufsgruppen im Öffentlichen Dienst gibt, für die besondere körperliche Leistungsanforderungen zugrunde gelegt werden sollten (bzw. dürften), beispielsweise Feuerwehrleute, Polizeibeamte oder Soldaten und Soldatinnen. Auch hier gilt jedoch, dass das Gewicht allenfalls einer von mehreren Maßstäben zur Gesundheitsbeurteilung sein kann²⁸, und alleine nur in seltenen Fällen als Ausschlusskriterium gerechtfertigt erscheint.

b) *Im Bereich der Personalentwicklung:*

Ein erstes Gebot wäre, dass niemand aufgrund seines Gewichtes von Personalentwicklungsmaßnahmen und Aufstiegsbeförderungen ausgeschlossen werden dürfte. Ferner wären alle Bereiche gesunder Führung, gesunder Arbeits(platz)gestaltung und Arbeit zu betrachten, welche gemeinhin unter den Begriff Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit subsumiert werden.

Betriebliche Sport- und Bewegungsangebote müssten dahingehend hinterfragt werden, ob sie auch für Personen mit einem höheren Gewicht geeignet und nutzbar sind, wobei hierfür die subjektive Meinung der betreffenden Personen zugrunde zu legen wäre. Zugleich ließen sich Angebotslücken identifizieren in Bereichen, die sich auch zum Bewegungseinstieg bzw. für Sportungeübte gut eignen.

Gezielte Weight Diversity-Maßnahmen würden sich richten auf

²⁸ Eigentlich müsste die Leistungsfähigkeit gemessen werden und nicht das Gewicht – z. B. über Lauf-, Wurf-, Koordinations- und Ausdauer-tests. (Bsp.: Sparteignungsprüfung der Deutschen Sporthochschule Köln).

- Bedürfniserhebungen von Personen unterschiedlichen Gewichtes, sowohl bezogen auf die physische Umwelt wie auf psychologische Bereiche,
- partizipative Veränderungsansätze, die neben unmittelbaren (wie Kantinenessen) auch die mittelbaren Gewichtseinflüsse auf den Prüfstand stellen sollten (z. B. reale Arbeitszeiten bis in den Abend hinein, die für Entspannung und Bewegung wenig Raum lassen; Stressbelastung und Begünstigung eines metabolischen Syndroms; im Bereich positiver Beispiele Sozialberatungsangebote und Entlastung bei Haushaltsaufgaben, Kinderbetreuung und Pflege).
- Vertrauens- und Ombudsleute als Beschwerde- und Interessenwahrnehmungsinstanzen, über die betriebsklimatische u. a. personalpolitische Veränderungsimpulse eingespeist werden könnten,
- den gezielten Einbezug beleibter Personen in gesundheitspolitische Unternehmensaktivitäten, durchaus auch mit dem Recht sich gegen uniforme und für die eigene Gewichtsklasse nicht passende Ansätze zu wehren.

Allgemeine Betrachtungen zur gesundheitspolitischen Bestandsaufnahme, etwa das Analysieren von AU-Tagen, könnten speziell mit Bezug zu den Randverteilungen des Gewichtsspektrums angestellt werden (soweit diesen der Datenschutz nicht entgegensteht) und als Anlass zu Mitarbeitergesprächen genutzt werden. Wichtig ist hierbei wiederum, dass es keine Zwangsberatungen und keinen moralischen Druck geben sollte, d. h. dass die Angebote offen, niedrigschwellig und non-direktiv sind und eher allgemeine Arbeitsbewältigungscoaching-Angebote mit dem Ziel besserer Arbeitsbewältigung und erhöhter Mitarbeiterzufriedenheit sind und nicht unter dem Vorzeichen Gewicht firmieren.

Spezifische individualisierte Gesundheitscoachings (nicht nur) für beleibte Kollegen und Kolleginnen sollten Fachleuten überlassen, aber nichtsdestotrotz angeboten werden. In diesen Kontext fallen auch Gesundheitsangebote für Dicke. Diesbezügliches Know-how findet sich bei manchen Gesundheitsberufen und Studiengängen sowie i. d. R. auch in Burnout-Helpcentern, aber lange nicht bei allen Gesundheitstrainern bzw. Trainerinnen und Personalfachleuten. Wie bei allen Beratungen ist – auch wenn das wie eine Binsenweisheit klingt – eine empathisch-akzeptierende Grundhaltung der beratenden Person für den Beratungserfolg essentiell (vgl. z. B. die Beratungsklassiker Rogers (2012, „klientenzentrierte Beratung“) und Berne (2006, „Transaktionsanalyse“)).

Wie Erfahrungen²⁹ aus Sport- und Bewegungsangeboten für Langzeiterwerbssuchende (aus den Perspektive 50plus-Projekten BIA und BINS in Augsburg bzw. Nordschwaben), aber auch Trainingsangebote für städtische Bedienstete reiferen Alters (beispielsweise in Augsburg) zeigten, leben derartige Angebote sehr stark davon, wer als Trainer bzw. Trainerin fungiert und wie sie methodisch-didaktisch aufbereitet sind. Neben dem technisch-fachlichen Know-how spielt hier das Thema „Begeisterungsfähigkeit“ eine entscheidende Rolle. Wer Bewegung selbst lebt und mit diesem Ansinnen authentisch rüberkommt, findet Resonanz, und wer dies nur aus dem Lehrbuch macht und dabei eigene Begeisterung vermissen lässt, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit scheitern (Befunde aus Perspektive 50plus-Regionalkonferenzen). Kein Geheimnis ist, dass das Mitmachen Spaß machen soll und darf und dass asketische und auf Ertüchtigung abzielende Maßnahmen à la Turnvater Jahn ausgedient haben.

²⁹ Der Autor war an diesen Projekten beteiligt.

Auf den ersten Blick als Paradoxon erscheint auch die Erkenntnis, dass Entspannung und Bewegung entsprechender Zeitkorridore bedarf, was im Umkehrschluss bedeutet, dass bei hoher Arbeitsverdichtung, wo Entspannungs- und Bewegungsangebote besonders wichtig wären, wenig offene Ohren für alles zu erwarten sind, was zusätzlich Zeit absorbiert. Selbst die Vertretungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind in derlei Situationen oft skeptisch gegenüber Gesundheitsangeboten. Allgemein hat Gesundheit den Nachteil, unter zeitökonomischen Betrachtungen (z. B. dem Eisenhower-Modell)³⁰ zwar als wichtig, nicht aber als dringlich angesehen zu werden – mit der Folge, dass gesundheitsorientierte Maßnahmen mitunter Gefahr laufen, auf den Sankt-Nimmerleinstag verschoben zu werden.

Unter dem Diversity-Vorzeichen wäre eine idealtypische Abfolge, in gewisser Analogie zum Policy-Cycle nach Werner Jann (Jann & Wegrich, 2003).

- a) Bestandsaufnahme und Lernen über Mitarbeiter-Bedürfnisse,
- b) Know-how-Aufbau und Sondieren geeigneter Maßnahmen,
- c) Maßnahmenauswahl und -implementation,
- d) Erfahrungen sammeln, Wirkungsmessung und ggf. Nachsteuern sowie
- e) Maßnahmenwiederholung in geeignetem Turnus.

Insgesamt ist anzunehmen, dass das wechselseitige Verhältnis von Medizinsystem und dicken Menschen ein in mancherlei Hinsicht getrübt ist. Studien zufolge (vgl. z. B. Singer, 2008 sowie Hebebrand & Simon, 2008, S. 65)

- gehen Dicke nicht gerne zum Arzt, weil sie keine Ermahnungen wollen und weil das medizinische Personal Krankheiten von Dicken zu oft auf deren (Über-)gewicht zurückführt, ungeachtet etwaiger alternativer Ursachen und Bedingungsfaktoren,
- sind medizinische Gerätschaften oft ergonomisch nicht für Dicke passend (z. B. Blutdruckmessgerät, Krankenwagen, Betten, Transportgeräte³¹),
- findet medizinisches Personal dicke PatientInnen unästhetischer und ekliger als schlanke, und bemüht sich deshalb weniger um die Dicken.

Vermutet werden darf, dass medizinische (Standard-)Verfahren mitunter an die körperlichen Besonderheiten dicker Menschen erst angepasst werden müssen, z. B.

- Narkoseverfahren,
- Risikoabschätzungen hinsichtlich der gegebenen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Herz-Kreislauf-Lungensystems,
- Dosierungsfragen von Medikamenten,
- die Durchführbarkeit von Operationen und die Einschätzung von Heilungschancen,
- Thrombose-Gefahren und Risiken durch Diabetes.

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass das Wissen um die Funktionsweise dickerer Körper und ganz allgemein der Gewichtssteuerung in vielerlei Hinsicht noch ausbaubar ist.

³⁰ Kurzfassung unter: http://www.lernen-heute.de/selbstmanagement_eisenhower.html.

³¹ Vgl. „Zu guter Letzt“ in: Augsburgener Allgemeine vom 22.2.2011 über das Krankentransportproblem für Personen ab 180 kg in Australien.

Anzunehmen ist auch, dass es nicht ein einzelnes „Dickmacher-Gen“ o. ä. gibt, sondern jeweils ein ganzes Variablenbündel, dessen Zusammenspiel noch nicht ganz geklärt ist (vgl. Hebebrand & Simon 2008).

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht zeigt die Studie „schwer Arbeit finden“ an Antworten auf die Frage, was Dicksein für die jeweilige Person bedeute, jenseits allgemein physiologischer Effekte wie leichterem Schwitzen und schwererem Atmen sowie Gelenkproblemen bei stärkerer körperlicher Belastung bzw. langem Stehen, eine breite Palette von Befindlichkeiten. Diese reichen von einem nicht wahrnehmbaren Leidensdruck bis zu schweren psychischen Beeinträchtigungen mit suizidalen Tendenzen. Auch die Einschätzung eigener Chancen am Partnerschafts- wie am Arbeitsmarkt variiert von „kein Problem“ bis zu einem sehr geringen Selbstvertrauen. Wiewohl unter den besonders Dicken (BMI über 40) mehr psychisch Belastete zu finden sind, korreliert Selbstvertrauen mit geringen Belastungswerten, d. h. schon leicht Mollige mit schwachem Selbstwertgefühl trauen sich beruflich wie am Partnerschafts- markt mitunter wenig zu, während Personen mit allgemein hoher Kontrollüberzeugung beruflich wie am Partnerschafts- markt auch bei sehr hohem Gewicht selbstbewusst auftreten. Probleme haben folglich insbesondere diejenigen, die es zulassen, dass ihr Dicksein in ihrem Leben sehr viel Raum einnimmt und negative Ausstrahlungswirkungen auf andere Lebensbereiche entfaltet. Hierbei handelt es sich um

- eher jüngere als ältere Dicke,
- eher Personen in unteren Funktionsstellen und Einkommensbereichen,
- eher Singles als Personen die in Partnerschaften leben,
- eher Personen mit wenig Erfahrung mit dem anderen Geschlecht,
- eher Personen in sozialen Milieus bzw. Kontexten mit besonders rigiden Körperlichkeitsnormen (z. B. Mode/Beauty-Business – vgl. hierzu auch Wolf, 2012 –, männliche Homosexuellen-Szene).

Hieraus wäre abzulesen, dass ein erfüllteres Leben als dicke Person dort möglich erscheint, wo eine gewisse soziale Grundakzeptanz eines höheren Gewichtes gegeben ist (bisweilen auch in bestimmten Kulturen, etwa arabisch-muslimischen), wo ein fundierter Bildungshintergrund anzutreffen ist, wo Menschen nicht nur nach ihrem (oft oberflächlichen) Äußeren beurteilt werden und wo erkannt wurde, dass Dicksein komplexere Ursachen als viel Essen plus wenig Bewegen hat. Wie für jede Art von Integration bzw. Inklusion gilt auch für die Variable Körpergewicht, dass Sozialkontakte immer eine Mischung aus Bring- und Holschuld sind, ohne dass geleugnet werden soll, dass negative Erlebnisse eine künftige Reserviertheit in der Kontaktaufnahme nach sich ziehen könnten. Hierbei kann es zu negativen Verstärkereffekten und Scheiterns-Erwartungen kommen, die letztlich zur Selbstisolation führen.

c) Bezüglich der Frage ob der gesetzliche Schutz beleibter Menschen vor Diskriminierung ausreicht:

Die Frage ob es politisch wünschenswert erscheint, den Antidiskriminierungsschirm des AGG auf dicke Menschen zu erweitern, und dies nicht nur im Rahmen der Subsumierung dicker Personen unter das Schwerbehinderten-Label zu tun, steht zwar im Raum, sollte jedoch nach Meinung des Autors erst dann angegangen werden, wenn der diesbezügliche gesellschaftspolitische Diskurs bereits geführt wurde. Der Autor vertritt die Meinung, dass bereits beim bestehenden AGG dessen Legitimität hätte deutlich gesteigert werden können, wenn der Gesetzesverabschiedung mehr öffentliche Diskussionen vorausgegangen wären. Wo dieser

Diskurs unterbleibt oder zu kurz kommt, besteht das Risiko, dass es – jenseits genuiner politischer Interessen, die stets skeptisch gegenüber staatlichem Handeln sind und sich Deregulierung als Programm auf ihre Fahnen geschrieben haben – einen nicht unerheblichen Bevölkerungsanteil gibt, der das Gefühl hat, vom Gesetzgeber in oberlehrerhafter Manier erzogen werden zu sollen und das auch noch ohne den Sinn hinter dem jeweiligen Gesetz verstanden zu haben. In der Folge kommt es leicht aus dem Gefühl des gegängelt Werdens heraus zu Aversionen gegen das jeweilige AGG-Anliegen, den Gesetzgeber und auch die vermeintlich dahinter stehenden Sozialwissenschaftler und Sozialwissenschaftlerinnen³².

Befürwortet wurde ein spezifischer AGG-Schirm für Dicke im Rahmen der Studie „schwer Arbeit finden“ zum einen aus dem Kreis der besonders Dicken (Frauen über 130 kg, Männer über 150 kg) mit starken Diskriminierungserfahrungen und auch Problemen mit der nicht auf ihr Gewicht ausgelegten physischen Umwelt und zum zweiten aus dem Bereich politisch sensibler Personen, die z. B. Positionen als Stadtrat, Betriebsrat, Gewerkschaftsfunktionär oder Amtsleiterin im Sozialbereich bekleideten. Sie erhofften sich von einer gesetzlichen Schutzregelung kein Ende der Dicken-Diskriminierung, sondern in einem ersten Schritt eine Diskussion und Reflexion und in deren Folge ein etwas empathischeres Handeln gegenüber der eigenen Gruppe.

6 Fazit und politischer Ausblick

Der Aufsatz versuchte zu zeigen, dass es nicht das Gewicht und seine etwaigen körperlichen Folgen alleine sind, die dicken Menschen das Leben im Wortsinne schwer machen, sondern dass gesellschaftliche Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung weit stärker deren Lebensfreude beeinträchtigen. Gewichtsnormierung verbietet sich ebenso im untergewichtigen Bereich, es sei denn es besteht ein gesundheitlicher Leidensdruck bzw. ein Risiko für Leib und Leben.

Ebenfalls ein Anliegen dieses Aufsatzes war es zu zeigen, dass Dicksein unterschiedlichste Ursachen und Bedingungsfaktoren haben kann, welche in der Summe nicht zuletzt dafür ursächlich sind, dass Gewichtsreduktionen über Diäten, wie sie viele beleibte Menschen oftmals bereits zahlreich unternommen haben, selten von langer Dauer sind. Wenn es nun aber für zumindest einen erheblichen Teil der Dicken, über dessen Quantifizierung hier nicht näher spekuliert werden soll, augenscheinlich unmöglich ist, das eigene Gewicht nachhaltig auf einer niedrigeren Stufe einzuregulieren, sollte akzeptiert werden, dass manche Menschen eben dauerhaft dicker oder auch richtig dick sind, und dass dies kein lediglich temporärer und vorübergehender Zustand ist, sondern als Teil der Person ebenso invariant ist wie deren Geschlecht, religiöses Bekenntnis oder sexuelle Orientierung.

Wenn Dicksein als mehr oder weniger persistentes Personenmerkmal anzusehen ist, müssten sich alle Versuche dieses Merkmal mit welchen Verfahren und durchaus wohlmeinenden Rechtfertigungen auch immer zu ändern, letztlich verbieten und in die geistige Nähe religiöser Zwangsbekehrungen und Umerziehungsversuche von Homosexuellen gestellt werden.

Anzumahlen ist daher ein sozialer Diskurs über den adäquaten Umgang mit Dicksein und dicken Menschen, der unangenehme und gegenintuitive Wahrheiten der kritischen Diätfor-

³² Vgl. den fachjuristischen Beitrag von Hans-Joachim Bauschke in diesem Band.

schung mit integriert, diskriminierende Praktiken in Institutionen, Arbeitswelt und medialem Bild aufdeckt und an deren Änderung arbeitet – in etwa im Einklang mit den politischen Zielen der Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung, die sich wiederum an die US-Organisation NAAFA (National Association to Advance Fat Acceptance) anlehnt³³. Ob dieser Diskurs letztlich auch in ein rechtliches Antidiskriminierungsdach für dicke Menschen mündet, wie in einigen Orten bzw. Bundesländern der USA bereits geschehen, mag die Geschichte zeigen. Falsch wäre es aus Sicht des Autors, zunächst den AGG-Schirm auf Dicke auszuweiten und erst im Nachhinein – wenn überhaupt – den entsprechenden Diskurs zu führen, da dann viel Gegenwind zu erwarten wäre.

Auf die wenig verständige Frage eines Bloggers in einem Forum zum Thema Dickendiskriminierung, „Soll jetzt vielleicht schon die Türe schuld sein, wenn jemand zu dick ist um durch diese hindurchzupassen?“, ließe sich antworten, dass nicht die Türe schuld ist, aber die Bauverantwortlichen, die nach Durchschnittsmaßen gebaut und nicht darüber nachgedacht haben, dass es auch dickere Menschen gibt. Parallelen zum barrierefreien Bauen sind hier offenkundig, müssen jedoch erst geistig hergestellt werden. Damit Menschen bereit werden, sich unvoreingenommen mit diesem Thema zu befassen, bedarf es diskursiver Offenheit, die nach Meinung des Autors durch ein zu frühes Anti-Dickendiskriminierungs-Gesetz eher erschwert als befördert würde.

Kritik an einer auch rechtlich fixierten Dickengleichstellungspolitik erfolgt in der Regel im Kontext der folgenden vier Themenkomplexe:

- a) *Dem schwierigen Problem der Abgrenzung:* Ab welchem Gewicht oder BMI soll jemand als dick gelten, und damit in den Genuss der Gleichstellungspolitik gelangen? Hiermit einher gehen Überlegungen, dass jemand der 116 Kilo wiegt und ab 120 kg in den Genuss der Dickenförderung käme, sich möglicherweise noch vier Kilo anfüttern könnte, was niemand wünschen könne³⁴. Völlig diffus würde die Abgrenzung dann, wenn nur die individuelle Selbsteinschätzung zugrunde gelegt würde, da es viele von außen betrachtet schlanke bis sehr dünne Menschen gibt, die sich selbst als „dick“ oder „zu dick“ einstufen (wie viele Magersüchtige infolge ihrer Körperform-Wahrnehmungsstörung), wohingegen etliche, die von außen betrachtet als dick betrachtet werden, sich ihrerseits kaum als mäßig einschätzen würden. Manche meinen, dass angesichts der schwierigen Abgrenzungsfrage zwischen „richtig dick“ und „noch nicht richtig dick“ die Schwerbehindertenregelung ausreichen könne, da jemand mit enormem (Über)gewicht auch heute schon im Bedarfsfall (z. B. wegen Gehbehinderung oder Diabetes) einen Schwerbehindertenausweis beantragen könne.
- b) *Der Frage der Selbstzuordnung:* Dass dicke Menschen außer im sehr hohen Gewichtsreich mehrheitlich nicht als „schwerbehindert“ eingestuft werden möchten, mag daran liegen, dass sie sich einerseits nicht krank fühlen, und dass sie andererseits den Behinderterstatus in Deutschland auch nicht als erstrebenswert ansehen. Demgegenüber ist der generelle Inklusionsgedanke und -anspruch auch für Dicke interessant.
- c) *Dem Problem der Stigmatisierung* durch die politische Aufwertung des Merkmals „dick sein“: Manche haben hier die Befürchtung, dass durch einen gesetzlichen Schutz für Di-

³³ <http://www.gewichtsdiskriminierung.de/wp-content/uploads/2014/01/positionen-der-ggg.pdf>.

³⁴ Wer die Setpoint-Theorie ernst nimmt, weiß dass dies unwahrscheinlich sein dürfte.

cke erst ein Sonderstatus geschaffen werde, und man als dicker Mensch infolgedessen Angst haben müsse, nun zum oder zur „Quotendicken“ zu werden³⁵. Wie zu zeigen versucht wurde, führt eine Übernahme und Verinnerlichung der neoliberalen Machbarkeitsvorstellung von Schlanksein angesichts offenbaren Scheiterns eigener Schlankheitsbemühungen zur Selbststigmatisierung mit Unwertgefühlen und depressiven Verstimmungen sowie Handlungsblockaden auf dem Arbeits- und Partnerschaftsmarkt.

- d) *Der allgemeinen Kritik an AGG-analogen Vorschriften*, die sich auf die Formel bringen lässt „sehr viel bürokratischer Aufwand bei bescheidenem Nutzen“. Die Kritik orientiert sich hierbei an der defizitären Gleichstellung von Frauen oder von Menschen mit Behinderung, an Diskussionen über Gebetsräume und Lehrerinnen mit Kopftuch oder Schleier, an kompliziert zu formulierenden diskriminierungsfreien Stelleninseraten, sowie an vermeintlich wenig zielführenden Semantikdiskussionen um BürgerInnensteig o. ä. Diesbezügliche Überlegungen richten sich auf ein entsprechendes Aufwands-Ertrags-Verhältnis: Sollen nun alle Betten, Türen und Sitze breiter gemacht werden, nur weil ein paar Leute besonders dick sind? Bei baulichen und ergonomischen Herausforderungen ließe sich lernen aus dem Bereich der barrierefreien Technik für Menschen mit Behinderung: Aufzüge ohne vorgelagerte Stufen, breitere, geräumigere und insgesamt barrierefreie Zugänge zu Gebäuden, Sanitär- und Duscheinrichtungen sowie zusätzliche Haltegriffe kämen auch dickeren Personen gelegen.

Bei einem Diskriminierungsverbot wäre auch zu berücksichtigen, dass Äußerungen oder Haltungen, die als Diskriminierungen empfunden werden könnten, aus der Sender-, der Betroffenen- und der Betrachtungswarte Dritter durchaus unterschiedliche Interpretationen zulassen. In Deutschland haben wir noch wenig Erfahrung mit subjektivistischer Rechtsprechung, bei der das subjektive Gefühl diskriminiert worden zu sein bereits als Diskriminierungsbeleg hinreichend ist (vgl. Nussbaum, 2014, Kap. 1 u. 2), wie wir uns auch mit Instrumenten zur Erhebung subjektiver gesundheitlicher Befindlichkeiten³⁶ schwer tun, und uns hierbei lieber auf vermeintlich „objektive“ Urteile etablierter Institutionen verlassen. In der Studie „schwer Arbeit finden“ wurde beispielsweise deutlich, dass die Meinungen über die Frage, ob das persönliche Gewicht in einem Beratungsgespräch bei der Arbeitsagentur oder in einem berufsbezogenen Vorstellungsgespräch Gegenstand der Erörterung sein dürfe, stark divergieren. Am ehesten einigen konnten sich die Befragten noch über die Haltung, dass eine Thematisierung des Gewichtes dort okay sei, wo dies für die unmittelbare Ausübung der Tätigkeit von Belang ist, beispielsweise weil die körperliche Belastung entsprechend hoch ist oder statische (bei Dachdeckern) bzw. räumliche Erfordernisse (bei engen Verkaufsständen) kein hohes Gewicht und keinen großen Körperumfang zulassen. Übertragen auf den Öffentlichen Dienst würde dies bedeuten, dass bei bestimmten Berufsgruppen (z. B. in den Bereichen Feuerwehr, Polizei, Bundeswehr, Rettungsdienst o. ä.) Gewichtsbeschränkungen nachvollzogen werden könnten. Der Mehrheitsmeinung der Befragten des Samples „schwer Arbeit finden“ zufolge ist jedoch das Thematisieren von Gewicht dort nicht akzeptabel, wo keine besonderen körperlichen Herausforderungen bestehen, etwa bei klassischen Büro-, sozialen und erzieherischen Berufen. Irgendwo in der Mitte zwischen beiden Berufsbereichen befinden sich Berufe mit

³⁵ Eigene Interviewbefunde.

³⁶ Beispiel: der aus skandinavischen Ländern stammende Arbeitsbewältigungsindex, der auf Selbsteinschätzungen der erhobenen Variablen beruht. Der Test findet sich unter <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?WAI-Online>. (Stand: 2.6.2015)

Sicherheitsrisiken, beispielsweise Schulbusfahrer/in, Pilot/in, Maschinenführer/in o. ä. Bei einem erhöhten Herzinfarkt- oder Kreislaufkollaps-Risiko wären hier Dritte mitgefährdet. Es sei allerdings der Hinweis erlaubt, dass dickere Menschen eher seltener einen Herzinfarkt erleiden, dass der Herzinfarkt bei Dickeren zudem auch noch seltener tödlich verläuft, und dass selbst die Rekonvaleszenz-Chancen nach einem erlittenen Herzinfarkt bei dickeren Menschen besser sind (vgl. Peters, 2013 zum sog. „Gewichts-Paradoxon“ positiverer Verläufe von Herzinfarkten bzw. Herzkrankheiten bei Personen mit einem etwas höheren Gewicht im Vergleich zu Schlanken).

Aus der Warte des Öffentlichen Dienstes gilt es rigide BMI 30-orientierte Einstellpraktiken auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu überdenken, sowie im Bereich der Personalentwicklung Dicken gegenüber inklusivere Maßnahmen als bislang einzuleiten. Diese beinhalten Arbeitsbewältigungscoaching und ergonomische Arbeitsplatzanpassung, faire Entwicklungs- und Aufstiegsperspektiven, zusätzliche Wege im Gesundheitsmanagement sowie insgesamt einen wertschätzenden Umgang mit dicken Menschen, inklusive dicker (sozialer) Kunden und Kundinnen.

Wie auch bei anderen Diversity-Zielgruppen, zielt der *Weight Diversity*-Ansatz auf den Erhalt und die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und Motivation der Zielgruppe dicker Menschen ab und versucht durch geeignete Maßnahmen, u. a. über einen gestärkten psychologischen Arbeitsvertrag, das Wohlfühlen und die Arbeitsmotivation der Zielgruppe zu stärken und zu erhalten und so einen möglichst positiven *return on investment* für die getätigten Aufwendungen im Personalbereich zurück zu bekommen. Noch besteht die Chance, dass der Öffentliche Dienst in der Diversity-Dimension Gewicht eine Vorreiterrolle einnehmen könnte.

Literatur

- Balters, A. (2005). Nur Engel dürfen dick sein. Von Schönheitswahn und wahrer Schönheit. Asslar: Gerth Medien.
- Benard, C. & Schlaffer, E. (1997). Let's kill Barbie! Wie aus Mädchen tolle Frauen werden. München: Heyne.
- Berne, E. (2006). Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie: Eine systematische Individual- und Sozialpsychiatrie. Aus dem Englischen von U. Müller. Paderborn: Junfermann.
- Blumroth vom Lehn, H.-C. (3) (2012). Kontrolliert außer Kontrolle. Das Tagebuch einer Magersüchtigen. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf.
- Brown, H. (2013). Gramm für Gramm zurück ins Leben. Unsere Tochter besiegt die Magersucht. Weinheim: Beltz.
- Campos, P. (2004). The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to Your Health. New York: Gotham Books.
- Fey, D. (2013). Kotzt Du noch oder lebst Du schon? Mein Leben mit Bulimie. Berlin: Ullstein extra.
- Frank, G. (4) (2011). Lizenz zum Essen. Stressfrei essen, Gewichtssorgen vergessen. München: Piper.
- Gailey, J. A. (2012). Fat Shame to Fat Pride: Fat Women's Sexual and Dating Experiences, in: Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society 1, S. 114–127.
- Gröner, Anke (2011). Nudeldicke Deern. Free your mind and your fat ass will follow. Reinbek: Rowohlt.

- Gruhl, H. (1975). Ein Planet wird geplündert. Die Schreckensbilanz unserer Politik. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Guggemos, P. (Hrsg.) (2007). Diversity Management. Europäische Beiträge zur Arbeitsvermittlung und Personalentwicklung. Augsburg: AIP-Eigenverlag.
- Guggemos, P. (2014). Berufliche Beratung und Personalentwicklung für Menschen mit einem hohen Body Mass Index – brauchen wir einen Paradigmenwechsel?, in: Guggemos, P., Müller, M. & Rübner, M. (Hrsg.): Herausforderungen und Erfolgsfaktoren beschäftigungsorientierter Beratung – Beiträge aus der Beratungsforschung. Landau: Verlag Empirische Pädagogik, S. 105-119.
- Hebebrand, J. & Simon, C.P. (2008). Irrtum Übergewicht. Gütersloh: Zabert Sandmann.
- Hornbacher, M. (4) (2013). Alice im Hungerland. Leben mit Bulimie und Magersucht. Eine Autobiographie. Berlin: Ullstein.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2012). Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Hrsg. von M. Giesert. Hamburg: VSA.
- Jann, W. & Wegrich, K. (2003). Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle, in: Schubert, K. & Bandelow, N. C. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München u. Wien: Oldenbourg, S. 71-105.
- Jean Nidetch: Gründerin von Weight Watchers ist tot. Spiegel online Panorama vom 30.4.2015, unter <http://www.spiegel.de/panorama/leute/weight-watchers-gruenderin-jean-nidetch-ist-tot-a-1031398.html>.
- Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H. L. (1950). The Biology of Human Starvation (2 Bände). Minnesota: University of Minnesota Press.
- Kreisky, E. (2008). Fitte Wirtschaft und schlanker Staat: das neoliberale Regime über die Bäuche, in: Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (Hrsg.). Kreuzzug gegen Fette. Sozial-wissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 143–161.
- Künast, R. (2006). Die Dickmacher. Warum die Deutschen immer dicker werden und was wir dagegen tun müssen. München: V. Goldmann.
- Liebenstein, S. von (2012). Confronting Weight Discrimination in Germany – The Foundation of a Fat Acceptance Organization, in: Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society Nr. 1 (2012), 166-179.
- Lütz, M. (2013). Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitnesskult. München: V. Knauer.
- Monaghan, L. F. (2008). Men and the War on Obesity. New York: Routledge.
- Ng, M. u. a. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, in: The Lancet vom 30.8.2014, Bd 384, Nr. 9945, 715-828.
- Nussbaum, M. (2014). Die neue religiöse Intoleranz. Ein Ausweg aus der Politik der Angst. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- O'Hara, L. & Gregg, J. (2012). Human Rights Casualties from the “War on Obesity”: Why Focusing on Body Weight Is Inconsistent with a Human Rights Approach to Health, in: Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society, 1 (2012), 32–46.
- Pape, L. (2013): Lebenshungrig. Mein Weg aus der Magersucht. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf.

- Peters, A. (2013). *Mythos Übergewicht. Warum dicke Menschen länger leben*. München: C. Bertelsmann.
- Pettit, C. (2) (2006): *Empty. A Story of Anorexia*. Grand Rapids (Michigan/USA): Revell Books.
- Pollmer, U. (2011). *Esst endlich normal! Das Anti-Diät-Buch* (4. Auflage). München u. Zürich: Piper.
- Raasch, J. (2010). *Dicksein. Wie Kinder damit umgehen*. Marburg: Tectum.
- Rand, C. S. & Macgregor, A. M. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *International Journal of Obesity* 15, S. 577–579.
- Rogers, C. R. (19) (2012). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Client-Centered Therapy. Frankfurt a. M.: Fischer TB.
- Salow, A. (2011): *Dicke Männer – Herausforderung für die Arbeitsvermittlung*. Mannheim: BA-Thesis HdBA.
- „Schöne haben es leichter“, in: *Augsburger Allgemeine* vom 29. 08. 2012, S. 12. Interview von Birgit Hofmann mit Werner Mang.
- Schorb, F. (2009). *Dick, doof und arm. Die große Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert*. München: V. Droemer.
- Schmidt, S. (2) (2012). *Die Vorher-Nachher-Frau. Abnehmen im XXL-Bereich mit der erfolgreichen 30 g-Fett-Methode*. Stuttgart: Zeppelin.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (8) (2011). *Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfe-Programm*. Weinheim: V. Beltz.
- Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (Hrsg.) (2008). *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Singer, V. (2008). *Diskriminierung von übergewichtigen Menschen. Eine Studie zu Zusammenhängen mit selbstwertrelevanten kognitiven Prozessen*. Marburg: Tectum.
- Sitzler, S. (2011). *Bauchgefühle. Mein Körper und sein wahres Gewicht*. München: Beck.
- Spiegel online Gesundheit v. 29.5.2015, „Studie zu Übergewicht: Jeder zweite Deutsche ist zu dick“ unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/uebergewicht-2-1-milliarden-menschen-sind-zu-dick-a-972097.html>.
- Springer, J. (2011). *Die Erfahrungen übergewichtiger Frauen in der Arbeitswelt*. Mannheim: BA-Thesis HdBA.
- Stangl, A. (2012). *Frauen mit höherem Gewicht und ihr (konstruktiver) Umgang mit medialen Schlankheitsidealen*. Mannheim: BA-Thesis HdBA.
- Stuber, M. (2009). *Diversity. Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren – Zusammenarbeit gestalten* (2. akt. u. überarb. Auflage). Köln: Luchterhand/Wolters Kluwer.
- „Studie zu Übergewicht: Jeder zweite Deutsche ist zu dick“, in: *Spiegel online Gesundheit* v. 29.5.2015, unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/uebergewicht-2-1-milliarden-menschen-sind-zu-dick-a-972097.html> (letzter Zugriff am 2. Juni 2015).
- Taylor, E. (1988). *Vom Dicksein, vom Dünnein, vom Glücklichein*. München: Knauer.
- ThailandTIP, Bericht vom 10. März 2015.
- Traint, C. M. (2008). *Im Wendekreis der Waage. Eine Abrechnung mit Schlankheitswahn & Schönheitsindustrie*. Wien: Milena.
- Uchatius, W. (2015). *Lob der Fülle*, in: *Die Zeit* Nr. 17/2015 vom 23. April 2015, 15–17.

Waldrich, H.-P. (2004). Perfect Body. Körperkult, Schlankeitswahn und Fitnessrummel. Köln: PapyRossa.

Walter, N. (2011). Living Dolls. Warum junge Frauen heute lieber schön als schlau sein wollen. Frankfurt a. M.: Krüger.

Whitlock, G. & Lewing, S. (2009). Body Mass Index and cause specific mortality in 900.000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies, in: The Lancet Bd. 373 vom 28. März 2009, 1083–1096.

Wolf, J. (2012). Dicksein in der creative-class-Stadt Düsseldorf – Akzeptanz und Toleranz oder ästhetisch motivierte Diskriminierung? Mannheim: BA-Thesis HdBA.

Wortmann, B. (2013). Dein Leben hat Gewicht. Elf Porträts junger Magersüchtiger. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf.

- ▶ Prof. Dr. phil. habil Peter Guggemos M. A., Prof. für Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit seit 9/2008, davor von 10/1987 bis 3/2003 Mitarbeiter am Lehrstuhl für Politikwissenschaft der Universität Augsburg, sowie von 4/2003 bis 8/2008 Geschäftsführer der städtischen Beteiligungs- und Projektentwicklungsgesellschaft „Augsburg Integration Plus GmbH“. Aktuelle Forschungsprojekte zu Personalentwicklungs-, Diversity- und Gesundheitsthemen.

Juristische Anmerkungen zum Thema „Weight Diversity“

Hans-Joachim Bauschke

1 Einleitung

Die Veranstalter dieser Tagung hatten die Idee, neben einem Beitrag meines geschätzten Kollegen Peter Guggemos auch noch mich anzufragen, ob ich einige Anmerkungen zum Thema machen könnte.

Ich habe zugesagt, aus Zuneigung zu meinem Kollegen und damit ich nach gefühlt 20 Jahren der Teilnahme an dieser Tagung endlich auch einmal einen eigenen Beitrag liefern kann, statt der vielen spontanen Wortmeldungen.

Ich beschränke mich dabei auf juristische Anmerkungen. Dabei verkenne ich nicht, dass die bedeutenden gesellschaftlichen und politischen Fragen eher den sozialwissenschaftlichen Bereichen zuzuordnen sind. Es stellt sich jedoch immer wieder die Frage, welche Bedeutung, welcher Sinn und welcher Nutzen der rechtswissenschaftlichen Disziplin zukommen.

2 Ausgang: Fallbeispiele, Problembereiche

Folgende Beispiele seien ausgewählt:

- A Bewerberin A möchte als Beamtin in den öffentlichen Dienst eingestellt werden, sie hat einen Body-Maß-Index (BMI) von 37. Die Behörde lehnt ihre Einstellung ab. Parallelproblem: A bewirbt sich als Arbeitnehmerin.

- B C, bei der Kommune angestellter Tagesvater, hat während seines ganzen Arbeitslebens (15 Jahre beim gleichen Arbeitgeber) einen Body-Maß-Index von über 50 (>160 kg). Als wegen geringer Kinderzahl eine Stelle abgebaut wird, entlässt ihn der Arbeitgeber. C fühlt sich wegen seiner Adipositas diskriminiert. (EuGH – Fall „Kaltoft“).

Es fragt sich, wie juristische Gestaltungsmöglichkeiten den konkreten Problemen begegnen können und eventuell gar Abhilfe zu schaffen in der Lage sind. Dabei werden sich die Bemerkungen zu beiden obigen Beispielen A und B auf die Rechtsprobleme im Zusammenhang mit Adipositas konzentrieren.

3 „Adipositas“ im juristischen Kontext

Meiner Auffassung nach ist das Thema in einen allgemeinen (juristischen) Kontext einzubetten. Es geht dabei um internationalrechtliche, europarechtliche, EU-rechtliche und nationale Fragen, soweit deren konkrete Ausgestaltung durch Rechtsnormen auf gesetzlicher u. ä. Ebene Auswirkung hat auf die Beantwortung konkreter Fragen zum Themenkreis. Das Thema wird im Hinblick auf den „juristic self restraint“ auf den juristischen Approach beschränkt. So ist zu fragen, inwiefern es besondere Charakteristika von Menschen verdienen/erfordern, juristisch besonders beachtet zu werden. Menschen gibt es in vielfältiger Erscheinungsweise: große und kleine, kluge und dumme, junge und alte, gesunde und kranke, männliche und weibliche, weiße und anders farbige. Eine grundsätzliche Frage ist also: Inwieweit rechtfertigen es diese Unterschiede, den jeweils betroffenen Menschen eine rechtlich abgesicherte, intellektuell vertretbare und gesellschaftlich durchsetzbare Sonderrolle zuzuordnen, die es dann ermöglicht, ihnen besondere Rechte (eventuell auch Pflichten) einzuräumen. Die grundsätzliche (d.h. durchaus von Ausnahmen durchbrochene) juristische Aussage lautet: Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich (Art.3 Abs.1 GG). Es bedarf also für Sonderregelungen einer stichhaltigen Begründung: Was kennzeichnet den betroffenen Personenkreis derartig, dass er gegenüber anderen mit unterschiedlichen Rechtsfolgen belegt wird. Es geht nicht darum, für alle möglichen Besonderheiten innerhalb der Gesellschaft jeweils ein Sonderrecht anzubieten, sondern es geht darum, bei einer Diversifikation rechtfertigenden Tatsachen unterschiedliche rechtliche Behandlungen stichhaltig begründen zu können.

Ich darf vorwegnehmen: Bei aller Differenzierung der Betroffenen unter dem Aspekt "Dicke" will es mir nicht gelingen, eine rechtliche Handhabe für eine grundsätzliche, erst recht nicht ausnahmslos gegenüber anderen Personengruppen bevorzugte rechtliche Behandlung zu finden. Vorab ist mir noch ein weiterer Punkt besonders wichtig: Die Problematik „Gewicht“ ist nur ein Teilaspekt einer Gesamtproblematik. Diese lautet: Inwieweit können physische, mentale und psychische Einschränkungen geeignet sein, unter dem Gesichtspunkt der Diskriminierung Schutzrechte auszulösen, die sich als Handlungsanweisungen auf die Akteure in Gesellschaft, insbesondere in Wirtschaft und Verwaltung und zuletzt Rechtsprechung auswirken. Die juristische Diskussion hierzu kreist um den Begriff Behinderung. Der behinderte Mensch verdient nach allgemeiner Ansicht eine privilegierte Behandlung durch einschlägige Rechtsvorschriften, der nicht behinderte muss sich trotz evtl. Einschränkungen ohne besondere Schutzrechte im gesellschaftlichen Leben behaupten. Kritisch nachgefragt werden muss allerdings, ob rechtlicher Schutz überhaupt geeignet ist, gesellschaftliche Diskriminierung zu verhindern oder zumindest einzudämmen.

Dabei gibt es übernationale Berührungspunkte, die ich im Folgenden erwähne. Anschließend geht es darum, diese Fragen in den nationalen Kontext zu überführen; hierbei orientiere ich mich an den Themenkreisen Beamtenrecht und Arbeitsrecht.

4 Im Einzelnen

4.1 Supranationale Bezüge

Es gibt den internationalen sowie den EU-Bezug, bei dem es um die Frage geht, inwieweit das „Gewicht“ eine Größe darstellt, die unter dem Gesichtspunkt Diskriminierung relevant werden könnte. Dabei ist die UN-Behindertenrechts-Konvention (BRK) vorrangig zu berücksichtigen. Danach müssen die vertraglichen Regelwerke der EU und deren Konkretisierung durch sekundäres Recht, insbesondere die Richtlinie 2000/78 betrachtet werden.

Wie nicht anders zu erwarten, halten sich die Rechtsquellen – seien sie internationaler, europäischer oder nationaler Art – in der Konkretisierung des Themenbereichs (aus meiner Sicht vorteilhaft) bedeckt. In vielen konventionsrechtlichen oder vertragsrechtlichen Vorschriften gibt es das Verbot von Diskriminierung wegen Behinderung. Eine präzise Erklärung allerdings, was im Einzelfall unter Behinderung zu verstehen ist, bieten diese Rechtsquellen nicht. Auffällig ist allerdings, dass in den internationalen und europarechtlichen Regelungen von der Dauerhaftigkeit des zur Behinderung reichenden Zustandes gesprochen wird. Unterschiedlich wird dabei allerdings der Geltungsbereich angegeben: Die BRK bezieht sich auf die allgemeine gesellschaftliche Lage, in der sich Einschränkungen auswirken, die EU fokussiert die Arbeitswelt.

Nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH 18.12. 2014, C-354/13 „Kaltoff“) kann Adipositas eine Behinderung darstellen. Dabei geht der EuGH allerdings nicht auf die Erwägungen des Generalanwalts ein, der sich an den Body-Maß-Indices orientiert hatte und erst bei einer Größenordnung des BMI über 40 die Grenze zur Behinderung als überschritten angesehen hatte. Als Grundlage seiner Entscheidung orientiert sich der EuGH an der Richtlinie 2000/78/EG, nach dem eine Behinderung im Sinne der Richtlinie vorliegt, "wenn sie eine Einschränkung mit sich bringt, die unter anderem auf physische, geistige oder psychische Beeinträchtigungen von Dauer zurück zu führen ist, die (den Arbeitnehmer) in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe am Berufsleben, gleichberechtigt mit anderen Arbeitnehmern, hindern können. Bei dieser Begriffsbestimmung folgt der EuGH seiner Entscheidung in Ring et al. (C-335/11 NZA 2013,553). In dieser Entscheidung ging es um die Wirksamkeit einer gesetzlichen Verkürzung der Kündigungsfrist bei längerer krankheitsbedingter Abwesenheit. Dabei war insbesondere die Verbindung zur UN-BRK hergestellt worden, was konsequenterweise eine Abweichung von der früheren Entscheidung in Chacon Navas (C - 13/05) mit sich brachte. Zudem behandelt der EuGH ausführlich Art. 5 der Richtlinie 2000/78/EG, nach dem der Arbeitgeber für die Einrichtung von Vorkehrungen und Maßnahmen sorgen muss, „den Menschen mit Behinderung den Zugang zu Beschäftigung, die Ausübung eines Berufes, den beruflichen Aufstieg und die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ermöglichen“. Allerdings richtet sich nach dem EuGH die Definition und Festlegung der Behinderung bei der Entscheidung von Einzelfällen nach nationalen Vorgaben. In der zugrundeliegenden dänischen Rechtssache hatte ein Tagesvater, der als einziger von mehreren wegen zurückgehender Kinderzahlen gekündigt worden war, eine Diskriminierung wegen seiner Adipositas (>160 kg, BMI >54) gerügt. Das nationale Gericht fragte nun beim EuGH nach, ob Adipositas eine Behinderung darstellen könne. Dies bejaht der EuGH grundsätzlich. Wie allerdings der konkrete Rechtsstreit ausgeht, hängt nach Auffassung des EuGH ab von der Entscheidung des dänischen Gerichts bei der Interpretation der dänischen Vorschriften.

4.2 Deutsches Recht

In Ermangelung weiterer Definitionen ist in Deutschland auf § 2 SGB IX zurückzugreifen, in dem der Behindertenbegriff festgelegt ist. Dabei wird der Behindertenbegriff nicht auf eine Benachteiligung im Hinblick auf das Arbeitsleben sondern auf die gesamte gesellschaftliche Situation festgelegt. Hierbei wird eine zeitliche Grenze von sechs Monaten gezogen, in dem der Gesundheitszustand in körperlicher, geistiger und psychischer Hinsicht von der Durchschnittsaltersgruppe negativ abweicht. Zugleich bietet die Vorschrift eine Abgrenzung gegen den Begriff "Schwerbehinderung", bei der ein Behinderungsgrad von 50 (bei Gleichgestellten von 30) zu Grunde gelegt wird. Der Behinderungsgrad des SGB IX ist allerdings nicht unumstritten. So wird immer wieder thematisiert, ob er geeignet ist, rational und reliabel von dem Begriff „nicht behinderte Menschen“ abgrenzen zu können. Überhaupt wird die Frage gestellt, und das ist sehr in meinem Sinne, ob es verlässliche Hinweise darauf gibt, einen Menschen gegenüber anderen mit Sonderregeln zu belegen oder zu schützen, ohne dass dies auf besonders relevanten Einschränkungen beruht. Dies ist deswegen so interessant, weil wir uns in einer Tendenz befinden, die angesichts der Entwicklung der Medizin praktisch keinen gesunden Menschen mehr übrig lässt und die – konsequent weitergedacht – letztlich dazu führt, dass es immer mehr behinderte Menschen gibt, denen dann aus gesellschaftlichen, vor allem aber auch aus ökonomischen Gründen auf lange Sicht keine Sonderstellung im Sinne einer finanziellen/materiellen Vergünstigung gewährt werden kann. Vor einer Bewertung der Entscheidung des EuGH in der Rechtssache Kaltoft soll zunächst die Rechtslage in Deutschland anhand der hiesigen gesetzlichen Vorgaben und der Rechtsprechung dargestellt werden. Dabei werden die Themenbereiche Beamtenrecht und Arbeitsrecht getrennt behandelt. Die schon berührten Vorschriften des Sozialrechts, namentlich des SGB IX, bleiben außen vor.

4.3 Beamtenrecht

Im Beamtenrecht werden immer wieder Fälle behandelt, auch durch die höchstrichterliche Rechtsprechung, in denen insbesondere bei Bewerbungen um den Beamtenstatus Personen wegen ihrer Adipositas abgelehnt werden. Ähnliches gilt für die Beförderung und den dienstlichen Aufstieg, vor allem für die Übernahme als Beamte auf Lebenszeit. Dabei wird insgesamt festgestellt, dass der Themenkreis „Behinderung“ und die Diskriminierungsmerkmale des AGG beamtenrechtlich jedenfalls nicht im Fokus stehen. Dies ist so, obwohl gemäß § 24 AGG das Beamtenverhältnis prinzipiell in den Geltungsbereich des AGG einbezogen ist. Möglicherweise steht eine solche Diskussion noch bevor.

Verfassungsrechtlicher Ausgangspunkt ist Art. 33 Abs. 2 GG. Danach steht der Zugang zum öffentlichen Dienst allen Deutschen gleichermaßen offen, die Auswahl der Bewerber und Bewerberinnen wird jedoch von deren Eignung abhängig gemacht. Das BBG nimmt den Begriff in den §§ 9 (dort findet sich auch die Bezugnahme auf die Diskriminierungsmerkmale des AGG) und 21 auf. Eine Definition findet sich jedoch nicht. Dies gilt für die meisten Landesgesetze. Gelegentlich wird die gesundheitliche Eignung „aufgrund eines ärztlichen Gutachtens einer von der Dienstbehörde bestimmten Ärztin“ festgestellt (Berlin), in Rheinland-Pfalz, im Saarland, in Sachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und Hamburg gelten ähnliche Vorschriften. In Nordrhein-Westfalen fordert die Verwaltungsvorschrift zum LBG ein amtliches Gutachten der unteren Gesundheitsbehörde.

In Niedersachsen soll nach der entsprechenden Verwaltungsvorschrift die Prüfung der Eignung in gesundheitlicher Hinsicht eine Prognose bezüglich des Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze beinhalten.

In der früheren Praxis der Behörden und deren Bestätigung durch die Rechtsprechung fand themenbezogen eine strenge Orientierung am BMI statt. Die Größenordnung zwischen 25 und 30 galt als unbedenklich, zwischen 30 und 35 gab es Bedenken, über 35 wurde regelmäßig die Nichteignung angenommen.

Im Jahr 2013 hat sich die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) erheblich verändert. Insbesondere wurde die starre Orientierung am BMI aufgegeben. In seinen Entscheidungen vom 25.7.2013 (2 C 18.12) hat das BVerwG es als ausreichend angesehen, dass eine überwiegende (statt bisher hohe) Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der dienstlichen Altersgrenze ohne Dienstunfähigkeit spricht. Diese Prognose hat auf einer medizinischen Tatsachenbasis zu erfolgen; dem Dienstherrn wird nicht mehr – wie früher – ein Beurteilungsspielraum eingeräumt. Die Entscheidungen des Dienstherrn sind deswegen inhaltlich gerichtlich voll überprüfbar. Statt einer pauschalen Orientierung am BMI muss eine Einzelfallentscheidung getroffen werden, bei der ein Kausalzusammenhang zwischen avisierte Tätigkeit und der gesundheitlichen Eignung zu prüfen ist. Für schwer behinderte Menschen gilt dabei ein überdies deutlich abgesenkter Maßstab. Danach muss gegebenenfalls nur ein Teilbereich der avisierten Tätigkeit bis zum Pensionsalter als gesichert angesehen werden.

In der Entscheidung vom 13.12.2013 (2 B 37.13) ging es um eine Realschullehrerin, die aufgrund ärztlicher positiver Prognose als Lehrerin zur Anstellung im Beamtenverhältnis auf Probe ernannt worden war. Im Hinblick auf die zweifelhafte gesundheitliche Eignung wurde die Probezeit mehrfach verlängert. Schließlich wurde sie wegen mangelnder Eignung aus dem Beamtenverhältnis entlassen. Die amtsärztliche Untersuchung bescheinigte ein erhebliches Übergewicht mit einem BMI von 37,5. Das OVG hat entgegen dem Urteil des VG die Klage abgewiesen mit der Begründung, „eine vorzeitige Dienstunfähigkeit oder vermehrte Ausfallzeit könne nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden“. Dieser Auffassung ist das BVerwG nicht gefolgt. Gesundheitliche Eignung sei nicht aufgrund eines Vergleichs verschiedener Personengruppen oder verschiedener gesundheitlicher Risiken zu beurteilen; es komme vielmehr darauf an, ob für die jeweilige Bewerberin eine negative Prognose gestellt werden könne, dahingehend, sie werde vor Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze in den Ruhestand versetzt oder sie werde bis dahin über Jahre hinweg regelmäßig krankheitsbedingt ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit aufweisen. Wenn die Erkrankung einer Probebeamtin allerdings vor der Begründung des Beamtenverhältnisses auf Lebenszeit bekannt sei, so dürfe der Dienstherr die gesundheitliche Eignung der Beamtin bei Ernennung zur Beamtin auf Lebenszeit nur dann im Hinblick auf diese Erkrankung verneinen, wenn sich die tatsächlichen Grundlagen ihrer Bewerbung inzwischen geändert(i.S.v. verschlechtert) haben (so auch das Urteil des BVerwG vom 30.10.2013, 2 C 16.12). Im konkreten Fall wurde zur Aufklärung der genauen gesundheitlichen Situation der Bewerberin die Sache an das OVG zurückverwiesen.

Bemerkenswert ist bei aller positiven Entwicklung im Hinblick auf eine Einzelfallbetrachtung statt einer allzu pauschalen Festlegung am BMI, dass dem der Tagung zu Grunde liegende Aspekt des Gesundheitsmanagements im Sinne einer präventiven Orientierung und Ausrichtung noch nicht genügend Rechnung getragen ist.

Allzu sehr wird bislang dem Aspekt der Aussortierung nicht geeigneter Bewerber Bedeutung gegeben, statt diagnostisch und mittels präventiver und koordinierter Maßnahmen eine genaue Analyse der jeweiligen Befindlichkeit und der Erfordernisse der beruflichen Praxis anzustellen. Immerhin hat sich die Rechtsprechung im Sinne der Betroffenen deutlich verbessert.

4.4 Arbeitsrecht

Im Arbeitsrecht kreisen die Entscheidungen der Arbeitsgerichte in Ermangelung der Bindung des privaten Arbeitgebers an verfassungsrechtliche Vorgaben um das Diskriminierungsverbot des AGG. Die öffentliche Hand ist jedoch bei Arbeitnehmern (wie bei Beamten) an die Regelungen des Art. 33 GG gebunden. Fälle werden jedoch selten berichtet.

Interessant ist jedoch, dass das BAG bereits jetzt auf die Umschreibung des Begriffes Behinderung in der UN-BRK zurückgreift. Diese ist nach ihrer Ratifizierung durch die EU und Deutschland geltendes Recht geworden. Sie ist damit zugleich Orientierung und Begrenzung für nationale Regelungen, die auf ihre Vereinbarkeit mit dem internationalen Recht im Einzelfall überprüft werden müssen. Dies gilt auch für § 2 SGB IX, in dem der Begriff Behinderung definiert wird.

Bis vor kurzem hat nach der Rechtsprechung des BAG eine "ausgeprägte Adipositas" einer Beschäftigung entgegengestanden und sogar eine Änderungskündigung gerechtfertigt. Das BAG hatte am 28.10.2010 (NZA 2011,368) die Änderungskündigung gegenüber einem Schwimmmeister, der zugleich als Rettungsschwimmer eingesetzt war, für zulässig gehalten. Er wog bei einer Größe von 164 cm 113 kg und hatte einen BMI von 36,16. Zur Begründung wurde darauf hingewiesen, dass er im Notfall auch als alleiniger Rettungsschwimmer eingesetzt werden müsse und dies infolge seines Übergewichts nicht gewährleistet sei.

Das Arbeitsgericht Darmstadt hat in einer Entscheidung vom 12.6.2014 (6 CA 22/13) entschieden, dass eine abgelehnte Bewerberin aufgrund ihres BMI von 28,7 bei einem Gewicht von 83 kg eine Entschädigung im Sinne des §15 Abs. 2 AGBG nicht erhalte. Dabei hatte ein Verein im Bereich der Gesundheitsförderung nach dem Übergewicht gefragt und im Hinblick auf seine inhaltliche Orientierung die Bewerberin nicht eingestellt. Die Entscheidung stellt fest, dass eine Behinderung nicht vorliege und die besondere Ausrichtung des Arbeitgebers eine Nichtberücksichtigung der Bewerberin rechtfertige. Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.

Die bisherige Tendenz der Arbeitsgerichte lässt sich dahin interpretieren, dass dem Arbeitgeber bei Einstellungen und im Hinblick auf eventuelle (Änderungs-) Kündigungen ein relativ großer Spielraum eingeräumt wird, der es ihm gestattet, adipöse Bewerber oder Arbeitnehmer bei der Einstellung abzulehnen oder negativ zu sanktionieren. Allerdings hatte das BAG in einer Entscheidung (NZA 2014,372 im Themenbereich "Behinderung" eine neue und vermutlich beachtenswerte Linie eingeschlagen. Dabei ging es nicht um Adipositas, sondern um die Kündigung eines medizinisch-technischen Assistenten mit HIV – Infizierung ohne Krankheitszeichen im engeren Sinn. Das BAG vertrat die Auffassung, dass eine Behinderung vorliege, insbesondere deswegen, weil sich die Erkrankung auf die Teilnahme sowohl im Leben der Gemeinschaft als auch in seinem Berufsfeld negativ auswirke.

Dabei bezieht sich das BAG ausdrücklich auf das gegenwärtig auf eine solche Infektion folgende soziale Vermeidungsverhalten und die darauf beruhenden Stigmatisierungen. Diese

genügend, um eine Beeinträchtigung des Klägers an der Teilnahme am Leben festzustellen. Unerheblich sei dabei, dass seine Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, es genüge vielmehr, dass er in interpersonellen Beziehungen bei der Arbeit Stigmatisierungen ausgesetzt sei. Das Urteil des BAG ist insoweit besonders interessant, als es ganz deutlich die Einbettung des nationalen Behindertenbegriffs in die Regelungen des europäischen und insbesondere des UN-Rechts (BRK) behandelt und dabei eine klare Hierarchie zu Gunsten des internationalen Rechts aufstellt. Insoweit könnte das Urteil Wegweiser sein zu einem neuen deutschen Behindertensbegriff.

In der konkreten Rechtssache (Kaltoft) bleibt abzuwarten, wie das dänische Gericht entscheiden wird. Bei kurzer Betrachtung der Rechtslage in Deutschland bei entsprechendem Sachverhalt würde eine arbeitsrechtliche Prüfung der personenbedingten Kündigung vermutlich nicht zu einem für den Arbeitgeber positiven Ergebnis führen. Das Übergewicht des Klägers war dem Arbeitgeber seit 15 Jahren bekannt, ohne dass er-soweit ersichtlich-die Eignung infrage gestellt hätte. Über Fehlzeiten ist nichts bekannt; eine negative (ärztliche) Prognose scheint nicht vorzuliegen. Selbst zu betrieblichen Störungen wird nichts vorgetragen und die Interessenabwägung wird die langjährige Betriebszugehörigkeit und die relative Störungsfreiheit des Arbeitsverhältnisses nicht außer Acht lassen können. Ähnlich steht es mit der betriebsbedingten Kündigung. Spätestens bei der Sozialauswahl wird zu Gunsten des Klägers sein relativ fortgeschrittenes Lebensalter, die 15-jährige Betriebszugehörigkeit, seine offenbar bestehenden familiären Beziehungen im Sinne von Unterhaltsverpflichtungen und die Berücksichtigung einer Krankheit oder gar Behinderung ins Gewicht fallen.

Bei den Fallbeispielen A und B lassen sich Ergebnisse erzielen, in dem Sinne, dass nach der neuen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) die Lehrerin Chancen hat, in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit übernommen zu werden. Bei der angestellten Lehrerin als Alternativer lässt sich derzeit nicht absehen, ob das Bundesarbeitsgericht (BAG) seiner Linie treu bleibt und eine stärkere Einzelfallentscheidung fordert, die dann eine Kausalität zwischen der konkreten Tätigkeit und dem Gewicht fordert.

5 Anmerkungen zum Tagungsthema „Gesundheitsmanagement“

Vielleicht fällt der unmittelbare Bezug zum Tagungsthema bei den Ausführungen über die Adipositas nicht leicht.

Gedacht war der Beitrag als ein Beispiel für den Umgang mit einer besonderen Personengruppe, die auf der Grenzlinie zwischen gesellschaftlicher Diskriminierung und rechtlicher Schutzzone steht. Insofern könnte statt den "Dicken" auch jede andere stigmatisierte Personengruppe stehen, zum Beispiel die „Dünnen“.

Bemerkenswert ist jedoch, dass sich die juristische Diskussion um das Gesundheitsmanagement in der Vergangenheit an der Problematik der "Fehlzeiten" orientiert hat. Es ging darum, Fehlzeiten erst einmal zu registrieren, zu analysieren, ökonomisch zu bewerten und Strategien zu ihrer Eindämmung, wenn nicht Beseitigung zu entwickeln.

Juristisch ging es darum, wie auf eine solche Feststellung rechtlich reagiert werden könne. Dabei standen die juristischen Sanktionen wie im verhaltensbedingten Bereich Ermahnung, Abmahnung, Kündigung und im persönlichen Bereich Hinweise auf die Möglichkeit arbeits-

rechtlicher Reaktionen und schließlich die personenbedingte (krankheitsbedingte) Kündigung im Vordergrund. In ersten Pilotstudien in den 1990er Jahren wurde dann festgestellt, dass die Fehlzeiten eine enge Verbindung zu Störungen im betrieblichen Ablauf, im Vorgesetztenverhalten, aber auch in der gesamten betrieblichen Wirklichkeit aufwiesen.

Basierend auf dieser Erkenntnis wurden Regelungen getroffen, zumeist auf betrieblicher Ebene als Betriebsvereinbarungen zwischen Betriebsrat und Arbeitgeber, um Reaktionsmuster der Arbeitgeberseite auf das Vorliegen von Fehlzeiten festzulegen und mit arbeitsrechtlichen Reaktionen bis zur personenbedingten Kündigung reagieren zu können. Zugleich wurden auch Betriebsvereinbarungen Usus, in denen die Verhaltensmuster mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten unterlegt waren. Auch diese führten in einer Kaskade von einer bloßen Verwarnung bis zur fristlosen Kündigung.

Diese Entwicklung war durchaus segensreich. Sie führte nämlich zunächst zur Erkenntnis, dass man mit verschiedenen Maßnahmen, vor allem auch präventiver Art, auf zu erwartende Störungen reagieren könne. Zugleich boten die betrieblichen Vereinbarungen die Möglichkeit, die "schweren Keulen" in Form von Abmahnung und Kündigung durch ein differenziertes Sanktionssystem zu ersetzen. Dies hatte Auswirkungen auf die betriebliche Praxis und förderte das Zusammenspiel von Betriebsrat und Arbeitgeber.

Allmählich und nicht zuletzt angetrieben von der europäischen Entwicklung wurde dem Arbeitgeber auferlegt, durch ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach einer Testseite von sechs Wochen dem Arbeitnehmer anzubieten, über Ursachen und Maßnahmen zur Gesundheit Stärkung und Förderung in einen Dialog einzutreten und – allerdings auf freiwilliger Basis – entsprechende Maßnahmen durchzuführen. Die praktische Umsetzung des Postulats, das sich im Übrigen nicht nur auf schwerbehinderte, wiewohl in § 84 SGB IX verankert, sondern auf alle Beschäftigte bezog, war allerdings in der Praxis nicht ganz einfach. Dies galt insbesondere für KMU-Unternehmen. Die Rechtsprechung des BAG musste sich allerdings zunehmend mit der Frage beschäftigen, inwieweit die Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements Bedeutung für die Möglichkeit einer personenbedingten Kündigung besitzen sollte. Dabei hat das BAG bis zum heutigen Tage daran festgehalten, dass die Durchführung nach wie vor keine Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Kündigung darstelle. Sieht man allerdings die neuere Entwicklung, insbesondere die neuere Rechtsprechung des BAG (vgl. insbesondere die Entscheidung des BAG vom 20.11.2014 (2 AZR 75/13) analytisch an, so wird deutlich, dass es für die Arbeitgeberseite immer schwerer wird, eine personenbedingte Kündigung auszusprechen, wenn kein BEM durchgeführt wurde. Die Beweislastsituation erschwert sich erheblich, weil nachzuweisen ist, dass ein BEM im konkreten Fall angeboten, aber abgelehnt wurde, dass den Beschäftigten die Ziele des BEM sowie die Art und der Umfang der hierfür erhobenen Daten nähergebracht wurden. Hat die Arbeitgeberseite die gebotene Initiative nicht ergriffen, so muss sie nicht nur die objektive Nutzlosigkeit arbeitsplatzbezogener Maßnahmen aufzeigen, sondern auch „vielmehr dartun, dass nun künftige Fehlzeiten ebenso wenig durch gesetzlich vorgesehene Hilfen oder Leistung der Rehabilitationsträger in relevantem Umfang hätten vermieden werden können.

Dies erschwert natürlich die Situation für die Arbeitgeberseite so erheblich, dass man nicht mehr weit von der Forderung eines BEM als Wirksamkeitsvoraussetzung für eine personenbedingte, krankheitsbedingte Kündigung entfernt ist.

Einsichtig ist jedoch, dass einem verstärkten bürokratischen Regelungswerk namentlich von den kleineren und mittleren Unternehmen nicht gefolgt werden kann, so dass auf absehbare Zeit BEM nicht als Wirksamkeitsvoraussetzung einer Kündigung angesehen werden wird.

Die Tagung im Rahmen des 26.Glienicker Gespräch hat deutlich gemacht, dass die Einflussnahmen unter dem Gesichtspunkt Gesundheitsmanagement sowohl bei der Lehre, im öffentlichen Dienst insgesamt und vor allem auch in den Hochschulen des öffentlichen Dienstes immer wichtiger erscheinen. Eine knappe personelle Ressource macht es für den Arbeitgeber und Dienstherrn dringend nötig, in der Konkurrenz mit anderen Arbeitgebern für sein Personal – die unstreitig wichtigste Ressource – eine Fülle von Maßnahmen bereitzuhalten, mit denen ihre Fähigkeiten, die von ihnen geforderten beruflichen Tätigkeiten zufrieden stellend auszuüben und zugleich ein zufriedenstellendes Privatleben zu organisieren, wichtig werden. Insofern verweise ich nochmals auf die meines Erachtens wichtigen und zielführenden Thesen zum 26. Glienicker Gespräch.

Literatur

Bauschke, H-J Adipositas als Behinderung öAT 2015, 67 ff.

Beyer/Wocken, Kündigungsschutz bei Vorliegen einer Behinderung und AGG Br 2015, 12 ff.

Haider, Benjamin, Wirksame Maßnahmen des Arbeitgebers zur Verringerung von Fehlzeiten NJW 2015, 1051

Lingscheid, Starkes Übergewicht (Adipositas) als Behinderung und Diskriminierungsschutz NZA 2015, 147 ff.

Löbner, Der gesetzliche Behinderungsbegriff im Wandel der Zeit Behindertenrecht 2015, 1 ff.

Welti, Behinderung als Rechtsbegriff (Vortrag) 5.11.2014

- ▶ Prof. Dr. jur. Hans-Joachim Bauschke M.A./CNA (Business Law), Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Mannheim/Schwerin. Jurastudium Universität Heidelberg und Metropolitan University London. Wissenschaftlicher Referent am Institut für internationales und ausländisches Privat- und Wirtschaftsrecht der Universität Heidelberg, seit 1979 Professor an den Hochschulen der Bundesagentur für Arbeit (Spezialgebiete: Arbeitsrecht, Wirtschaftsrecht und Internationales Recht).

Thesen des 26. Glienicker Gesprächs 2015

Die folgenden Thesen wurden in den angebotenen drei Workshops der Veranstaltung erarbeitet und am Samstag im Plenum vorgestellt, diskutiert sowie in diesem Prozess teilweise noch leicht modifiziert oder ergänzt.

Workshop 1

Gesundheitsmanagement an Hochschulen

Moderation: Prof. Dr. Elke Driller (FH Bund Brühl)

Vorbemerkung

Im Workshop 1 wurden zunächst Interessenschwerpunkte festgelegt und auf Kärtchen notiert. Anhand dieser erfolgte dann eine Gewichtung. Zu den drei am meisten gewählten Themen „Gesunde Führung“, „Überführung von Einzelmaßnahmen in ein Gesamtkonzept“ sowie „Unterschiedliche Beschäftigtengruppen, unterschiedliche Belastungen“ wurden nach der Methode des „World Café“³⁷ durch alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops wesentliche Aspekte zusammengetragen und schließlich Thesen entwickelt.

These 1

Im Kontext von Gesundheitsmanagement an Hochschulen sollte ein Augenmerk auf gesundem Führen liegen. Hierzu gehört eine Vorbildfunktion der Vorgesetzten, einschließlich Wertschätzung sowie Verantwortungsübernahme für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie eine Verantwortungsdelegation unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

These 2

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung müssen in ein Gesamtkonzept eingebettet sein. Die Hausleitung muss das Gesundheitsmanagement an der Hochschule aktiv unterstützen. Die Thematik gehört in das gemeinsam entwickelte Leitbild der Hochschule. Bereits vorhandene Einzelmaßnahmen sollten in das Gesamtkonzept einbezogen werden. Das Gesamtkonzept muss Ziele formulieren und in seiner Wirkung überprüfbar sein.

³⁷ Es wurden drei Tische mit Themenverantwortlichen eingerichtet. Diese steuerten die Erarbeitung des ihnen zugeordneten Themas. Die restlichen Beteiligten ordneten sich gleichmäßig zu. Nach einer festen Zeitspanne rotierten sie zum nächsten Tisch.

These 3

Jede Teilleistung (gleichgültig, von welcher Person und welcher Beschäftigtengruppe) ist ein elementarer Beitrag zur Gesamtleistung einer Hochschule. Ein Ziel von Gesundheitsmanagement an Hochschulen ist daher, gegenseitige Anerkennung der unterschiedlichen Aufgabengebiete zu entwickeln und den Fokus stärker auf die tatsächlichen Belastungssituationen der Beschäftigungsgruppen bei der Leistungserbringung zu richten – damit verbunden auch die Honorierung und Wertschätzung der Leistungen.

Workshop 2

Gesundheitsmanagement in der Lehre

Moderation: Prof. Dr. Peter Guggemos, Prof. Dr. Hans-Joachim Bauschke (beide HdBA Mannheim)

Vorausschickend sei erwähnt, dass Gesundheitsmanagement in der Lehre an den Hochschulen für den öffentlichen Dienst mit Fokus auf unterschiedliche Zielgruppen erfolgen kann, selbst-reflektierend (bezüglich aller Statusgruppen an der Hochschule und deren Zusammenspiel) genauso wie im Hinblick auf das spätere Einsatzfeld in der öffentlichen Verwaltung und ggf. auch auf deren spezielle Kundengruppen. Das jeweilige Setting, d. h. die spezifische Situation der Betroffenen muss dabei stets berücksichtigt werden. In diesem Sinne wurden die folgenden Thesen erarbeitet.

These 1

Gesundheitsmanagement sollte in den jeweiligen Lehrveranstaltungen im Hinblick auf seine systematische Einordnung – und mit einer interdisziplinären Perspektive - Berücksichtigung finden.

Dabei sollten u. a. auch Veränderungstrends der Arbeitswelt, gemeinsame Verantwortung von Institution und Individuum, sowie Erleben von Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von Diversity-Variablen³⁸ betrachtet werden.

Der Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit sollte in die Curricula mit aufgenommen werden (auch von Bachelor-Studiengängen).

Das Thema Gesundheit sollte auch ländervergleichend betrachtet werden (z. B. indem es bei Auslandspraktika aufgegriffen wird).

Studierenden sollte die Bedeutung des Selbstmanagements und der Selbst- und Mitverantwortung für eigenes gesundheitsförderndes Verhalten und entsprechende Verhältnisse vermittelt werden.

³⁸z. B. Geschlecht, kultureller Hintergrund, Lebenslagen.

These 2

Studierende sollten aktiv beteiligt werden (durch Referate, Hausarbeiten, Wahlpflichtthemen, Projekte, Praxisübungen, Bachelorarbeiten etc.).

Die Verbindung zwischen Theorie und Praxis sollte hergestellt werden (z. B. indem Expertinnen und Experten in die Lehrveranstaltungen einbezogen werden, oder durch Betriebsbesuche und Praktika)

These 3

Zusammenarbeit und Austausch mit anderen Hochschulen und Bildungsträgern bei Gesundheitsthemen ist notwendig.

Workshop 3

Gesundheitsmanagement in der öffentlichen Verwaltung

Moderation: Prof. Dr. Florian Furtak (HWR Berlin)

These 1:

Gesundheitsmanagement ist ein integraler Bestandteil von Human Resource Management.

These 2:

Nicht nur die defizitorientierte Sichtweise, auch die ressourcenorientierte Sichtweise gehört zu Gesundheitsmanagement. Die Steuerung in diesem Ansatz umfasst mehr als die Steuerung des Krankenstandes.

These 3:

Im besonderen Fokus dieses Ansatzes stehen Stärken, Wohlbefinden und Resilienz aller Beschäftigten sowie gegenseitige Wertschätzung und Fürsorge von Führungskräften und Kollegen und Kolleginnen.

These 4:

Mehr Empirie über die Wirkungen dieses Ansatzes ist nötig.

