



Bundesministerium
des Innern

Gesundheitsförderungsbericht 2015 der unmittelbaren Bundesverwaltung

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium des Innern

www.bmi.bund.de

Redaktion und Gestaltung

Bundesministerium des Innern

Referat Z II 2 (Ärztlicher und Sozialer Dienst der obersten Bundesbehörden (ÄSD),
Gesundheitsmanagement)

Stand

November 2016

Hinweise

Der Gesundheitsförderungsbericht 2015 der unmittelbaren Bundesverwaltung ist auf der Internetseite des Bundesministeriums des Innern veröffentlicht.

Inhalt

1.	Das Wichtigste in Kürze	4
1.1	Zusammenfassung Schwerpunktteil „Von der Analyse zur Umsetzung: Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen im BGM“	4
1.2	Zusammenfassung Statistikteil	4
2.	Vorbemerkung zum Schwerpunktthema.....	7
3.	Schwerpunktpapier „Von der Analyse zur Umsetzung: Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen im BGM“	8
3.1	Einführung	8
	a. Zielsetzung dieses Schwerpunktpapiers.....	8
	b. Ausgangslage: 6-Schritte-Konzept; Verortung des 4.-5. Schritts ...	8
3.2	Die Schritte 4 und 5 im Überblick.....	9
3.3	Handlungsschwerpunkte identifizieren, festlegen und beschreiben.....	11
	a. Was sind „Handlungsschwerpunkte“?	11
	b. Handlungsfelder identifizieren und festlegen	15
3.4	Maßnahmen planen und durchführen	17
	a. Welche Maßnahmentypen gibt es?	18
	b. Grundvoraussetzungen für das Gelingen von Maßnahmen und die positive Beeinflussung von Handlungsschwerpunkten.....	20
	c. Beispiele für Maßnahmen unterschiedlicher Handlungsschwerpunkte	22
	d. Maßnahmen festlegen	23
3.5	Rolle von Personalrat, Gleichstellungsbeauftragter und Schwerbehindertenvertretung	25
3.6	Fazit und Ausblick.....	26
4.	Aktuelle Entwicklungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Bundesverwaltung	27
4.1	Psychische Gesundheit verbessern: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung kann helfen	27
4.2	Demografiedialog: Projektsteckbrief zur Wertschätzung durch gemeinsame Gestaltung der Arbeitswirklichkeit	29
5.	Krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung 2015	30
5.1	Grundlagen für die Auswertung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten	30
	5.1.1 Art und Umfang der erfassten Abwesenheitsdaten.....	30
	5.1.2 Auswertung und Interpretation.....	31
5.2	Personalstruktur der unmittelbaren Bundesverwaltung	31
	5.2.1 Personalstruktur nach Geschlecht und Statusgruppen im Überblick	31
	5.2.2 Status- und Laufbahnstruktur der obersten Bundesbehörden	34
	5.2.3 Status- und Laufbahnstruktur der Geschäftsbereichsbehörden.....	35

5.2.4	<i>Laufbahnstruktur in der unmittelbaren Bundesverwaltung</i>	36
5.2.5	<i>Altersstruktur in der unmittelbaren Bundesverwaltung</i>	38
5.3	Analyse der Abwesenheitszeiten in der unmittelbaren Bundesverwaltung .	42
5.3.1	<i>Ergebnisse im Überblick</i>	42
5.3.2	<i>Entwicklung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten seit 1998</i> ...	42
5.3.3	<i>Analyse der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten nach Status- und Laufbahngruppen</i>	43
5.3.4	<i>Entwicklung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten nach Altersgruppen (2011-2015)</i>	44
5.3.5	<i>Abwesenheitstage nach Dauer der Erkrankung</i>	49
5.3.6	<i>Abwesenheitstage nach Geschlechtszugehörigkeit</i>	52
5.3.7	<i>Abwesenheitstage nach Alter</i>	54
5.3.8	<i>Abwesenheitstage nach Behördengruppen</i>	56
5.4	Gesamtvergleich der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten in den Bundesbehörden	57
5.4.1	<i>Vergleich der tatsächlichen Abwesenheitszeiten</i>	58
5.4.2	<i>Vergleich der Abwesenheitszeiten nach Standardisierung</i>	60
5.5	Gegenüberstellung zu den Abwesenheitszeiten in der Wirtschaft	63
5.5.1	<i>Abweichungen im Einzelnen</i>	63
5.5.2	<i>Gegenüberstellung zu den Ergebnissen des AOK-Fehlzeitenreports für 2015</i>	65
6.	Arbeits- bzw. Dienstunfälle sowie Wege- bzw. Dienstwegeunfälle	68
6.1	Arbeits- und Wegeunfälle.....	68
6.2	Dienst- und Dienstwegeunfälle	72
7.	Abkürzungsverzeichnis	76
8.	Quellenverzeichnis	77

1. Das Wichtigste in Kürze

1.1 Zusammenfassung Schwerpunktteil „Von der Analyse zur Umsetzung: Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen im BGM“

Auf Anregung der Arbeitsgruppe F des Demografiedialogs wurden 2013 die „Eckpunkte für ein Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in der Bundesverwaltung“ veröffentlicht und durch den Ressortarbeitskreis Gesundheitsmanagement konsentiert. Sie bilden die konzeptionelle Grundlage des betrieblichen Gesundheitsmanagements der Bundesverwaltung. In der Folge werden vertiefende, für die Entwicklung des Gesundheitsmanagement auf Arbeitsebene gedachte, Handreichungen als Schwerpunktpapiere veröffentlicht werden. Diese werden schrittweise in den Gesundheitsförderungsberichten vorgestellt werden. Das hier vorgestellte Schwerpunktpapier fokussiert auf den vierten und fünften Schritt des BGM-Zyklus: Dem Weg von der Analyse zur Umsetzung. Aufbauend auf einer systematischen Analyse werden für das BGM Handlungsschwerpunkte festgelegt, die eine Ableitung geeigneter Maßnahmen und die Erfassung der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen ermöglichen sollen. Mit der Handreichung soll ein Beitrag zu mehr Handlungssicherheit geleistet werden und die flächendeckende Verbreitung eines systematischen BGM in der Bundesverwaltung erleichtert werden.

Die Handreichungen werden in Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung Bund und Bahn und den Gestaltungspartner entwickelt.

1.2 Zusammenfassung Statistikeil

Nachdem in den letzten drei Jahren die Quote der Abwesenheiten AOK-standardisiert von (6,44 Prozent (2012) auf 6,2 Prozent (2014) sank, zeigt sich in 2015 erneut ein Anstieg der Abwesenheitsquote auf nun 6,49 Prozent. Der Krankenstand ist in allen Bereichen angestiegen. Auch unter Berücksichtigung des weiter steigenden Altersdurchschnitts der Beschäftigten zeigt sich ein Anstieg der absoluten Zahlen aller krankheitsbedingten Abwesenheitstage aller Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung. Die unmittelbare Bundesverwaltung folgt damit dem in der sonstigen Erwerbsbevölkerung vorherrschenden Trend steigender Abwesenheitszeiten.

Im Durchschnitt waren die Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung absolut an 20,25 Arbeitstagen (+ 1) krankheitsbedingt abwesend (einschließlich Rehabilitati-

on). Das sind 8,07 Prozent der gesamten 251 Arbeitstage im Jahr 2015. Auch bei der isolierten Betrachtung der Statusgruppen bestätigt sich der Anstieg. So hat sich z.B. bei den Beamtinnen und Beamten die absolute Anzahl der Abwesenheitstage gegenüber 2014 (19,44 Tage) auf 19,95 Tage im Jahr 2015 erhöht.

Diese Zunahme resultiert insbesondere aus dem Anstieg von Abwesenheitstagen durch längere Erkrankungen (4 bis 30 Tage). Sie bilden einen Anteil von 46,1 Prozent an den gesamten krankheitsbedingten Abwesenheiten und sind um absolut 0,8 Tage angestiegen. Dagegen sind Langzeiterkrankungen (über 30 Tage) mit 34,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr um prozentual gesunken, die Anzahl der Abwesenheitstage ist mit 7,0 Tage vergleichbar mit 2014. Kurzzeiterkrankungen (1 bis 3 Tage) haben mit 17,02 Prozent den geringsten Anteil. Hier ist ein leichter Anstieg um 0,2 Tage zu beobachten.

Das Durchschnittsalter der Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung liegt im Jahr 2015 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 45,8 Jahre (- 0,1 Jahre). 62,7 Prozent aller Beschäftigten im Bundesdienst waren Männer, 37,3 Prozent Frauen. 8,9 Prozent aller Beschäftigten arbeiteten im einfachen Dienst, 47,2 Prozent im mittleren Dienst, 25,9 Prozent im gehobenen Dienst und 11,8 Prozent im höheren Dienst. Die fehlenden 6,2 Prozent entfallen auf solche Personen, die keiner Laufbahn zuzuordnen sind (z.B. Auszubildende, Anwärterinnen und Anwärter).

Wie in den vergangenen Jahren variierte die Anzahl der Fehltage stark zwischen den einzelnen Laufbahngruppen. Im höheren Dienst fehlten die Beschäftigten durchschnittlich an 10,07 Tagen (+0,37). Im einfachen Dienst waren es indes 29,24 Tage (+2,51). Auch bei der Betrachtung nach Geschlechtern zeigen sich unverändert Unterschiede. Die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten bei weiblichen Beschäftigten lagen im Jahr 2015 mit durchschnittlich 21,27 Abwesenheitstagen um 1,65 Tage höher als bei Männern mit 19,62 Abwesenheitstagen. Festzustellen ist, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern abnimmt. Unabhängig vom Geschlecht nehmen die Abwesenheiten mit steigendem Alter der Beschäftigten zu.

Zwischen den Behörden bestehen deutliche, auch strukturbedingte, Unterschiede. Die geringsten Abwesenheiten in der Bundesverwaltung weisen das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, das Bundesministerium für Gesundheit und das Auswärtige Amt auf. Den stärksten Rückgang bei den Abwesenheiten verzeichneten das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (- 0,93 Fehltage), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (- 0,44 Fehltage) sowie das Bundesministerium der Verteidigung (- 0,81 Fehltage). In den Ge-

schäftsbereichsbehörden waren die Beschäftigten der Bundesverwaltung durchschnittlich 4,43 Tage länger arbeitsunfähig als in den obersten Bundesbehörden.

Die unmittelbare Bundesverwaltung umfasste 2015 insgesamt 258.357 Beschäftigte (ohne Soldatinnen und Soldaten). Erfasst wurden in der Statistik insgesamt 245.046 Beschäftigte. Dies entspricht einer Quote von 94,8 Prozent. Die Erfassung kann somit als repräsentativ gewertet werden.

Auch wenn sich das nachdrückliche Bemühen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der besseren Integration von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht immer klar nachweisen lässt, so sind die Daten doch insgesamt ermutigende Hinweise und stärken die Gedanken zur Umsetzung eines konsequenten und effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung.

2. Vorbemerkung zum Schwerpunktthema

Auf Anregung der Arbeitsgruppe F („Der öffentliche Dienst als attraktiver und moderner Arbeitgeber“) im Demografiedialog¹ erarbeitete der Ressortarbeitskreis Gesundheitsmanagement „Eckpunkte für ein Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in der Bundesverwaltung“², die nach Konsentierung durch die Ressorts im Mai 2013 veröffentlicht wurden. Sie bilden die konzeptionelle Grundlage für die Entwicklung des Gesundheitsmanagements auf Arbeitsebene. Grundlage ist das KoGA-Modell der Unfallversicherung Bund und Bahn mit einem Zyklus zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in sechs Schritten. Die Gestaltungspartner waren in die Entwicklung eingebunden.

Zur Unterstützung der Anwender entschied der Ressortarbeitskreis Gesundheit weitere praxisorientierte Hilfen zur Umsetzung bereit zu stellen, um betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgreich gestalten zu können. Entwickelt werden Handreichungen für eine praktische Umsetzung zu themenspezifischen Schwerpunkten, die jeweils in den Gesundheitsförderungsberichten vorgestellt werden. Diese Schwerpunktpapiere berücksichtigen bereits vorliegende Forschungen und Anregungen unter anderem auch aus INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit), der IGA (Initiative Gesundheit und Arbeit) und des DNBGF (deutsches Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung) zu dem jeweiligen Themenkomplex und bereiten sie für die Anwendung in der Verwaltung auf.

Das hier vorgestellte zweite Schwerpunktpapier befasst sich mit dem Thema Umsetzung von Maßnahmen. Beleuchtet werden die einzelnen Schritte von der Analyse zur Entwicklung von Handlungsschwerpunkten und daraus abgeleiteten Maßnahmen im BGM, dem vierten und fünften Schritt des BGM-Zyklus. Im Gesundheitsförderungsbericht 2015 findet der grundlegende Teil des Schwerpunktpapiers seine Veröffentlichung. Die vollständigen Arbeitsunterlagen können über die Webseite des BMI abgerufen werden.

¹ http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/BerichteKonzepte/Bund/Ergebnisbericht_Arbeitsgruppen_2013.html

² http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/eckpunkte-betriebliches-gesundheitsmanagement.html

3. Schwerpunktpaper „Von der Analyse zur Umsetzung: Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen im BGM“

3.1 Einführung

a. Zielsetzung dieses Schwerpunktpapers

Aufbauend auf einer „Analyse im BGM“, dargestellt im ersten Schwerpunktpaper der Reihe (Schritt drei im BGM) werden die Türen geöffnet für die nächsten Prozessschritte, das Finden von Schwerpunkten und Zielen sowie das Herleiten dazu passender Maßnahmen. Alle Behörden oder Betriebe unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht, sei es im Hinblick auf Aufgaben oder Strukturen, das Personaltableau oder die Einbindung der Beschäftigten. Es kann daher nicht die eine richtige Lösung geben, je nach den Bedingungen werden unterschiedliche Ansätze benötigt, die zu entwickeln sind. Dieses Schwerpunktpaper soll als Wegweiser in diesem Findungsprozess dienen.

Über eine theoretische Einführung hinaus zeigen die Schwerpunktpaper konkret und praktisch auf, wie der BGM-Prozess gestaltet werden kann. Anhand erläuternder Beispiele wird aufgezeigt, wie Maßnahmen gefunden und gelebt werden können. So wird der Findungsprozess leichter verständlich und für die praktische Anwendung exemplarisch erfahrbar.

Das Schwerpunktpaper ist damit eine Handreichung zur Umsetzung des BGM für Dienststellen, Behörden und Betriebe insbesondere in der Bundesverwaltung, aus Gründen der besseren Lesbarkeit im folgenden Text als „Betriebe“ bezeichnet. Eine solche Umsetzung des BGM muss sich auf eine frühzeitige Abstimmung insbesondere mit den Aufgabenbereichen Personal, Organisation und ggf. Haushalt stützen. Auch mit weiteren Hinweisen zu wichtigen Aspekten, wie der Zusammenarbeit mit den Interessenvertretungen, der Gleichstellungsbeauftragten und den Anforderungen des Datenschutzes, soll die flächendeckende Einführung eines systematischen BGM in der Bundesverwaltung unterstützt und erleichtert werden.

b. Ausgangslage: 6-Schritte-Konzept; Verortung des 4.-5. Schritts

Eine wichtige Grundlage für ein erfolgreiches BGM ist ein systematisches Vorgehen unter Einbeziehung aller für die Analyse, die Konzeptionierung von Maßnahmen und deren Umsetzung maßgeblichen Aufgabenbereiche im Betrieb. Mit den Eckpunkten haben sich die Ressorts das 6-Schritte-Modell zur Umsetzung des BGM der UVB zu eigen gemacht (siehe Abb. 1).

Aufbauend auf einer fundierten Analyse können für das BGM Handlungsschwerpunkte festgelegt und mit klar definierten Feinzielen hinterlegt werden. Damit ist es möglich, zielgerichtet geeignete Maßnahmen abzuleiten und durchzuführen. Somit wird die Steuerung des BGM deutlich erleichtert und eine entscheidende Grundlage dafür gelegt, die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen zu erhöhen und im weiteren Verlauf auch zu evaluieren (Schritt 6).



Abbildung 1: Darstellung 6-Schritte-Modell

3.2 Die Schritte 4 und 5 im Überblick

Die Analysephase in Schritt 3 bietet Hinweise auf das gesundheitliche und motivationale Befinden der Beschäftigten(-gruppen). Aus den mitunter zahlreichen Handlungsbedarfen sind nun die „Handlungsschwerpunkte“ (Definition unter 5.a) für die weitere Arbeit auszuwählen und zu schärfen. Diese Aufgabe kann, auch bei Hinzuziehen externer Beraterinnen und Berater, nur innerhalb des Betriebes gelöst werden, denn nur Beschäftigte aus unterschiedlichen Teilen und Ebenen der eigenen Organisation – einschließlich der Beschäftigtenvertretung – können in einem intensiven Workshop das Wissen zusammentragen, um die Handlungsschwerpunkte zu finden, die im Betrieb anerkannt und veränderbar sind. Diese sind im Weiteren mit der Leitung und den zuständigen betrieblichen Gremien abzustimmen (mehr zum Ablauf unter 5.d und 7). Entscheidend ist, genau zu beschreiben, worum es gehen

soll, wie der Ist- und der Soll-Zustand in dem Handlungsschwerpunkt aussehen (siehe 5.e). Dabei sind die Vorhaben auf einzelne *Feinziele* „herunterzubrechen“, an denen sich das Vorgehen orientieren kann und damit der Erfolg von Maßnahmen messbar wird.

Um ein Feinziel zu erreichen, gibt es meist nicht nur einen Weg und nicht nur eine Zuständige oder einen Zuständigen. Es bietet sich ein Mix von Maßnahmen verschiedener Art (siehe 6.a), für verschiedene Zielgruppen und im Rahmen verschiedener bestehender Strukturen an (z. B. Personalentwicklung, Arbeitsschutz; Details in 6.b). Besondere Bedeutung sollte dabei Maßnahmen zukommen, die die arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen betreffen. Wie der Maßnahmenmix aussieht, kann zu jedem Handlungsschwerpunkt bspw. eine – ebenfalls unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche und der demografischen Struktur der Zielgruppe (u.a. Alter, Geschlecht) zusammengesetzte – Unterarbeitsgruppe des Steuerungsgremiums entwerfen. Die Partizipation der Beschäftigten sollte berücksichtigt werden. Wer Gesundheitszirkel zur Analyse genutzt hat, erhält hier schon Vorschläge für Maßnahmen. Auch hier darf die Abstimmung mit den Gremien des BGM, den Interessenvertretungen und der Gleichstellungsbeauftragten sowie der Leitung nicht fehlen (mehr zum Ablauf unter 6.d und 7). Entscheidend ist, bereits bei der Entwicklung des Maßnahmenpakets verschiedene Aspekte und deren Auswirkungen umfassend zu berücksichtigen und zu klären (siehe 6.e und Anlage).

3.3 Handlungsschwerpunkte identifizieren, festlegen und beschreiben

a. Was sind „Handlungsschwerpunkte“?

Handlungsschwerpunkte bilden das inhaltliche Gerüst im BGM. Mit ihnen legt der Betrieb fest, welche Themen tiefergehend bearbeitet werden sollen. Sie orientieren sich an den in Schritt 1 festgelegten Zielen für das BGM und leiten sich jeweils aus den Ergebnissen der Analysephase ab. Welche Themen sind für die Beschäftigten wichtig (z.B. Arbeitszeitgestaltung, körperliche Beanspruchung, Über- oder Unterforderung, Führung und Zusammenarbeit) und wo sind besonders beanspruchte Beschäftigtengruppen, auf die speziell eingegangen werden soll (z.B. Abteilungen, Tätigkeitsbereiche, Führungskräfte)?

Handlungsschwerpunkte können thematische Überschneidungen haben. Bisweilen liegen sie auch „quer“ zu klassischen Aufgabenfeldern und Zuständigkeiten wie Führungskräfteentwicklung oder Vereinbarkeit von Familie, Pflege, Privatleben und Beruf (Schwerpunkt „Beruf und Familie/Pflege“).

Beispiel:

Eine Behörde bearbeitet bereits den Schwerpunkt „Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Pflege“. In der Analyse zeigt sich, dass in einer bestimmten Abteilung der Belastungsfaktor „permanente Erreichbarkeit“ ein weit überdurchschnittliches Ausmaß aufweist. Hier kann es durchaus sinnvoll sein, neben dem allgemeinen Schwerpunkt im Rahmen des BGM auch das abteilungsspezifische Problem noch einmal in einem speziellen Handlungsschwerpunkt und im Zusammenwirken hier mit dem Aufgabenbereich Organisation anzugehen.

Typische Handlungsschwerpunkte

Die Wahl der Handlungsschwerpunkte ist eng von den Zielen des Betriebes abhängig. Sie sollten auf der Basis der Analyse aus den jeweils festgelegten Zielen des Gesundheitsmanagements abgeleitet werden. Soweit noch keine betriebsspezifischen Ziele festgelegt und mit Handlungsschwerpunkten hinterlegt wurden, kann zu Beginn auch auf die drei klassischen Handlungsfelder im BGM zurückgegriffen werden:

- **Arbeits- und Gesundheitsschutz:**
Alle Aktivitäten der Betriebe mit dem Ziel, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern (siehe Arbeitsschutzgesetz).
- **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM):**
Der Arbeitgeber bzw. der Dienstherr bietet allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein BEM an. Hierbei wird geklärt, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (siehe § 84 Absatz 2 SGB IX).
- **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF - häufig mit dem Schwerpunkt Verhaltensprävention):**
Alle Aktivitäten der Betriebe zur Förderung der Gesundheit in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention (siehe §§ 20 und 20b SGB V).

In den vergangenen Jahren wurde deutlich, dass die reine Fokussierung auf diese drei Schwerpunkte häufig zu kurz greift. Die entscheidenden Treiber für Gesundheit und Zufriedenheit von Menschen bei der Arbeit sind vielmehr die Gestaltung der Arbeitssituation als solche sowie die Qualität der dort erlebten sozialen Beziehungen. Wegen eben dieser Vielschichtigkeit des Themas „Gesunde Arbeit“ werden in der Regel Handlungsfelder notwendig sein, die sich nicht (nur) einem dieser Schwerpunkte zuordnen lassen. Diese Handlungsschwerpunkte können mittel- und langfristige auch Auswirkungen auf das Betriebsklima wie auch auf die gesamte Organisationskultur haben. Dabei spielen folgende Fragen eine Rolle: Wie werden die gesundheitlichen Belange der Beschäftigten berücksichtigt und welche Haltung wird hierzu im betrieblichen Alltag eingenommen? So wäre beispielsweise zu prüfen, wieweit es

möglich ist, in gesundheits- und sozialkontaktförderlicher Teilzeit zu arbeiten, wie dies im Alltag akzeptiert wird und welchen Einfluss dies auf die Karrierechancen hat.

Exkurs

Organisationskultur als Gegenstand des BGM?

Der Kulturbegriff wird mitunter inflationär und unscharf verwendet. Er geht weit über die Art und Weise des zwischenmenschlichen Umgangs hinaus. In der Organisationskultur kommen die in der Organisation vorherrschenden bewussten oder unbewussten Grundüberzeugungen zum Ausdruck (Definition siehe Anhang). Für die Beeinflussung von Handlungsschwerpunkten und den Erfolg von BGM-Maßnahmen ist es daher unerlässlich zu prüfen, wie diese innerhalb der Organisationskultur eingeordnet sind.

Beschäftigte erleben und erfahren beispielsweise Widersprüche, wenn seitens der Behördenleitung zwar die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf postuliert wird, die Beschäftigten im Arbeitsalltag jedoch erleben, dass die Nutzung entsprechender Angebote der beruflichen Weiterentwicklung bis hin zu Beförderungen entgegensteht.

Um sich dem Thema Organisationskultur zu nähern, konzentrieren sich viele Betriebe zunächst auf eine Verbesserung des „Betriebsklimas“, in dem sie bestimmte Verhaltensweisen fördern – z.B. das Äußern einer Rückmeldung der Kolleginnen und Kollegen oder der Führungskraft zu konkreten Arbeitsergebnissen von Beschäftigten (Feedback geben und nehmen). Nachhaltige Kulturveränderungen ergeben sich indes erst, wenn die Haltung aller in den Blick rückt.

In langen Jahren verfestigte kulturelle Muster wandeln sich nicht im Handumdrehen, dies umfasst auch geschlechtsspezifische, altersspezifische oder mit anderen Merkmalen verknüpfte Zuschreibungen.³ Der bewusste Umgang mit ihnen – als Organisation und als Einzelperson – eröffnet neue Entwicklungsfelder auch für das BGM.

³ Siehe dazu „Schwerpunktpapier Analyse im BGM“, S. 11 und S. 40.

Somit sollte es im BGM auch darum gehen, Einflussmöglichkeiten auf gelebte Werte und Haltungen zu nehmen mit dem Ziel, eine gesundheitsförderliche Organisationskultur zu etablieren. Daher werden die oben genannten, klassischen Handlungsfelder zunehmend ergänzt, u.a.:

- **Gesundheitsförderliches Führungsverhalten:** Alle Aktivitäten der Betriebe, die Führungskräfte dabei unterstützen, ein gesundheitsorientiertes Führungsverhalten zu realisieren bzw. die sicherstellen sollen, dass Führungskräfte auch gesundheitsorientiert führen (z. B. Personalauswahlverfahren, Beurteilungsrichtlinien, Nachwuchsführungskräfteentwicklung, kontinuierliche Führungskräfteentwicklung, Umgang mit Über- und Unterforderung).
- **Zusammenarbeit im Team:** Alle Aktivitäten der Betriebe, die eine unterstützende und kollegiale Arbeitskultur im Team sicherstellen (z. B. Umgang mit Konflikten und Mobbing, gerechte Arbeitsverteilung, Fehlerkultur, gegenseitige Unterstützung).
- **Arbeitsorganisation** (inkl. Arbeitszeitgestaltung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Pflege): Alle Aktivitäten der Betriebe zur Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsorganisation (z. B. Arbeitszeitmodelle, Arbeitszeitgestaltung, Beteiligungsmöglichkeiten, adäquate Aufgabenvielfalt und Tätigkeitsspielräume, angemessene Information und Kommunikation)
- **Personalentwicklung und Qualifizierung:** Alle Aktivitäten der Betriebe, um die Ziele, Anforderungen und Bedarfe der Verwaltung in Einklang zu bringen mit den individuellen Erwartungen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Beschäftigten (z.B. individualisierte Weiterbildungsprogramme, Kooperationsgespräche, Beförderungs- und Aufstiegsperspektiven und -verfahren) (Beispiel § 17 LfbG Berlin)
- **Individuelle Unterstützungsprozesse:** Alle Aktivitäten der Betriebe, die einzelne Beschäftigte bei persönlichen Problemen unterstützen (z. B. Sozialberatung, Suchtberatung)

Diese Handlungsschwerpunkte haben weder Anspruch auf Vollständigkeit noch sind sie verpflichtend für ein BGM. Vielmehr richten sie den Fokus darauf, dass ein erfolgreiches, modernes und ganzheitliches BGM als Querschnittsthema in unterschiedlichsten betrieblichen Prozessen berücksichtigt werden sollte. In der Praxis finden

sich abweichend auch immer wieder andere Bezeichnungen oder inhaltliche Zuschnitte.

Praxisbeispiele, wie Betriebe der Bundesverwaltung mit exemplarischen Handlungsschwerpunkten umgegangen sind, werden in Kapitel 7 dargestellt.

b. Handlungsfelder identifizieren und festlegen

Das Steuergremium bzw. die im jeweiligen Betrieb hierfür vorgesehene Struktur bzw. Einheit (im Weiteren als Einheit bezeichnet) haben im BGM die Aufgabe zu koordinieren, zu planen, zu lenken und zu entscheiden bzw. Entscheidungsvorlagen zu entwickeln.

Somit hat das jeweilige Steuergremium mit den jeweils vertretenen Fachrichtungen unter Berücksichtigung der Ziele des Betriebes die Aufgabe, Handlungsschwerpunkte zu identifizieren, festzulegen, zu beschreiben und adäquate Ziele zu entwickeln. Die Informationsbasis hierzu ergibt sich aus den Ergebnissen der „Analyse“ (Schritt 3).

Wichtige Grundlagen hierzu sind im Schwerpunktepapier „Analyse im BGM“ aufbereitet worden. Die dort beschriebenen Instrumente, wie Beschäftigtenbefragungen, Personalstruktur- und/oder Fehlzeitenanalysen sowie deren Verknüpfung generieren Daten, die dabei helfen, Handlungsschwerpunkte zu identifizieren und festzulegen. Sie geben Hinweise auf das gesundheitliche und motivationale Befinden, die personelle Zusammensetzung der Organisation und die Anwesenheitsquoten der Gesamtlehrerschaft sowie im Vorfeld definierter Beschäftigtengruppen. Auch die Beurteilung der Arbeitssituation durch die Beschäftigten (z. B. Arbeitsaufgabe, Arbeitssituation, soziale Beziehungen) und der Einfluss auf deren Gesundheit und Motivation sind in der Regel Bestandteil der Analysephase. Um die Datenmenge nicht zu unübersichtlich werden zu lassen, empfiehlt es sich, in dieser ersten Analysephase nicht zu viele Analyseinstrumente einzusetzen. In den meisten Fällen reichen ganzheitliche Beschäftigtenbefragungen (bei mittleren und größeren Betrieben) oder Workshops (bei kleineren Betrieben) sowie das innerbetrieblich vorhandene Expertenwissen bereits aus.

Auf der Basis der erhobenen Informationen können nun Schwerpunkte abgeleitet werden, die bereits vorhandene Handlungsschwerpunkte konkretisieren oder neue Handlungsschwerpunkte schaffen. Hierbei sollte festgestellt werden, welche Schwerpunkte für den gesamten Betrieb gültig und vordringlich sind und welche (nur)

bestimmte Beschäftigtengruppen (z. B. Tätigkeiten, Arbeitsbereiche, Alter, Führungsverantwortung) betreffen. Hierzu empfiehlt sich im Anschluss an die Analysephase ein Workshop, in dem die Handlungsschwerpunkte festgelegt und umfassend beschrieben werden. Folgende Fragestellungen können dabei hilfreich sein:

- Worum soll es bei dem Handlungsschwerpunkt im Detail gehen? (Kurzbeschreibung des Handlungsschwerpunktes)
- Wie stellt sich der Ist-Zustand dar?
- Was soll konkret erreicht werden und wie soll dies gemessen werden? (siehe Anlage „Feinziele operationalisieren und festlegen“ siehe Anlage iv)
- Wer soll an der Bearbeitung und Steuerung in welcher Rolle beteiligt werden?
- Welche Personal- und Sachmittel stehen zur Verfügung?

In diesem Schritt sollte auch geklärt werden, welche Handlungsspielräume der jeweilige Betrieb unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen und der notwendigen Aufgabenwahrnehmung eröffnet.

Bei der Dokumentation der Handlungsschwerpunkte unterstützt der Steckbrief „Handlungsschwerpunkt“.

Je nach Besetzung und Entscheidungsbefugnis des Steuergremiums wird dieses Ergebnis abschließend mit der Leitung und den Gremien abgestimmt.

Achtung!

Kann die reine Analytik, wie das Auswerten einer Beschäftigtenbefragung, noch durch externe Dienstleister erfolgen, kann der Schritt der Bewertung und Interpretation der Analysedaten zum Festlegen von Handlungsschwerpunkten nur durch den Betrieb selbst, bzw. unter seiner Federführung erfolgen. Denn dabei handelt es sich um einen intensiven organisationspolitischen Aushandlungsprozess. Die Mitglieder einer Organisation kennen die jeweiligen Gegebenheiten, Chancen und Grenzen ausreichend, so dass allgemein anerkannte und veränderbare Handlungsschwerpunkte verabschiedet werden können. Dies setzt voraus, dass das Wissen aus verschiedenen Blickwinkeln der maßgeblichen Aufgabenbereiche einer Organisation einbezogen wird (siehe hierzu auch Rolle von Personalrat, Gleichstellungsbeauftragter und Schwerbehindertenvertretung Kapitel 7). Auch die Hinzuziehung von externer Beratung kann diesen Prozess unterstützen, die Entscheidung über die Handlungsschwerpunkte bleibt jedoch bei dem jeweiligen Betrieb.

Im weiteren Verlauf sollte entschieden werden, inwieweit der Ist-Zustand des jeweiligen Handlungsschwerpunktes und des jeweilige Handlungsspielraums ausreichend aufgeklärt ist, um bereits erste geeignete Maßnahmen abzuleiten. Ist dies nicht der Fall, empfiehlt es sich, noch vertiefende Analysen durchzuführen (z. B. Gesundheitszirkel, Experteninterviews, Begehungen).

3.4 Maßnahmen planen und durchführen

Erst wenn die Rahmenbedingungen innerhalb eines Handlungsschwerpunktes geklärt sind und der konkrete Handlungsbedarf festgelegt ist (siehe Kapitel 5c), kann und muss entschieden werden, welche Maßnahmen geeignet sind, das für den Handlungsschwerpunkt definierte Feinziel zu erreichen. Wer ohne eine solche Festlegung den Auftrag erhält, BGM-Maßnahmen zu planen, sollte diesen Auftrag mit der Bitte (und einem Verfahrensvorschlag) um Klärung des genauen Auftrages zurückgeben bzw. es sollte um Klärung gebeten werden. Zur unterstützenden Argumentation siehe auch den Anhang „Wirtschaftlichkeit“.

a. Welche Maßnahmentypen gibt es?

Verhältnis- und verhaltenspräventiver Ansatz

Unterschieden werden verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen. Bei der Verhältnisprävention schafft der Arbeitgeber gesundheitlich optimale Rahmenbedingungen in den Bereichen Arbeitsorganisation, Arbeitsaufgabe, Arbeitsplatz und -umfeld, Führung und Zusammenarbeit oder weiteren strukturellen Voraussetzungen. Auf der Ebene der Verhaltensprävention hingegen werden die Beschäftigten im Sinne eines gesundheitsförderlichen Verhaltens informiert, motiviert, unterstützt und weitergebildet. Oftmals ist es notwendig, in einem Handlungsschwerpunkt sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventive Maßnahmen zu ergreifen und zu verzahnen.

Ressourcen- oder belastungsorientierter Ansatz

Bei der Entwicklung von Maßnahmen sind nach dem ressourcenorientierten Belastungs-Beanspruchungsmodell folgende Dimensionen zu betrachten:

Belastung: Darunter sind die objektiv, von außen auf den Menschen einwirkenden Faktoren zu verstehen wie z.B. Lärm, Zeitdruck oder widersprüchliche Erwartungen. Daraus erwächst eine individuelle Beanspruchungsfolge, also subjektive Folgen der Belastung. Hier ist zu unterscheiden zwischen physischen und psychischen Beanspruchungsfolgen.

Ressourcen: Sie sind „Hilfsmittel“, die es dem Menschen erlauben, mit Belastung besser umzugehen. Hier kann unterschieden werden zwischen persönlichen Ressourcen (z. B. Wissen, Kompetenzen, Trainingszustand, Einstellung) und externen Ressourcen (z. B. Arbeitszeitsouveränität, Handlungsspielräume, berufliche und private soziale Unterstützung).

Auf der Handlungsebene könnte das konkret bedeuten:

Ansatzpunkte der Gestaltung	im Unternehmen (verhältnisorientiert)	bei der Person (verhaltensorientiert)
belastungsorientiert Vermeiden beziehungsweise Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastung	Optimierung der Arbeitsbelastungen Gestaltung – der Arbeitsorganisation – der Arbeitszeit – des Arbeitsplatzes, der Arbeitsmittel und der Arbeitsumgebung	Optimierung der persönlichen Ressourcen – Stressmanagement – Entspannungstechniken – Abbau von Risikoverhalten
ressourcenorientiert Schaffen beziehungsweise Erhalten von Kraftquellen, das heißt gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und Kompetenzen	Aufbau von Kraftquellen – Vergrößerung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen – Ausbau eines gesundheitsförderlichen Führungsstils – Gestaltung des Sozialklimas	Aufbau von persönlichen Kraftquellen – Qualifizierung durch die Arbeit – Schulung und Fortbildung – Kompetenztraining

Generelle oder spezielle Zielgruppenorientierung

Eine weitere Unterscheidung lässt sich hinsichtlich der Zielgruppe der jeweiligen Maßnahme treffen. Nicht jede Maßnahme ist für alle Beschäftigten hilfreich und zielführend. Somit wird es im BGM sowohl Maßnahmen geben, die Auswirkung auf alle Beschäftigten haben (z. B. Arbeitszeitmodelle), bzw. an denen alle Beschäftigten teilnehmen können (z. B. Gesundheitsförderungskurse, Kantineessen), als auch solche, die speziell auf eine definierte Zielgruppe hin zugeschnitten sind (z. B. Führungskräfteentwicklungskonzepte, tätigkeitsbezogene Rückenschulen).

Freiwillig oder verpflichtend

Mit Blick auf die verhaltenspräventiven Maßnahmen sollte zudem eine Regelung getroffen werden, ob diese verpflichtend oder freiwillig sind. Als Orientierungshilfe kann hier die Faustformel gelten: Je wichtiger die in der Maßnahme vermittelten Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit sind, das heißt eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung der Arbeit darstellen, desto eher sollte diese verpflichtend und innerhalb der Arbeitszeit angeboten werden. Dies gilt in der Praxis vor allem für auf bestimmte Zielgruppen zugeschnittene Maßnahmen (z. B. Führungskräftebildungen, tätigkeitsbezogene Ergonomie-Programme). „Außerhalb der Arbeitszeit“ heißt dabei nicht zwingend „nach Feier-

abend“ der Vollzeitkräfte. Denn z.B. für halbtags Teilzeitbeschäftigte ist es wenig ansprechend, für eine Maßnahme nochmals den Weg zur Arbeit auf sich nehmen zu müssen. Denkbar sind bspw. auch Maßnahmen während der üblichen Arbeitszeiten, wenn diese Zeit z.B. als „abwesend“ erfasst oder das jeweilige Arbeitszeitkonto automatisch um die Teilnahmedauer reduziert wird. Welches Vorgehen gewählt wird, muss in den jeweiligen Betrieben geregelt werden.

b. Grundvoraussetzungen für das Gelingen von Maßnahmen und die positive Beeinflussung von Handlungsschwerpunkten

Es gibt gut untersuchte generelle Empfehlungen (vgl. iga-Report 28), die einen Hinweis darauf geben, worauf bei der Umsetzung von erfolgreichen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen zu achten ist. Beispiele sind: Maßnahmen zur Raucherentwöhnung oder Gewichtsreduktion, ergonomische Maßnahmen, die sich u.a. auf die Prävention von Arbeitsunfähigkeit beziehen oder ein „partizipatorischer Ansatz“, d.h. Einbeziehen von Beschäftigten in die Planung und Evaluation von Arbeitsprozessen und Arbeitszielen. Hierbei gilt, ein Programm kann nur dann wirksam werden, wenn es in die Organisation eingebettet wird.

Die praktische Umsetzung der Entwicklung der Maßnahmen für die Handlungsschwerpunkte zeigt, dass es nicht sinnvoll ist, fertige, fremde Handlungs- oder Maßnahmenpläne auf den eigenen Betrieb zu übertragen. Vielmehr können und sollen diese als Anregung für die eigene Arbeit genutzt werden.

Um zu eigenen Lösungen zu kommen, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Umfassende und individuelle Bedarfsanalyse
- Einbindung in bestehende Strukturen (z. B. Personalentwicklung, Arbeitsschutz)
- Partizipative Ansätze (die Beschäftigten werden aktiv in die Gestaltung der Maßnahmen und Verbesserungsvorschläge eingebunden, das gilt auch für die Führungsebenen)
- Ursachenorientierter Ansatz an den Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) und an der Person (Verhaltensprävention)

- Mehrdimensionales Präventionskonzept (verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze werden in einem Handlungsfeld miteinander verbunden)
- Organisatorische und personalwirtschaftliche Ansätze (z. B. abwechselnde Tätigkeiten, Vermeidung von ständigen Unterbrechungen, Förderung von sozialem Austausch, von Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kollegen und Kolleginnen, Gewährleistung von ausreichender Beschäftigungssicherheit und von Qualifikationsmöglichkeiten, Wertschätzung für geleistete Arbeit)
- Zielgruppenspezifische Ansätze (alle Alters- und Tätigkeitsgruppen werden berücksichtigt)
- Kontinuierliche Weiterführung und Erfolgskontrolle im Sinne eines Managementprozesses

c. Beispiele für Maßnahmen unterschiedlicher Handlungsschwerpunkte

Die folgende Tabelle gibt einen beispielhaften Überblick über mögliche Handlungsschwerpunkte und deren Maßnahmen.

Handlungsschwerpunkt	Maßnahmenbeispiele
Gesundheitsförderliches Führungsverhalten	Entwicklung eines (Nachwuchs-) Führungskräftekonzeptes Qualifizierung der Führungskräfte Integration von Aspekten gesundheitsfördernder Führung in die Beurteilungsrichtlinien Einführung von Mentoring-Programmen Coaching, Supervision
Zusammenarbeit im Team	Seminare zu Kommunikation Workshops, Teamentwicklung, Teamcoaching, Supervision Workshop zur Gestaltung der digitalen Zusammenarbeit
Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Pflege	Reduzierung von Überstunden Einführung von Telearbeit Arbeitszeitsouveränität
Bewegungsförderung am Arbeitsplatz	Einführung bewegter Pausen Qualifizierung von Bewegungsmultiplikatoren oder Ergonomie-Lotsen Einsatz von Zentraldruckern Höhenverstellbare Schreibtische
Betriebliche Gesundheitsförderung	Präventionskurse zu Rückengesundheit Förderung von Betriebssport Gesundheitscheck Seminare zum Stress- und Zeitmanagement
Organisation des Arbeitsschutzes	Gendergerechte Gefährdungsbeurteilung inkl. psychischer Belastung Regelmäßige Begehungen Ergonomie-Beratungen Arbeitsmedizinische Vorsorge
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	Verbesserung der Kommunikation und Einladung am BEM teilzunehmen Schulung der für das BEM zuständigen Personen Aktualisierung der Dienstvereinbarung zum BEM
Umgang mit Abwesenheit	Einführung systematischer Rückkehrgespräche mit Dienstvereinbarung Rückkehrenden-Konzept auch nach Elternzeit, Auslandseinsätzen, Abordnungen o.ä. Schulung der Führungskräfte
... andere Aktivitäten in der Organisation mit Wirkung auf Gesundheit	Etc. ...

d. Maßnahmen festlegen

Genau wie für das Festlegen von Handlungsschwerpunkten ist das Steuergremium oder die jeweils hierfür vorgesehene Struktur dafür zuständig, geeignete Maßnahmen auszuwählen. Das bedeutet aber eben nicht, dass dort auch für alle Handlungsschwerpunkte die Vorschläge für geeignete Maßnahmen entwickelt werden müssen.

Das Steuergremium kann zu jedem Handlungsschwerpunkt Unterarbeitsgruppen (ca. zwei bis sechs Personen) bilden. Bei der Bearbeitung übergreifender Thematiken ist auf eine heterogene Zusammensetzung solcher Unterarbeitsgruppen zu achten, etwa durch

- Beschäftigte aus den betreffenden Fachabteilungen wie Personalentwicklung und Organisation
- externe Expertinnen und Experten,
- Führungskräfte,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Soweit dies für die Fragestellung relevant ist, sollte, wenn möglich, die Personalstruktur der Organisation möglichst umfassend berücksichtigt werden (z.B. Vollzeit/Teilzeit, ggf. Schichtdienst, Alter, Geschlecht oder betroffene Organisationseinheiten).

Bei spezifischen Thematiken kann es sinnvoll sein, eine homogene Unterarbeitsgruppe aus der betroffenen Beschäftigtengruppe zu bilden (z. B. einer Abteilung, einer Alters- oder Tätigkeitsgruppe). Hier ist zu klären, ob ein Phänomen tatsächlich nur eine bestimmte Gruppe betrifft, oder ob auch andere Gruppen (z.B. ein Geschlecht) davon betroffen sind, und bei der Analyse ein „blinder Fleck“ übersehen wurde (siehe dazu Schwerpunktpapier „Analyse im BGM“, S. 11f. und 40ff.).

Diese Unterarbeitsgruppen entwickeln Lösungsmöglichkeiten (Maßnahmenvorschläge). Alternativ können Gesundheitszirkel eingesetzt werden (siehe Schwerpunktpapier Analyse), die nicht nur eine vertiefende Analyse des Handlungsschwerpunktes realisieren, sondern zudem gleich Lösungsmöglichkeiten mitentwickeln.

Um Klarheit über die Inhalte und Ziele zu erlangen, empfiehlt es sich, für die jeweilige Maßnahme eine konkrete schriftliche Darstellung zu erstellen, die zumindest folgende Punkte beinhaltet:

- Kurzbeschreibung der Maßnahme/was genau ist es für eine Maßnahme?
- Welche in der Analyse zu Tage getretene Belastung soll reduziert bzw. welche gesundheitsförderliche Ressource gestärkt werden?
- Auf welche Zielgruppe ist die Maßnahme ausgerichtet?
- Ist die Maßnahme freiwillig oder verpflichtend, innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit?
- Welchen Beitrag soll die Maßnahme zur Verbesserung des Handlungsschwerpunkts besteuern?
- Woran soll gemessen werden, dass die Maßnahme erfolgreich war?
- Wer ist an der Maßnahmenplanung und Umsetzung beteiligt?
- Welche Personal- und Sachmittel oder organisatorischen Maßnahmen sind erforderlich und können evtl. für die Umsetzung eingesetzt werden?

Bei der Dokumentation der Handlungsschwerpunkte unterstützen die Steckbriefe „verhaltensorientierte Maßnahmen“ und „verhältnisorientierte Maßnahmen“.

Die entwickelten Maßnahmenvorschläge werden zur Abstimmung in das Steuergremium oder die im jeweiligen Betrieb hierfür eingerichtete Struktur eingebracht. Da die Maßnahmen idealerweise an den Ursachen ansetzen und auf Veränderungen in der Organisation abzielen, ist auch dieser Schritt die Fortsetzung des organisationspolitischen Aushandlungsprozesses.

Nachdem die vorgeschlagenen Maßnahmenpakete auch bei der Hausleitung Zustimmung erfahren haben, beauftragt und begleitet das Steuergremium deren Planung und Durchführung und überwacht die Umsetzung. Neben der aktiven Teilnahme der Interessenvertretung und der Gleichstellungsbeauftragten an den Gremiensitzungen bedarf es auch noch der formellen Zustimmung zu den Maßnahmen durch die Personalvertretungsgremien.

Für die Steuerung der einzelnen Maßnahmenpakete in den jeweiligen Handlungsschwerpunkten hat sich der Einsatz einer Maßnahmenmatrix bewährt, die dokumentiert, wer was bis wann umsetzen soll. Das „wer“ muss dabei keinesfalls immer der oder die für das Betriebliche Gesundheitsmanagement Zuständige sein. Es kann auch darum gehen, dass Maßnahmen anderer, die ohnehin im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu erfolgen haben, in einer genau definierten gesundheitsförderlichen

Weise durchgeführt werden (z.B. Maßnahmen zur Einhaltung ergonomischer Normen bei der Weiterentwicklung einer IT-Lösung; Maßnahmen zur Förderung der Kommunikationskompetenz von Führungskräften im Rahmen der Personalentwicklung; Maßnahmen zur Erhöhung des Gestaltungs- und Entscheidungsspielraums bestimmter Beschäftigter im Rahmen einer anstehenden Umorganisation). Dazu ist es erforderlich, verantwortliche Akteure aus diesen Bereichen vor Beschlussfassung einzubinden (siehe auch Anhang „Zusammenarbeit und Kommunikation“).

3.5 Rolle von Personalrat, Gleichstellungsbeauftragter und Schwerbehindertenvertretung

Interessenvertretungen und die Gleichstellungsbeauftragte sind gemäß Eckpunkte-Papier grundsätzlich an der Steuerungsgruppe oder in der im jeweiligen Betrieb hierfür eingerichteten Struktur und dadurch auch immer an der Maßnahmenentwicklung beteiligt. Soweit in den Betrieben eine solche Steuerungsgruppe nicht eingerichtet wurde, sollten aber mindestens bei der weiteren Entwicklung die Gremienvertretungen mit hinzugezogen werden. Dadurch bleiben diese in die Entwicklung der strategischen Ziele sowie die Durchführung der Analysephase eng eingebunden und können die Maßnahmen mittragen und begleiten. Die Erfahrungen zeigen, dass Interessenvertretungen und die Gleichstellungsbeauftragte ein hohes Interesse an BGM haben und die Maßnahmenplanung und -umsetzung aktiv und positiv mit vorantreiben werden.

Auch bei der Dateninterpretation und der Ableitung von Maßnahmen ist es unerlässlich, den Wissens- und Erfahrungsschatz der Interessenvertretungen und der Gleichstellungsbeauftragten zu nutzen. Dieses ist nicht nur zur fachlichen Planung zielgenauer Maßnahmen erforderlich, sondern auch zu deren strategischer Durchsetzung. Der Blick „bottom up“ ermöglicht es, kritische Stellen zu erkennen und durch Überzeugungsarbeit für die Unterstützung von BGM-Maßnahmen zu fördern. Dazu gehört auch die Stärkung der organisationsinternen Information. Oftmals zeigt sich, dass Maßnahmen, die auch von den Interessenvertretungen und der Gleichstellungsbeauftragten aktiv beworben werden, sich höherer Teilnahmequoten erfreuen. (Siehe ausführlich Schwerpunktpapier „Analyse im BGM“, S. 19ff.).

In der Phase der Maßnahmenumsetzung besteht nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes das Mitbestimmungsrecht des Personalrates - ungeachtet der Frage, ob eine Maßnahme Teil des gesetzlichen Pflichtenkatalogs des Arbeits- und Gesundheitsschutzes oder des Betrieblichen Eingliederungsmanage-

ments ist, oder aber, ob sie zur gesetzlich, für den Arbeitgeber, nicht vorgeschriebenen betrieblichen Gesundheitsförderung zählt⁴

Wurden Bedenken, Anregungen und Wünsche der Interessenvertretung nicht hinreichend in den bisherigen Prozess einbezogen und überzeugend bearbeitet, besteht an dieser Stelle das Risiko kräfte- und motivationszehrender Auseinandersetzungen – die letztlich den Erfolg des gesamten BGM gefährden.

3.6 Fazit und Ausblick

Im ersten Schwerpunkt paper (2015) wurde der Fokus auf die Notwendigkeit einer an den jeweiligen Fragestellungen orientierten Analyse als zentrale Grundlage für ein systematisches, bedarfsorientiertes und wirksames betriebliches Gesundheitsmanagement herausgearbeitet. Die sich daran anschließende Identifikation von Handlungsschwerpunkten und abzuleitenden Maßnahmen bilden die Voraussetzung für einen weiteren, erfolgreichen Prozesses des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In diesem Prozess sind die relevanten Akteure der Organisation, koordiniert durch die für den Prozess des BGM notwendige Arbeitseinheit, einzubeziehen.

So kann es gelingen, ein für die Organisation passendes Umsetzungskonzept zu entwickeln.

Im gesamten Prozess sollte auf eine kontinuierliche und transparente Kommunikation der geplanten Maßnahmen und ihrer Ergebnisse in den Betrieb geachtet werden.

Der Systematik des Managementzirkels des 6-Schritte-Modells folgend, sind noch die Schritte „Einrichten einer Organisationsstruktur für das BGM in der Behörde“ sowie die „Evaluation von BGM“ noch offen. Der Ressortarbeitskreis Gesundheit (RAKG) plant, auch für diese Schritte ein vertiefendes Papier als Arbeitshilfe zur Verfügung zu stellen.

⁴ BVerwG, Beschluss vom 14.02.2013 - 6 PB 1.13, in: PersR 2013, 176 oder: <http://bundesverwaltungsgericht.de/entscheidungen/entscheidung.php?lang=de&ent=140213B6PB1.13.0> (Abruf 11.01.2016); weiterer Überblick zum Verfahren: *Nitsche*, in: *Kothe/Faber/Feldhoff*, HK-ArbSchR, 1. Aufl. 2014, Rn. 46f. und 63ff. zu § 68 Abs. 1 BPersVG.

4. Aktuelle Entwicklungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Bundesverwaltung

4.1 Psychische Gesundheit verbessern: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung kann helfen

Immer noch agieren viele Behörden und Dienststellen zurückhaltend, wenn es um das Thema Psyche geht: Körper? Okay, kümmern wir uns drum. Psyche? Nein danke! Doch nur (psychisch) gesunde Beschäftigte sind auch produktive Beschäftigte. Mit guten Arbeitsbedingungen können Behörden und Dienststellen viel für die Gesundheit ihrer Beschäftigten tun. Doch oftmals fällt es schwer, die richtigen Maßnahmen zu finden. Ein Grund: der Hausleitung und ihren Führungskräften fehlen fassbare Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen: Häufig wissen die Verantwortlichen gar nicht genau, wie die Arbeitsbedingungen konkret aussehen, was die Menschen unzufrieden macht, sie stresst und erschöpfen lässt. Ihnen fehlen schlicht belastbare Informationen. Hier setzt die Gefährdungsbeurteilung an. Durch eine kleine aber entscheidende Gesetzesänderung hat das Thema in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen: Seit 2013 verpflichtet das Arbeitsschutzgesetz die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, eine Gefährdungsbeurteilung auch für psychische Belastung bei der Arbeit durchzuführen. Das Gute daran: die Gefährdungsbeurteilung liefert, sauber durchgeführt, eine verlässliche Bestandsaufnahme über die Arbeitsbedingungen unter psychologischen Gesichtspunkten. Dadurch bietet sie den Betrieben gleichzeitig hervorragende Ansatzpunkte, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation zu finden.

Einen weiteren Schub hat das Thema durch das in 2015 gestartete Arbeitsprogramm der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) erhalten. Die Initiative von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern hat den Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung zu ihrem Schwerpunktthema gemacht. Bis 2018 werden die Unternehmer unterstützt durch hilfreiches Informationsmaterial, hochwertige Schulungen, und intensive Beratung. Gleichzeitig wird die Überwachung der Betriebe durch das Aufsichtspersonal der Unfallversicherung verstärkt: besonderes Augenmerk wird dabei darauf liegen, dass die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ordnungsgemäß durchgeführt wurde. In der Bundesverwaltung ist dafür die Unfallversicherung Bund und Bahn zuständig. Sie bietet der Bundesverwaltung umfangreiche Unterstützung. Neben zahlreichen Schulungen für die Umsetzer und Umsetzerinnen der Gefährdungsbeurteilung steht die Beratung der Behörden durch die Expertinnen und Experten der UVB im Mittelpunkt.

Gut aufbereitetes Informationsmaterial und Handlungshilfen ergänzen das Angebot. Kern der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ist die „Prüfliste Psychische Belastung“, ein Kurzfragebogen für Beschäftigte. Die Fragen decken diejenigen Faktoren ab, welche die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld besonders stark beeinflussen. Das Ausfüllen dauert rund fünf Minuten, zu jeder Frage haben die Beschäftigten zwei Antwortmöglichkeiten: „Eher ja“ und „Eher nein“. Und so ist auch die Auswertung denkbar einfach: Haben die meisten der Beschäftigten eine Frage mit „Eher nein“ beantwortet, gilt das als Belastungsschwerpunkt und im fraglichen Feld muss, sofern es nicht eine offenkundige Lösung gibt, eine weitergehende Analyse der Gefährdungen erfolgen, zum Beispiel in Diskussionskreisen mit den Beschäftigten. Mehr Informationen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung und zu den Unterstützungsmöglichkeiten gibt es auf der Webseite der Unfallversicherung Bund und Bahn⁵

Beschäftigte werden zu Experten für Behördliches Gesundheitsmanagement

Einer der bedeutendsten Faktoren für ein erfolgreiches Behördliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist eine gute Qualifizierung der Beschäftigten, die das BGM in ihrem Betrieb aufbauen und umsetzen.

Seit 2013 qualifiziert die Unfallversicherung Bund und Bahn eben diese innerbetrieblichen Akteure der Bundesverwaltung zu zertifizierten behördlichen Gesundheitsmanagerinnen und Gesundheitsmanagern. Neben den wissenschaftlichen Grundlagen zum BGM, lernen die Teilnehmenden unter anderem sehr praxisorientiert, wie sie das BGM systematisch, zielorientiert und qualitätsgesichert aufbauen und steuern sowie Arbeitskreise beraten, lenken und leiten. Zusätzlich erlangen sie Grundwissen zu einzelnen Handlungsschwerpunkten im BGM wie „Gesunde Führung“, „Betriebliches Eingliederungsmanagement“, „Umgang mit psychischen Erkrankungen im Betrieb“ oder „Beeinflussung von Fehlzeiten“.

Die Qualifizierung erstreckt sich über insgesamt ein Jahr und beinhaltet neben 15 bis 17 Präsenztagen, Selbstlernphasen, eine Projektarbeit im eigenen Betrieb sowie die Möglichkeit, ein individuelles Coaching und eine Organisationsberatung in Anspruch zu nehmen. Ein wichtiger Bestandteil der Qualifizierung ist die kontinuierliche und nachhaltige Weiterentwicklung der Absolventinnen und Absolventen über das Jahr hinaus. Hierzu findet jährlich ein dreitägiger Erfahrungsaustausch statt, in dem neue

⁵www.uv-bund-bahn.de/arbeitsschutz-und-praevention/fachthemen/psychologie-und-gesundheitsmanagement/psychologie/psychische-gesundheit-belastung/.

Themen und Entwicklungen betrachtet und diskutiert werden. Dieser ermöglicht auch viel Raum für kollegiale Beratung und kollegialen Austausch.

Im Frühjahr 2016 fand der zweite Erfahrungsaustausch statt. In den regen Gesprächen und Diskussionen standen besonders die Themen „Analyseverfahren im BGM unter besonderer Berücksichtigung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung“ sowie Blick in die Zukunft „BGM 2020: hin zur gesunden Organisationskultur“ im Vordergrund.

Für mehr Informationen zur Qualifizierung wenden Sie sich an Björn Wegner, Unfallversicherung Bund und Bahn (bjoern.wegner@uv-bund-bahn.de).

4.2 Demografiedialog: Projektsteckbrief zur Wertschätzung durch gemeinsame Gestaltung der Arbeitswirklichkeit

Wertschätzung ist eine Thematik, die auch im Rahmen des Gesundheitsmanagements zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Im Rahmen des Demografiedialogs der Bundesregierung konnte ein Projektsteckbrief zur Wertschätzung erarbeitet werden. Dieser verfolgt das Ziel, ein möglichst breites Verständnis für die Bedeutung einer wertschätzenden Haltung sowie eines wertschätzenden Verhaltens im Arbeitsalltag zu fördern, organisatorische Rahmenbedingungen zur Umsetzung zu definieren und einen Überblick darüber zu bieten, welche konkreten Maßnahmen dazu beitragen, dass Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Führungskräfte Wertschätzung erleben und dadurch erfolgreicher agieren.

Dazu sollen in einem Eckpunktepapier die wesentlichen Aspekte von Wertschätzung aufgezeigt und insbesondere konkrete Maßnahmen empfohlen und verbreitet werden, die dazu dienen, einen wertschätzenden Umgang in den Verwaltungen zu verbessern.

5. Krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung 2015

5.1 Grundlagen für die Auswertung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten

Die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung werden auf der Grundlage eines Kabinettsbeschlusses seit 1997 vom Bundesministerium des Innern erhoben und veröffentlicht. Die durch die Bundesbehörden erfassten krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten ihrer Beschäftigten werden anonymisiert dem Bundesministerium des Innern zur Zusammenfassung und Auswertung zur Verfügung gestellt, aufbereitet und im Gesundheitsförderungsbericht veröffentlicht.

5.1.1 Art und Umfang der erfassten Abwesenheitsdaten

In der Erhebung des Gesundheitsförderungsberichts der unmittelbaren Bundesverwaltung werden alle Tage erfasst, an denen die Beschäftigten (Dienstsitz in Deutschland, Beamtinnen und Beamte einschließlich Richterinnen und Richter, Anwärtnerinnen und Anwärtler sowie Tarifbeschäftigte einschließlich Auszubildende) im Laufe des Jahres 2015 aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Rehabilitationsmaßnahme arbeitsunfähig gemeldet waren. Soldatinnen und Soldaten sowie Praktikantinnen und Praktikanten wurden nicht berücksichtigt. Krankheitstage, die auf Wochenenden oder Feiertage fallen sowie Abwesenheiten durch Elternzeit, Fortbildungen oder Urlaub werden nicht gezählt. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden die bei Elternteilen aufgrund eines erkrankten Kindes auftretenden Abwesenheitstage. Bei jahresübergreifenden Erkrankungen werden nur die krankheitsbedingten Abwesenheitstage gezählt, die im Erhebungsjahr anfallen. Bei der Datenerhebung wird nicht zwischen Teilzeitbeschäftigten und Vollzeitbeschäftigten unterschieden. Krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten von Teilzeitbeschäftigten werden als ganze Tage gerechnet.

Die Anzahl der Krankheitsfälle wird nicht erhoben. Ebenso können keine Aussagen über Krankheitsursachen getroffen werden. Die Diagnosen auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind nur den Krankenkassen, nicht aber dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn zugänglich.

Die Daten werden gesondert jeweils getrennt für die obersten Bundesbehörden und für die zugehörigen Geschäftsbereiche erfasst. Sie werden danach und nach den Merkmalen Dauer der Erkrankung (Kurzzeiterkrankungen bis zu 3 Arbeitstagen, längere Erkrankungen von 4 bis zu 30 Tagen, Langzeiterkrankungen über 30 Tage und

Rehabilitationsmaßnahmen) und nach soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Laufbahn und Status) aufbereitet.

5.1.2 Auswertung und Interpretation

Die regelmäßige Erhebung und Analyse der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten aller Beschäftigten ist ein Element der betrieblichen Gesundheitspolitik der unmittelbaren Bundesverwaltung. Die Statistik stellt die Strukturen der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten dar und informiert über die mittel- und langfristige Entwicklung. Die statistische Darstellung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten ermöglicht den Behörden eine Positionsbestimmung und die Vorbereitung von Gesundheitsmaßnahmen.

Krankheitsbedingte Abwesenheiten unterliegen einer Vielzahl von Einflussgrößen, daher hat die Abwesenheitsquote für sich allein betrachtet nur einen geringen Aussagewert. Aufgrund dieser Daten sind insbesondere keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Ursachen von Erkrankungen und daraus abzuleitende geeignete Gegenmaßnahmen möglich. Entscheidend ist die Einbindung der Analyse in ein ganzheitliches Konzept des BGM. Die Teilperspektive der quantitative Erhebung der Abwesenheitszeiten ergänzt den Blick und trägt so auch bei zu einer qualitativen Bewertung von arbeitsbedingten Einflüssen auf die Gesundheit, wie auch politischer und sozialer Faktoren. Nur so wird eine gut fundierte Basis gelegt, um gezielt nach den Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen in den Behörden bzw. Betrieben forschen und geeignete Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ableiten zu können. Folgend können dann aufgrund der behördlicherseits festgelegten Ziele und nach Identifizierung der Handlungsfelder gezielte Maßnahmen abgeleitet und gestaltet werden (s. Kapitel 3).

5.2 Personalstruktur der unmittelbaren Bundesverwaltung

Die statistische Aufbereitung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten erfolgt unter Berücksichtigung der soziodemografischen Faktoren. Bekannte Abhängigkeiten bestehen zwischen krankheitsbedingten Abwesenheiten und insbesondere dem Alter, dem Geschlecht und der Zugehörigkeit zu einer Laufbahngruppe. Für eine differenzierte Analyse der Abwesenheitszeiten ist daher insbesondere die Personalstruktur zu berücksichtigen.

5.2.1 Personalstruktur nach Geschlecht und Statusgruppen im Überblick

Die unmittelbare Bundesverwaltung umfasste 2015 insgesamt 258.357 Beschäftigte. Erfasst wurden in der Statistik insgesamt 245.046 Beschäftigte. Dies entspricht einer Quote von 94,8 Prozent. Die Erfassung kann somit als repräsentativ gewertet wer-

den. Die im Weiteren aufgeführten Daten beziehen sich, soweit nicht ausdrücklich erwähnt, auf den Erfassungsumfang.

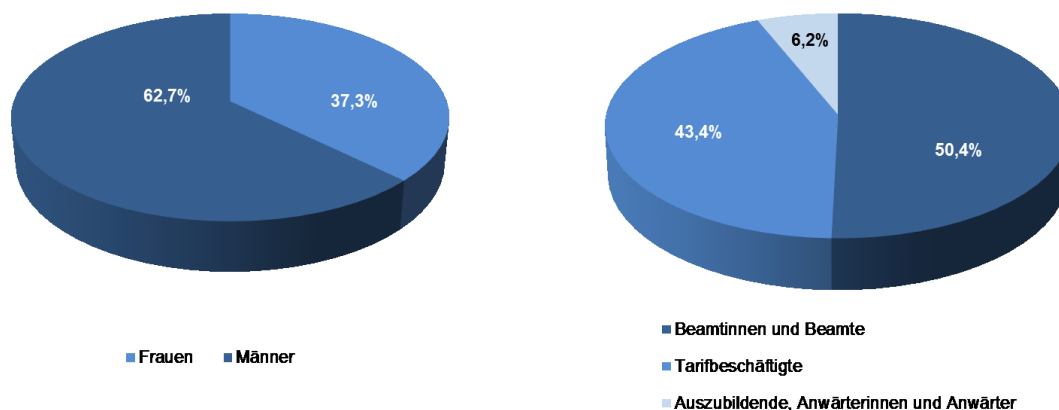
Von den erfassten Beschäftigten arbeiteten 10 Prozent in den 22 obersten Bundesbehörden (darunter die 14 Bundesministerien) und 90 Prozent in den zugehörigen Geschäftsbereichen.

62,7 Prozent der Beschäftigten waren Männer und 37,3 Prozent der Beschäftigten Frauen (Abb. 1). Der Frauenanteil liegt bei den Tarifbeschäftigten bei 43,4 Prozent und im Beamtenbereich bei 50,4 Prozent. Im Vergleich zur gesamten Erwerbsbevölkerung (47,3 Prozent Frauenanteil) zeigt sich, ein geringer Anteil an Frauen in der unmittelbaren Bundesverwaltung (37,3 Prozent). Dies lässt sich u.a. auf die in einigen großen Geschäftsbereichen vorherrschenden und von Männern dominierten Berufe (insbesondere u.a. Bundespolizei, Zollverwaltung) zurückführen.

In der Erhebung wurden – nach Statusgruppen aufgeteilt – 123.539 Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter (im Folgenden zusammengefasst unter „Beamtinnen und Beamten“), 106.364 Tarifbeschäftigte und 15.143 Auszubildende, Anwärterinnen und Anwärter (Abb. 2) erfasst.

Abbildung. 1 und 2:

Prozentuale Verteilung der Beschäftigten nach Geschlecht und Statusgruppen in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015



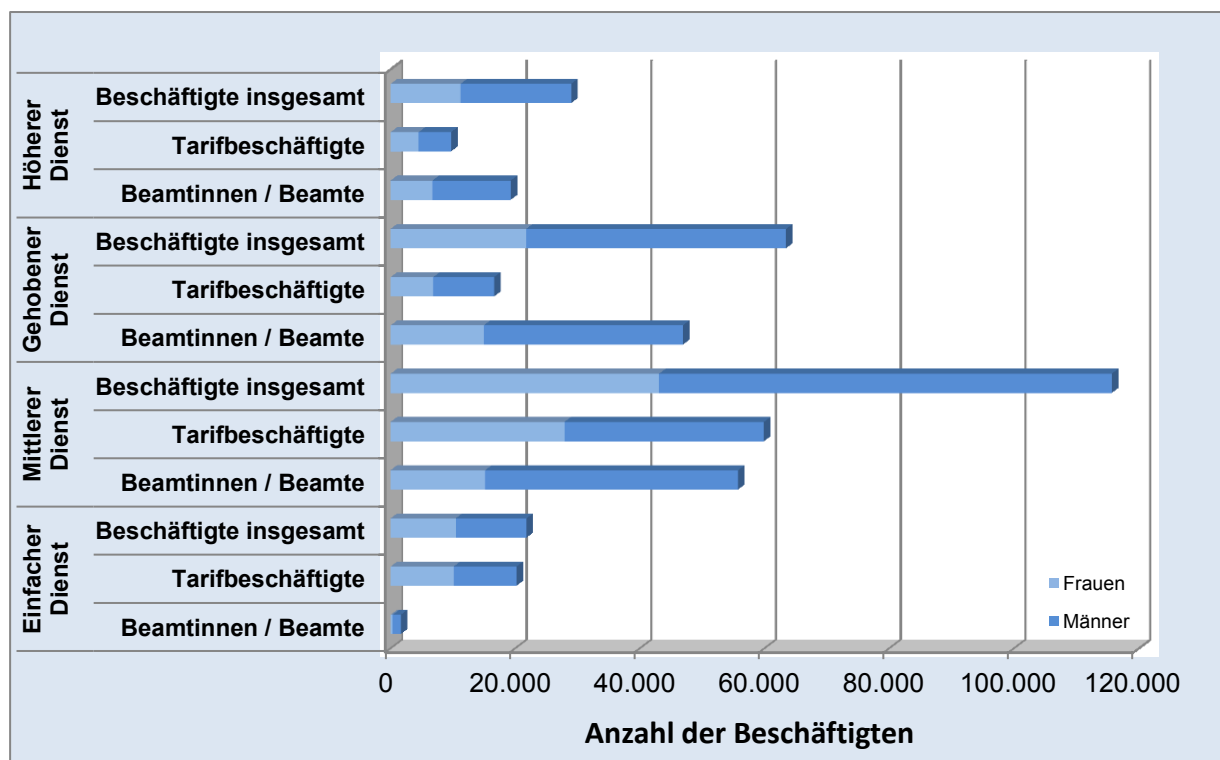
Im Jahr 2015 waren 8,9 Prozent aller Beschäftigten im einfachen Dienst, 47,2 Prozent im mittleren Dienst, 25,9 Prozent im gehobenen Dienst und 11,8 Prozent im höheren Dienst tätig. Die Tarifbeschäftigten wurden hierzu den ihren Entgeltgruppen vergleichbaren Besoldungs- und Laufbahngruppen zugeordnet. 6,2 Prozent der Beschäftigten waren Auszubildende sowie Anwärterinnen und Anwärter.

Den größten Anteil der Beamtinnen und Beamten in der unmittelbaren Bundesverwaltung stellt der mittlere Dienst mit 45,1 Prozent. Im gehobenen Dienst sind 37,9 Prozent und im höheren Dienst 15,6 Prozent der Beamtinnen und Beamten beschäftigt. Der einfache Dienst stellt mit nur 1,3 Prozent den geringsten Anteil unter den Beamten.

Die Tarifbeschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung arbeiten ebenfalls zum größten Teil mit 56,3 Prozent im mittleren Dienst. Im einfachen Dienst waren 19,0 Prozent, im gehobenen Dienst 15,6 Prozent und im höheren Dienst 9,1 Prozent der Tarifbeschäftigten tätig.

Abbildung 3:

Statusstruktur in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015*



*Nicht dargestellt sind Auszubildende sowie Anwärterinnen und Anwärter.

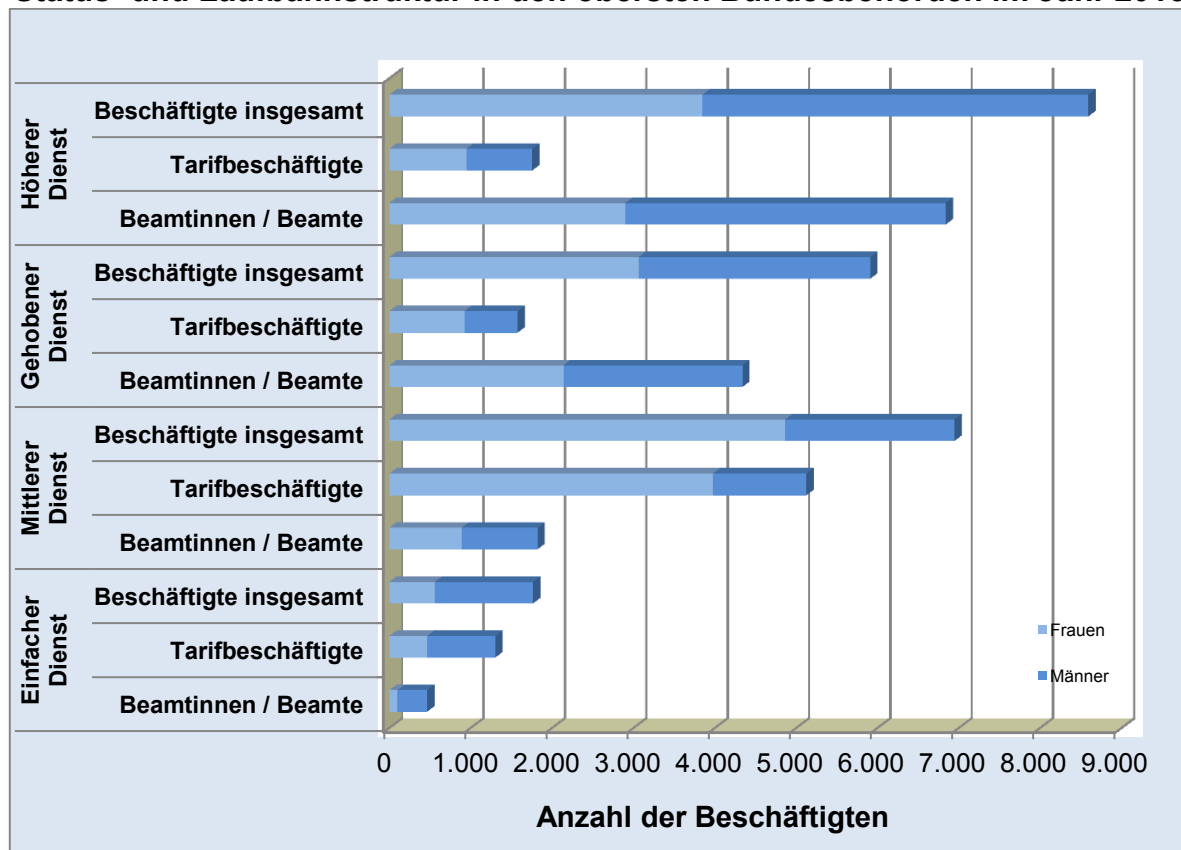
5.2.2 Status- und Laufbahnstruktur der obersten Bundesbehörden

In den obersten Bundesbehörden wurden im Jahr 2015 insgesamt 23.890 Beschäftigte (2014: 23.336 Beschäftigte;) für den Bericht gemeldet. Davon waren 13.459 Beamtinnen und Beamte, 9.756 Tarifbeschäftigte sowie 675 Auszubildende, Anwärterinnen und Anwärter. Insgesamt ist der Anteil an Beamtinnen und Beamten in den obersten Bundesbehörden mit 56,33 Prozent deutlich höher als in den Geschäftsbereichsbehörden mit 49,77 Prozent. Im Bereich der obersten Bundesbehörden ist der Personalumfang wieder leicht gestiegen. Dabei nahm der prozentuale Anteil der Beamtinnen und Beamten unter den Beschäftigten geringfügig ab.

In den obersten Bundesbehörden arbeitet die Mehrzahl der Beschäftigten im höheren Dienst (Abb. 4). Den nächstgrößeren Anteil stellt der mittlere Dienst, gefolgt vom gehobenen Dienst. Der einfache Dienst ist hingegen nur zu einem geringen Anteil vertreten. In den obersten Bundesbehörden sind die Mehrheit der Beamtinnen und Beamten im höheren Dienst tätig. Die Tarifbeschäftigten sind überwiegend dem mittleren Dienst zugeordnet.

Abbildung 4:

Status- und Laufbahnstruktur in den obersten Bundesbehörden im Jahr 2015*



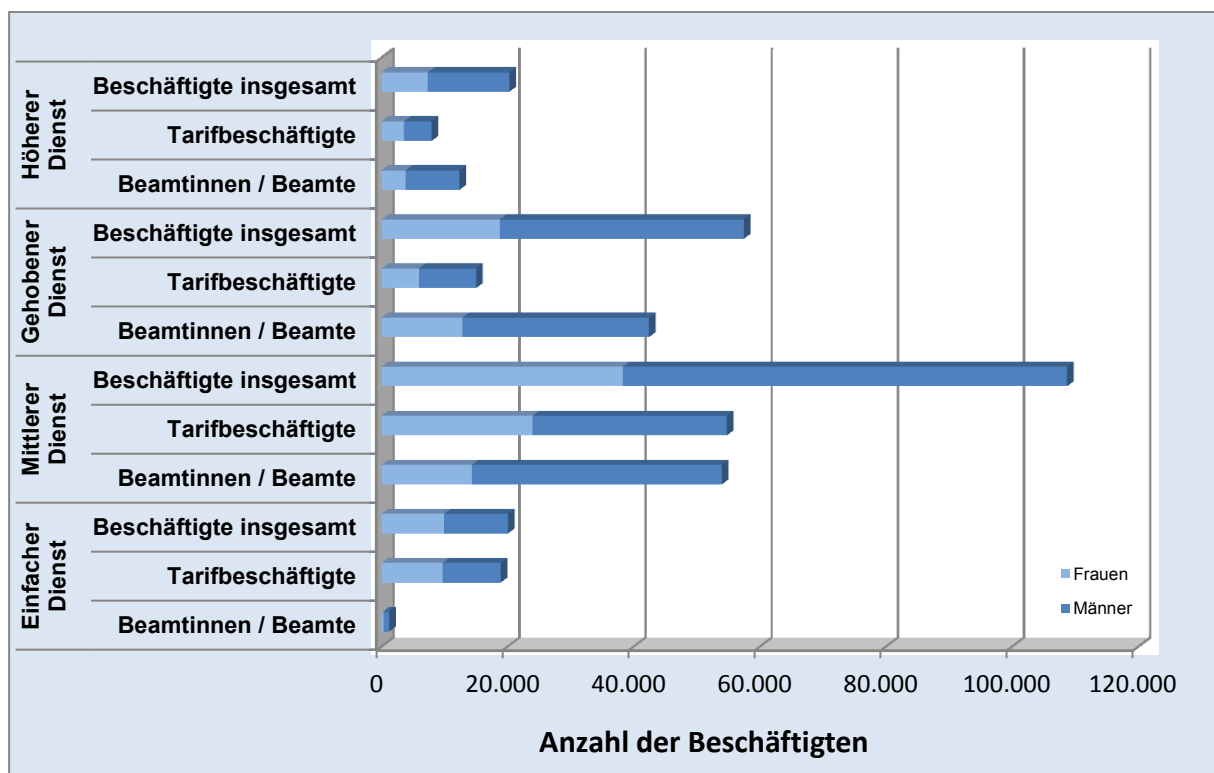
*Nicht dargestellt sind Auszubildende sowie Anwärterinnen und Anwärter.

5.2.3 Status- und Laufbahnstruktur der Geschäftsbereichsbehörden

Für die Statistik wurden 221.156 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Geschäftsbereichsbehörden gemeldet. Die Personalstruktur unterteilt sich in 110.080 Beamtinnen und Beamte, 96.608 Tarifbeschäftigte sowie 14.468 Auszubildende, Anwärterinnen und Anwärter. In den Geschäftsbereichsbehörden bildet der mittlere Dienst mit Abstand die größte Beschäftigtengruppe (siehe Abb. 5). In den Geschäftsbereichsbehörden sind – im Gegensatz zu den obersten Bundesbehörden – der höhere und der gehobene Dienst nur mit einem geringen Anteil vertreten. Die abweichende Verteilung auf die Laufbahn- bzw. Beschäftigungsgruppen ist u.a. auf die unterschiedliche Aufgabenzuordnung zwischen obersten Bundesbehörden und Geschäftsbereichsbehörden zurückzuführen.

Abbildung 5:

Status- und Laufbahnstruktur in den Geschäftsbereichsbehörden im Jahr 2015*



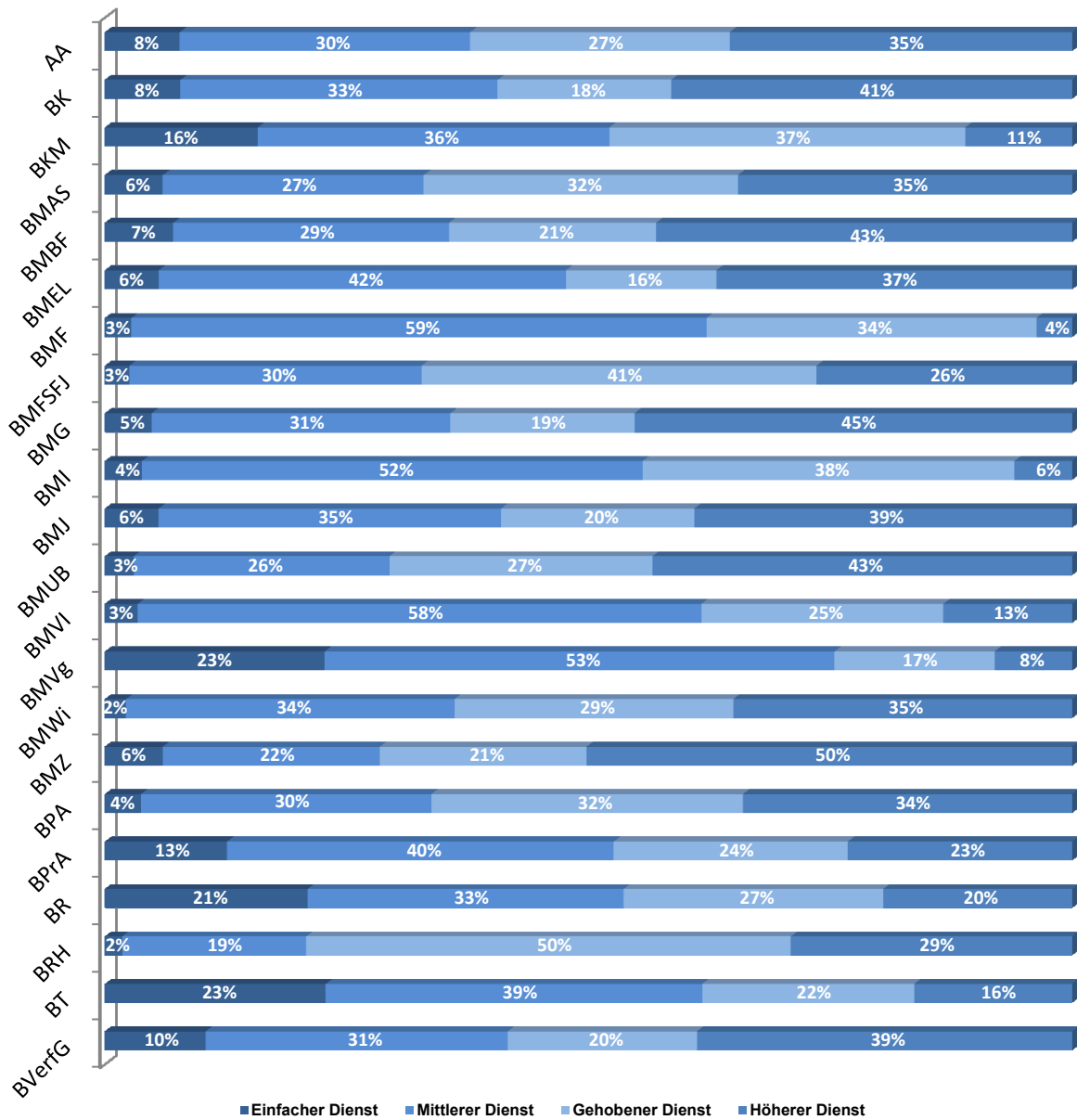
*Nicht dargestellt sind Auszubildende sowie Anwärterinnen und Anwärter.

5.2.4 Laufbahnstruktur in der unmittelbaren Bundesverwaltung

Die Laufbahnstruktur der Behörden wird durch das jeweilige Tätigkeitsprofil bestimmt. Aufgrund der Verschiedenheit der Aufgaben unterscheiden sich damit die Laufbahnstrukturen der obersten Bundesbehörden und ihrer Geschäftsbereiche zum Teil erheblich. Bei bekannter Korrelation zwischen Abwesenheiten und Laufbahngruppe sind zum besseren Verständnis der unterschiedlichen Abwesenheitszeiten eine Analyse und Darstellung der Laufbahnzusammensetzungen in den Behörden hilfreich (Abb. 6).

Das Bundesministerium der Verteidigung verfügt mit 23 Prozent (gefolgt von Bundestag mit 23 Prozent und Bundesrat 21 Prozent) über einen vergleichsweise hohen Anteil von Beschäftigten im einfachen Dienst. Mit 59 Prozent findet sich der höchste Anteil von Beschäftigten im mittleren Dienst im Bereich (jeweils oberste Bundesbehörde und Geschäftsbereich) des Bundesministeriums der Finanzen und Bundesministeriums für Verkehr und Infrastruktur mit 58 Prozent, gefolgt vom Bundesministerium der Verteidigung mit 53 Prozent sowie vom Bundesministerium des Innern mit 52 Prozent. Im gehobenen Dienst steht der Bundesrechnungshof mit 50 Prozent seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Spitze des Behördenvergleichs, den geringsten Anteil an Beschäftigten des gehobenen Dienstes hat mit 16 Prozent das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft.

Größere Unterschiede gibt es auch beim höheren Dienst. Im Bereich (jeweils oberste Bundesbehörde und Geschäftsbereich) des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gehören 50 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Laufbahn an, gefolgt vom Bundesministerium für Gesundheit mit 45 Prozent gefolgt vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung mit jeweils 43 Prozent des gesamten Personals. Das Bundesministerium der Finanzen verfügt mit 4 Prozent über den kleinsten Anteil von Beschäftigten, die im höheren Dienst arbeiten. Im Bundesministerium des Innern sowie im Bundesministerium der Verteidigung beträgt der Anteil der Beschäftigten im höheren Dienst ebenfalls unter 10 Prozent.

Abbildung 6:**Laufbahnstruktur in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**

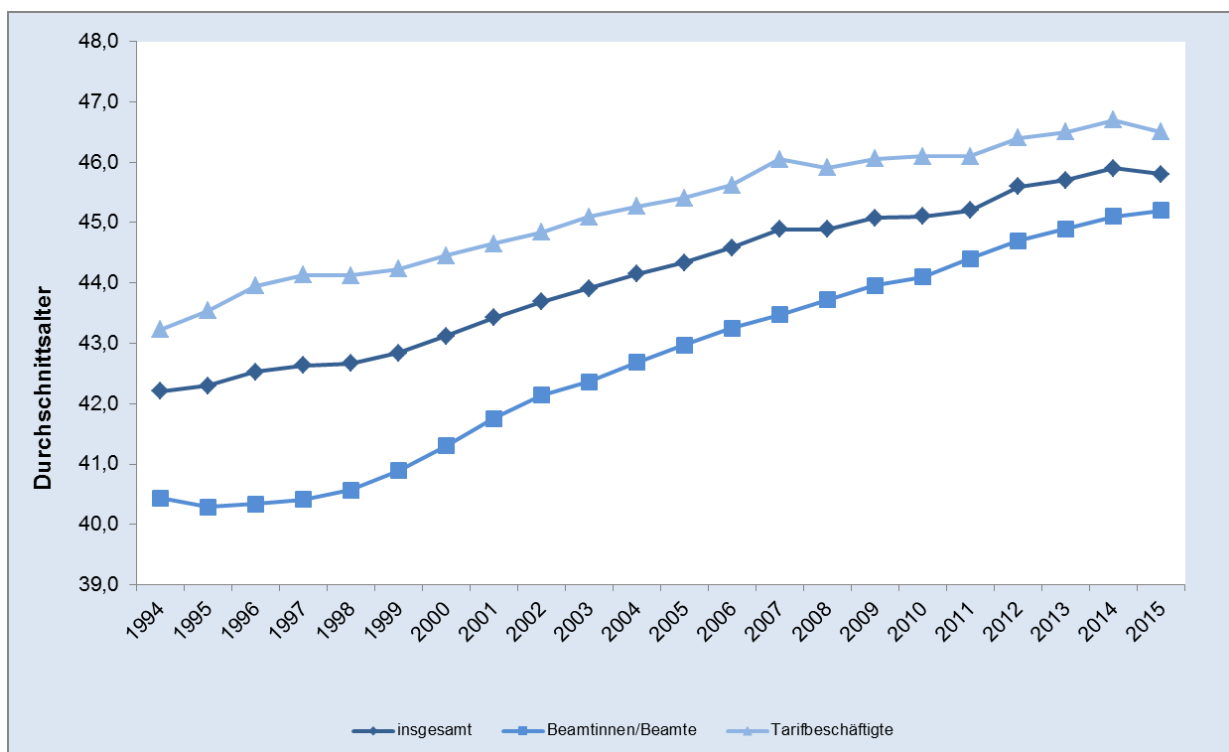
(Die für das BMVg angegebenen Zahlen umfassen nur die zivilen Beschäftigten, ohne Soldaten.)

5.2.5 Altersstruktur in der unmittelbaren Bundesverwaltung

Die Beschäftigten der Bundesverwaltung waren im Jahr 2015 im Durchschnitt 45,8 Jahre alt (2014: 45,9). Das durchschnittliche Alter bei den Beamtinnen und Beamten lag mit 45,2 Jahren (2014: 45,1) etwas höher als 2014. Bei den Tarifbeschäftigten zeigte sich mit 46,5 (2014: 46,7) Jahren ein etwas niedriger Wert gegenüber dem Vorjahr. Seit 1994 ist das Durchschnittsalter der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung um 3,59 Jahre gestiegen (Abb. 7).

Abbildung 7:

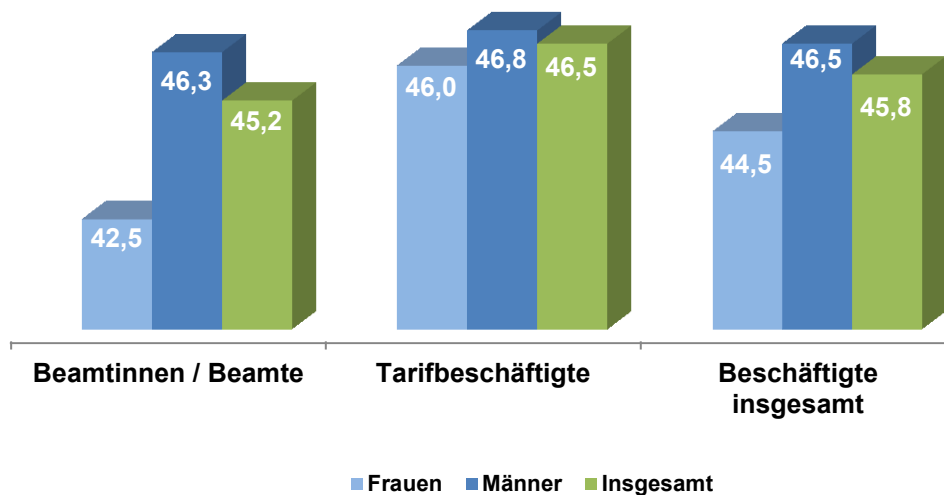
Entwicklung des Durchschnittsalters der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung 1994 bis 2015



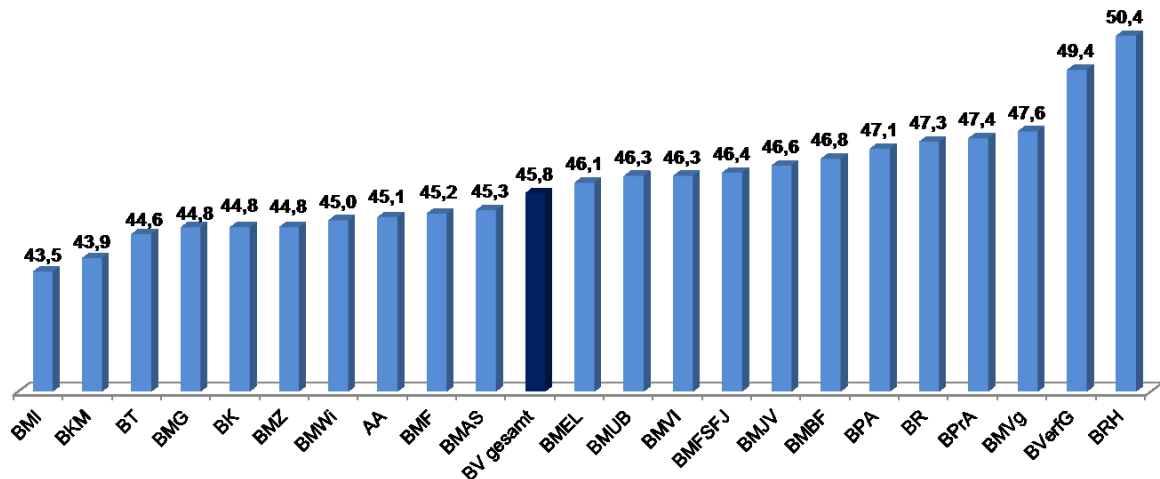
Es besteht in beiden Statusgruppen eine deutliche Differenz im Altersdurchschnitt zwischen Frauen (44,5 Jahre) und Männern (46,5 Jahre) (Abb. 8). Insgesamt sind Männer in der unmittelbaren Bundesverwaltung um durchschnittlich 2 Jahre älter als Frauen.

Abbildung 8:

Durchschnittsalter der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung nach Geschlecht und Statusgruppen (Stichtag 30.06.2015)



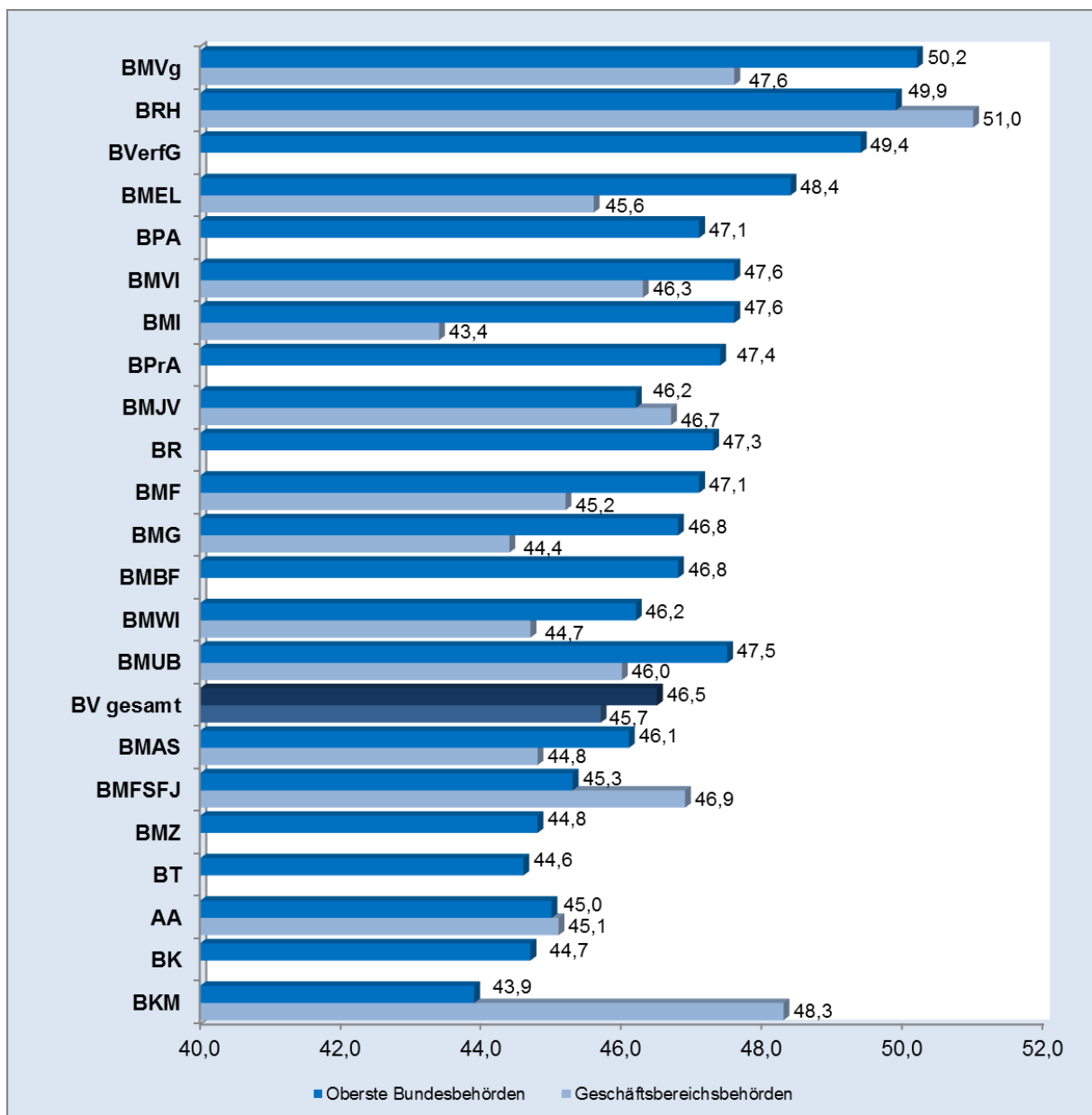
Ebenso unterschiedlich sind auch die Altersstruktur und der Altersdurchschnitt in den Bundesbehörden. Zusätzliche Einflüsse, insbesondere bei Bundespolizei, ergeben sich aus den besonderen Altersgrenzen für Polizeivollzugsbeamte.

Abbildung 9:**Durchschnittsalter der Beschäftigten* in der unmittelbaren Bundesverwaltung
(Stichtag 30.06.2015)**

Im Vergleich der obersten Bundesbehörden (Abb. 10) verzeichnet das Bundesministerium der Verteidigung mit 50,2 Jahren den höchsten Altersdurchschnitt, den niedrigsten Durchschnitt dagegen die Bundesbeauftragte für Kultur und Medien mit 43,9 Jahren. Bei den Geschäftsbereichen liegt die Spannweite zwischen 43,4 Jahren (Geschäftsbereich Bundesministerium des Innern) und 51,0 Jahren (Geschäftsbereich Bundesrechnungshof).

Abbildung 10:

**Durchschnittsalter der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung
Vergleich der obersten Bundesbehörden und zugehöriger Geschäftsbereiche
(Stichtag 30.06.2015)***



* ohne Berufs- und Zeitsoldaten/-innen und ohne Auslandsvertretungen

5.3 Analyse der Abwesenheitszeiten in der unmittelbaren Bundesverwaltung

5.3.1 Ergebnisse im Überblick

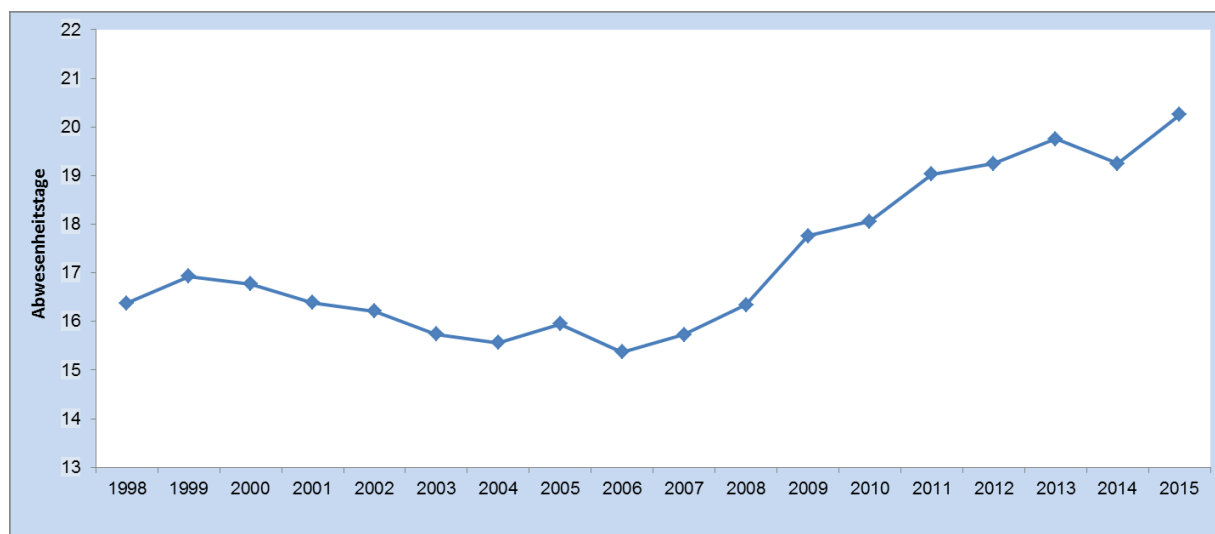
Im Jahr 2015 waren die Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung durchschnittlich an 20,25 Arbeitstagen krankheitsbedingt abwesend (2014: 19,25). Dies entspricht 8,07 Prozent der Arbeitstage eines Jahres. Gegenüber dem Vorjahr sind die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten der Beschäftigten um 1 Arbeitstag gestiegen (2014 gegenüber 2013: Rückgang um 0,5 Arbeitstage). Krankheitsbedingte Abwesenheiten sind von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, insbesondere auch soziodemografischen Einflüssen, die im Folgenden zu untersuchen sind.

5.3.2 Entwicklung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten seit 1998

Die Entwicklung des Krankenstandes in der unmittelbaren Bundesverwaltung wird seit 1998 dokumentiert (Abb. 11). In diesem Zeitraum bewegt sich die Zahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage zwischen 15,37 und 20,25 Tagen. Von 1999 bis 2004 gingen die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten zunächst kontinuierlich zurück. Nach einem leichten Anstieg im Jahr 2005 erreichte der Krankenstand 2006 seinen Tiefststand. Seitdem steigen die Abwesenheitstage je Beschäftigtem, mit Ausnahme des Jahres 2014, stetig an.

Abbildung 11:

**Entwicklung der Abwesenheitstage je Beschäftigtem
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 1998 bis 2015**

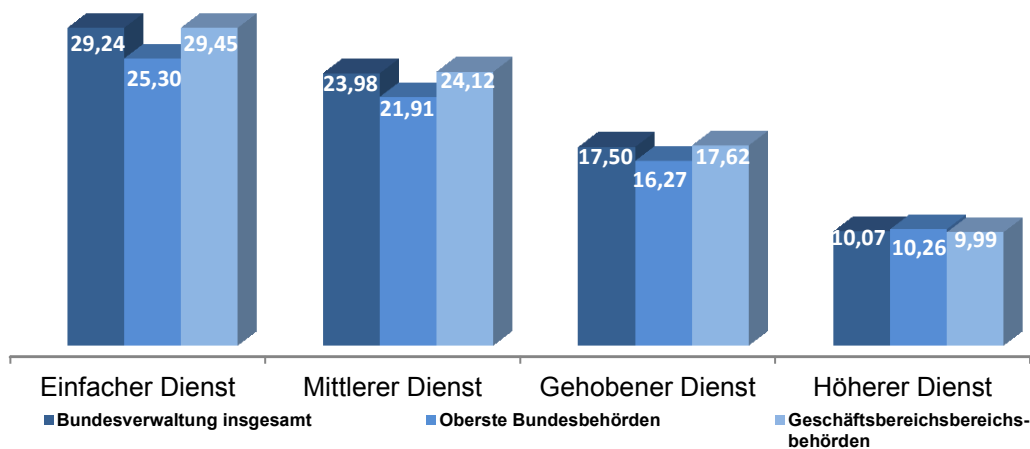


5.3.3 Analyse der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten nach Status- und Laufbahngruppen

Wie bereits in den vergangenen Jahren, nimmt die Anzahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage mit steigender beruflicher Qualifikation der Beschäftigten und dem damit verbundenen Tätigkeitsprofil ab (Abb. 12). Dieser Zusammenhang zwischen Laufbahnstruktur und Abwesenheitszeiten ist in der Literatur bekannt und zeigt sich ebenfalls in der Datenauswertung. Durchschnittlich fehlten die Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung im einfachen Dienst an 29,24, im mittleren Dienst an 23,98, im gehobenen Dienst an 17,50 und im höheren Dienst an 10,07 Arbeitstagen. Diese erheblichen Unterschiede sind sowohl in den obersten Bundesbehörden als auch in den Geschäftsbereichsbehörden zu beobachten.

Abbildung 12:

**Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Laufbahngruppen
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**



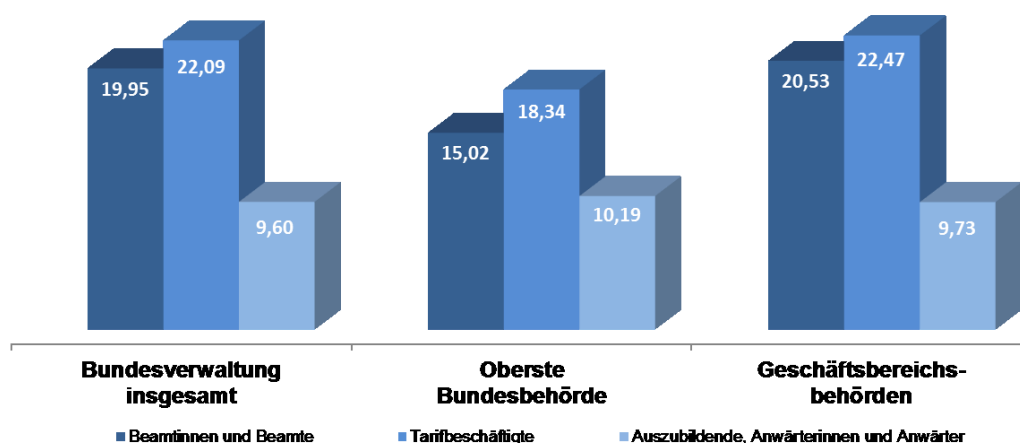
Die Anzahl der Abwesenheitstage der Beamtinnen und Beamten (Abb. 13) ist gegenüber dem Vorjahr (2014: 19,44 Tage) auf 19,95 Tage angestiegen. (2013: 19,70 Tage). Im Vergleich der Statusgruppen sind die Abwesenheitstage der Beamtinnen und Beamten mit 19,95 Tagen im Durchschnitt niedriger als die der Tarifbeschäftigten mit 22,09 Tagen.⁶

⁶ Angaben jeweils ohne Anwärterinnen und Anwärter sowie Auszubildende.

In den obersten Bundesbehörden weisen Beamtinnen und Beamte sowie Tarifbeschäftigte durchschnittlich weniger Abwesenheitstage auf als in den Geschäftsbereichsbehörden. Tarifbeschäftigte sind in den Geschäftsbereichsbehörden 1,94 Tage und in den obersten Bundesbehörden 3,32 Tage länger krank als Beamtinnen und Beamte; (Abb. 13).

Abbildung 13:

**Abwesenheitstage nach Statusgruppen
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**



5.3.4 Entwicklung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten nach Altersgruppen (2011-2015)

Aus den vergangenen Gesundheitsförderungsberichten wie auch aus anderen Untersuchungen ist der Zusammenhang zwischen der Höhe des Krankenstandes und dem Alter bekannt. Je älter die Beschäftigten sind, desto höher sind die Abwesenheitszeiten. Um die Abwesenheitszeitenentwicklung und die Ursachen in den einzelnen Laufbahngruppen spezifischer analysieren zu können, wurden in den nachfolgenden Abbildungen (Abb. 14 bis 17) für die Jahre von 2011 bis 2015 die krankheitsbedingten Abwesenheitstage pro Beschäftigtem in der unmittelbaren Bundesverwaltung zusätzlich nach Laufbahngruppen aufbereitet. Die Übersichten zeigen laufbahngruppenübergreifend, diesen Zusammenhang auch für das Jahr 2015, darüber hinaus wird deutlich, dass über alle Laufbahnen und allen Altersgruppen hinweg eine Zunahme der Fehlzeiten zu beobachten ist.

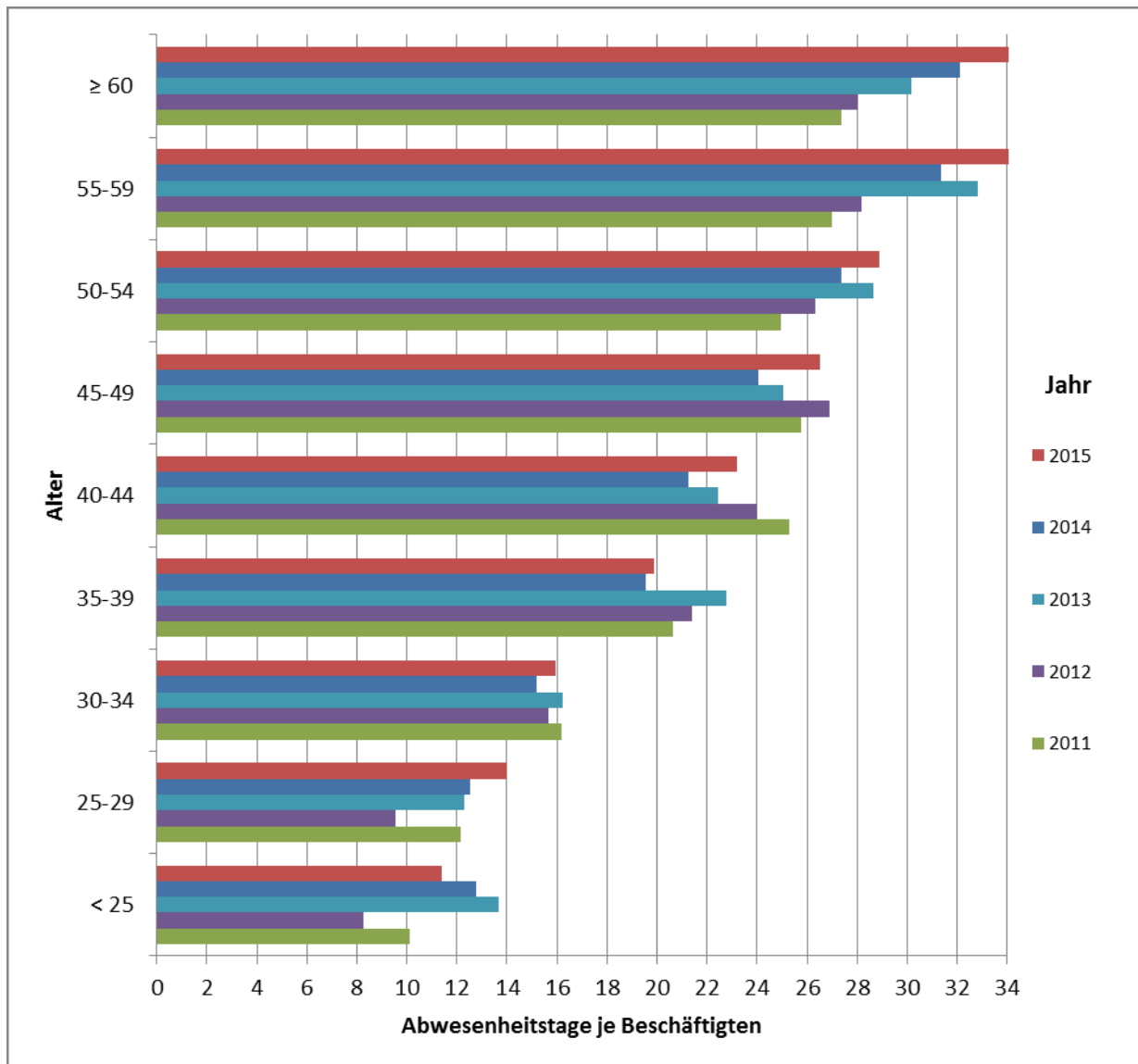
Abbildung 14:**Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Altersgruppen im einfachen Dienst
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 2011 bis 2015**

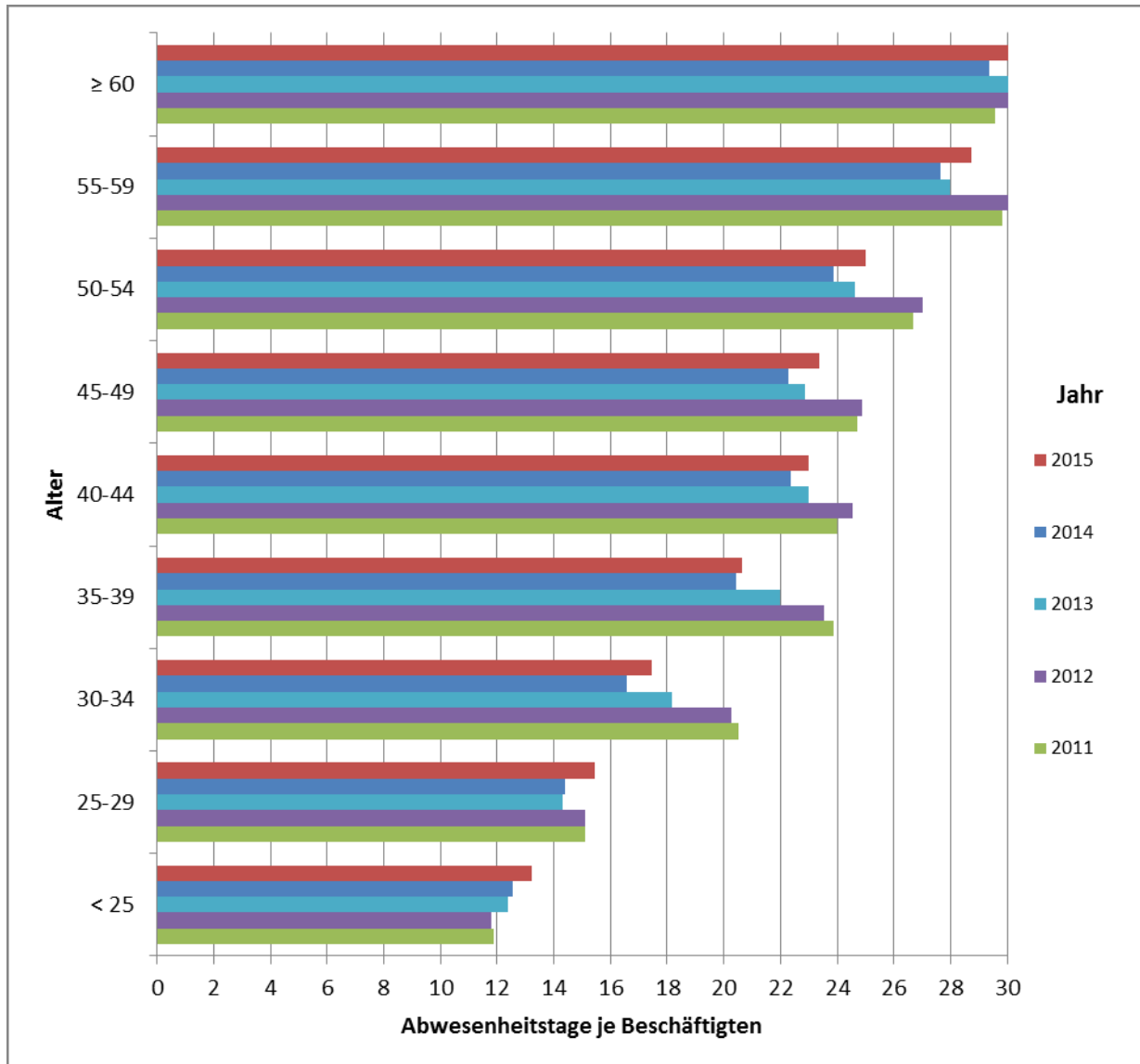
Abbildung 15:**Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Altersgruppen im mittleren Dienst
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 2011 bis 2015**

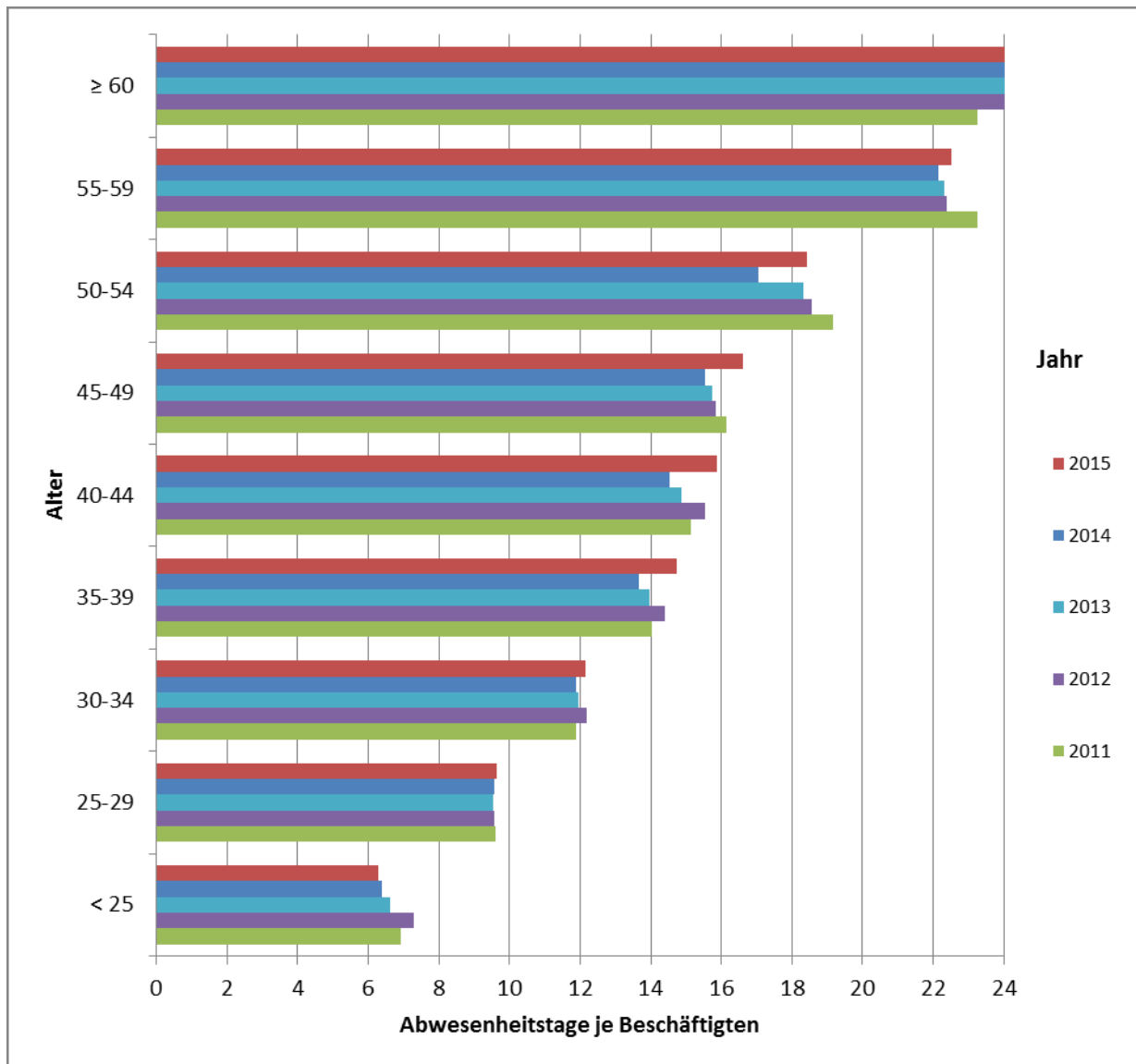
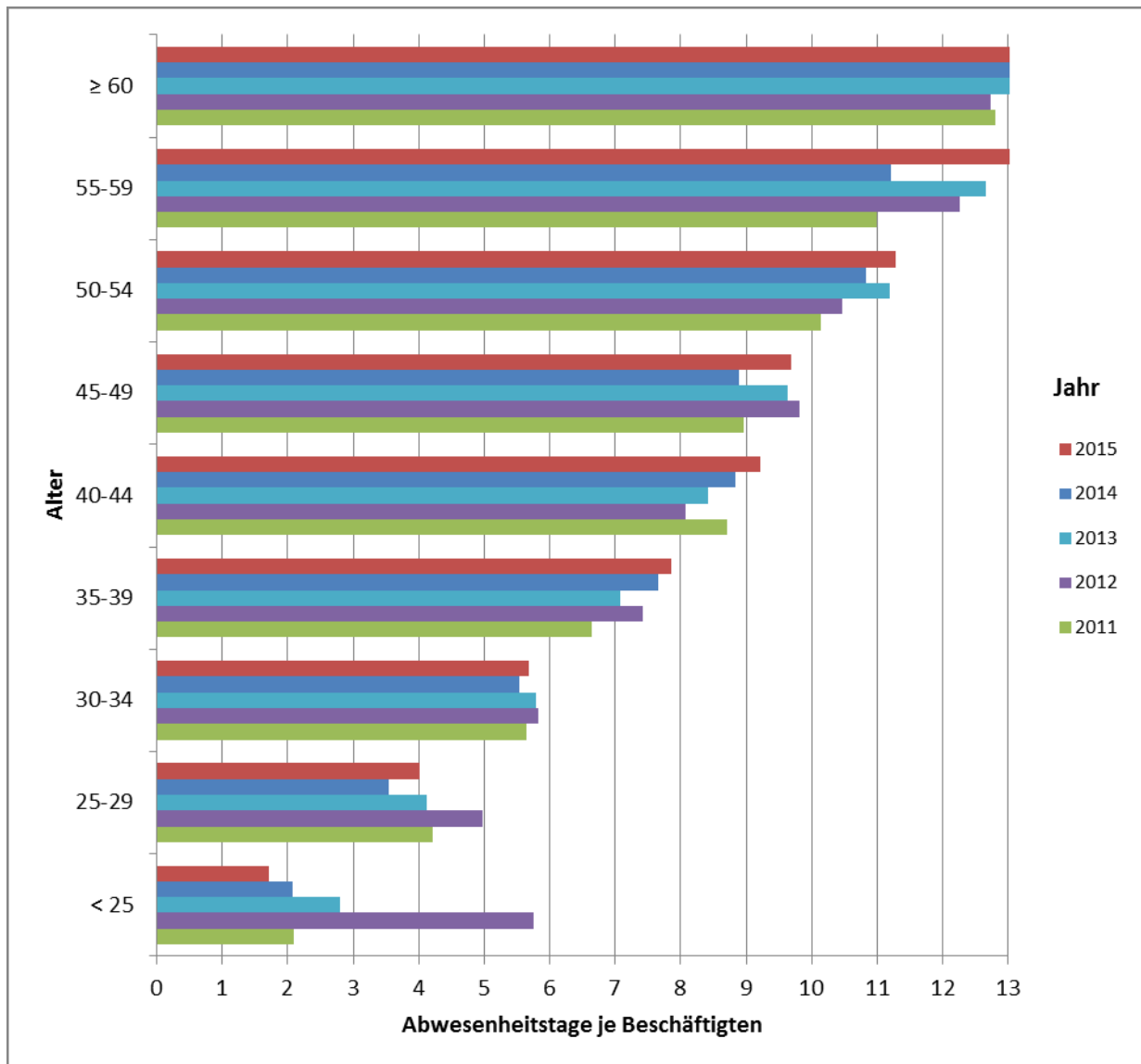
Abbildung 16:**Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Altersgruppen im gehobenen Dienst
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 2011 bis 2015**

Abbildung 17:

**Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Altersgruppen im höheren Dienst
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 2010 bis 2015**



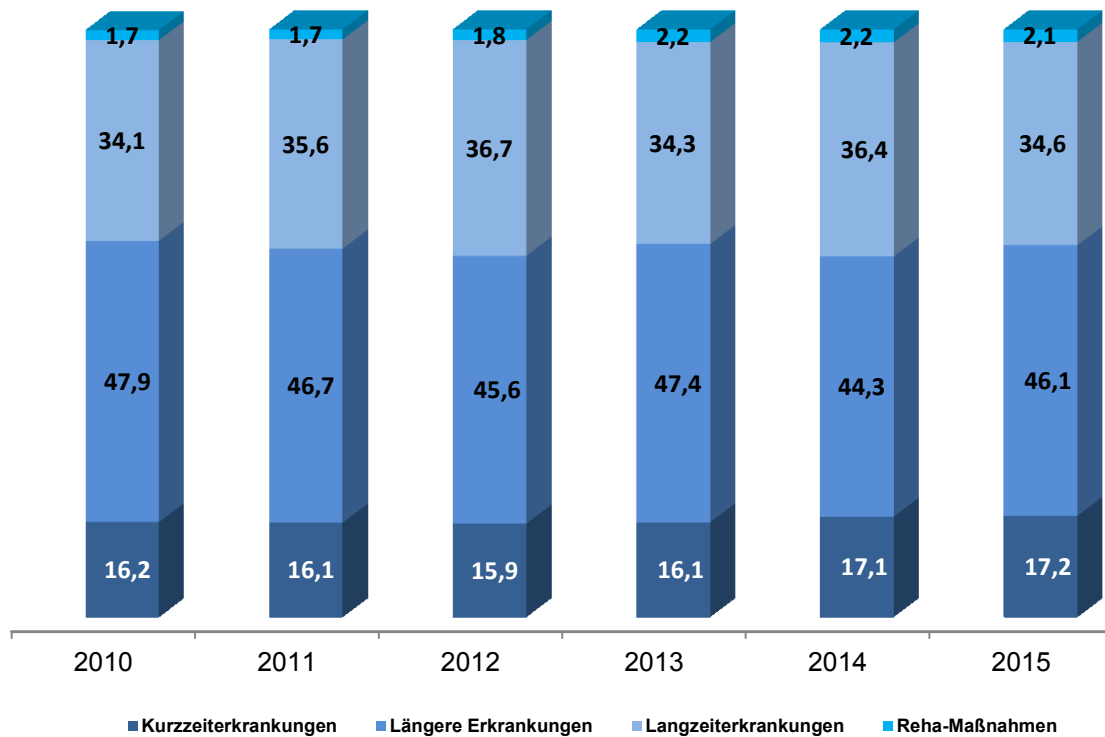
5.3.5 Abwesenheitstage nach Dauer der Erkrankung

Der Anteil der Langzeiterkrankungen an den Abwesenheiten (vgl. Abb. 18) ist 2015 prozentual leicht zurückgegangen. Prozentual und absolut haben die Abwesenheiten mit kurzer und mittlerer Dauer zugenommen. Kurze Abwesenheiten wirken sich nur in geringerem Maße auf die Statistik aus.

Im Detail: Längere Erkrankungen (4 bis 30 Tage) haben einen Anteil von 46,1 Prozent und sind im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Tage angestiegen. Langzeiterkrankungen (über 30 Tage) haben einen Anteil von 34,6 Prozent an den gesamten krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten und sind gegenüber dem Vorjahr mit 7,01 Tage weitgehend gleich geblieben. Den geringsten Anteil an den Abwesenheitszeiten haben Kurzzeiterkrankungen mit 17,02 Prozent sowie Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren) mit 2,1 Prozent aller Abwesenheitstage im Jahr 2015. Abb. 18 verdeutlicht, dass das Verhältnis zwischen Kurzzeiterkrankungen, längeren Erkrankungen, Langzeiterkrankungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Verlauf der letzten Jahre im Wesentlichen unverändert geblieben ist.

Abbildung 18:

**Entwicklung der Verteilung der Krankheitsdauer in Prozent
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 2010 bis 2015**

**Tabelle 1:**

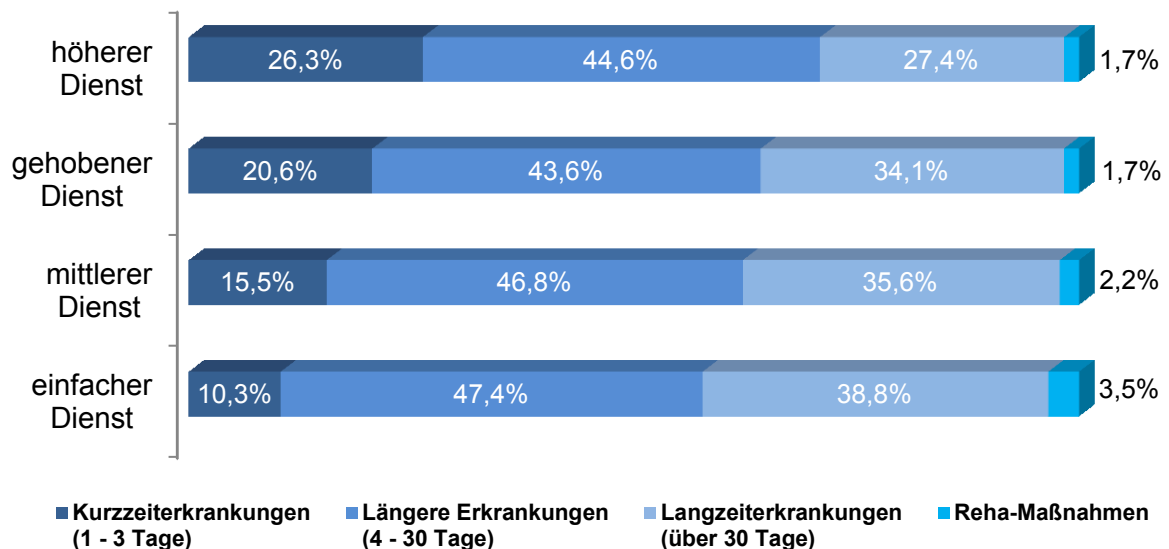
**Durchschnittliche Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Krankheitsdauer
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**

	Kurzzeit- erkrankungen (1 – 3 Tage)	Längere Erkrankungen (4 – 30 Tage)	Langzeit- erkrankungen (über 30 Tage)	Reha- Maßnahmen	Insg.
Abwesenheitstage					
Anzahl	3,49	9,33	7	0,43	20,25
Prozent	17,2	46,1	34,6	2,1	100,0

Der bekannte Einfluss der Zugehörigkeit zu Laufbahngruppen bzw. von Tätigkeitsprofilen spiegelt sich in Abb. 19 wider. Mit höherer Qualifikation sinkt der Anteil an längeren Erkrankungen. Beschäftigte im einfachen Dienst fehlen länger. Es handelt sich nicht dabei nicht nur um eine Verschiebung von prozentualen Anteilen; auch der absolute Umfang an Abwesenheitstagen nimmt zu (s. auch Abb. 14-17).

Abbildung 19:

Verteilung der Abwesenheitstage nach Krankheitsdauer und Laufbahngruppen in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015



Über alle Altersgruppen kann in Bezug auf die Statusgruppen festgestellt werden, dass Tarifbeschäftigte geringere Abwesenheitszeiten aufgrund von Langzeiterkrankungen aufwiesen als Beamtinnen und Beamte. Gleichzeitig sind die prozentualen Anteile von Erkrankungen zwischen 4 und 30 Tagen sowie von Rehabilitationsmaßnahmen bei Tarifbeschäftigten höher (Tab. 2).

Tabelle 2:

**Durchschnittliche Abwesenheitstage je Beschäftigtem
nach Krankheitsdauer und Statusgruppe
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015 in Prozent**

	Kurzzeit- erkrankungen	Längere Erkrankungen	Langzeit- erkrankungen (über 30 Tage)	Reha- Maßnahmen
Abwesenheitstage	(1 – 3 Tage)	(4 – 30 Tage)		
Beamtinnen/ Beamte	17,34	42,64	38,87	1,14
Tarifbeschäftigte	15,89	49,51	31,29	3,31

5.3.6 *Abwesenheitstage nach Geschlechtszugehörigkeit*

Eine wichtige Variable bei der Analyse der Abwesenheiten ist die Geschlechtszugehörigkeit. Diese Variable wird seit 2005 in der Auswertung des Gesundheitsförderungsberichts berücksichtigt.

Tabelle 3:

**Durchschnittliche Abwesenheitstage je Beschäftigtem
nach Krankheitsdauer und Geschlecht
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015 in Prozent**

	Kurzzeit- erkrankungen	Längere Erkrankungen	Langzeit- erkrankungen (über 30 Tage)	Reha- Maßnahmen
Abwesenheitstage	(1 – 3 Tage)	(4 – 30 Tage)		
Frauen	18,15	46,99	32,35	2,51
Männer	16,65	45,50	35,94	1,91

Die krankheitsbedingten Abwesenheitstage von Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung sind im Jahr 2015 bei den Frauen mit durchschnittlich 21,27 Abwesenheitstagen um 1,65 Tage höher als bei den Männern mit 19,62 Abwesenheitstagen (Abb. 20). Während bei Frauen öfter Kurzeiterkrankungen und längere Erkrankungen zwischen 4 und 30 Tagen vorkommen, sind Langzeiterkrankungen bei Männern häufiger als bei Frauen (Tab. 3).

Dieser Effekt wird seit der erstmaligen Erhebung wie auch über alle Laufbahn- und Altersgruppen unverändert beobachtet und findet sich auch in anderen Erhebungen. Im höheren Dienst liegt die Abwesenheit bei Frauen um 2,80 Tage, im gehobenen Dienst um 0,88 Tage, im mittleren Dienst um 0,54 Tage und im einfachen Dienst um 2,20 Tag höher als bei Männern (Abb. 21).

Abbildung 20:

**Entwicklung der Abwesenheitszeiten nach Geschlecht
in der unmittelbaren Bundesverwaltung von 2005 bis 2015**

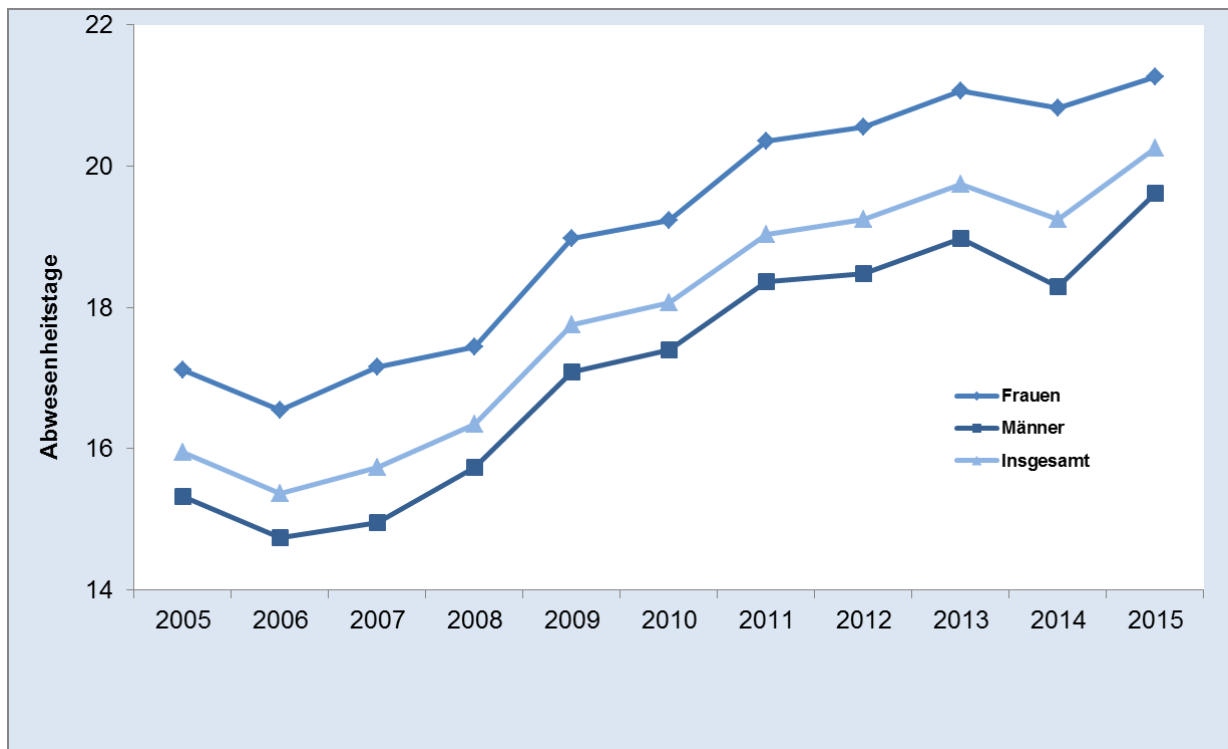
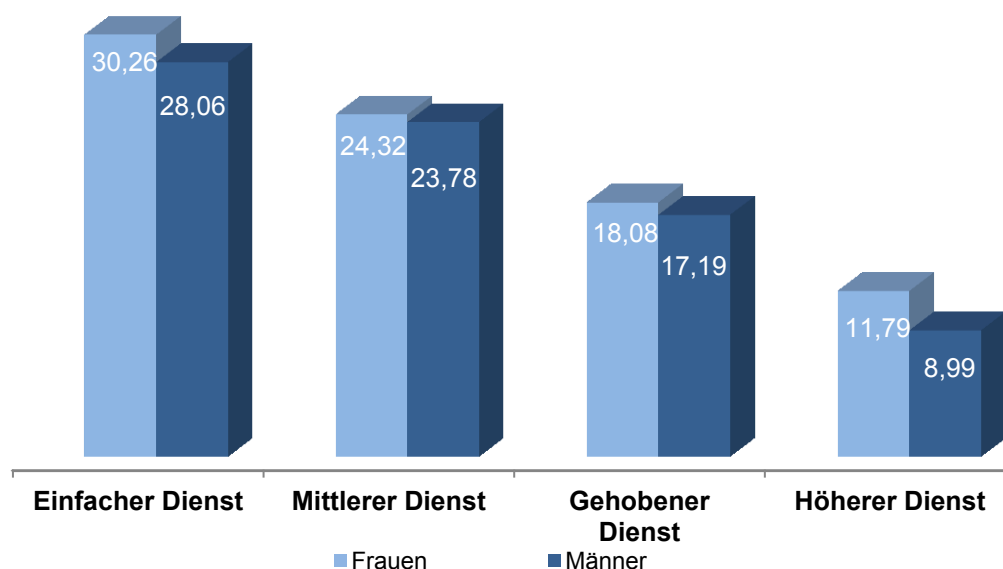


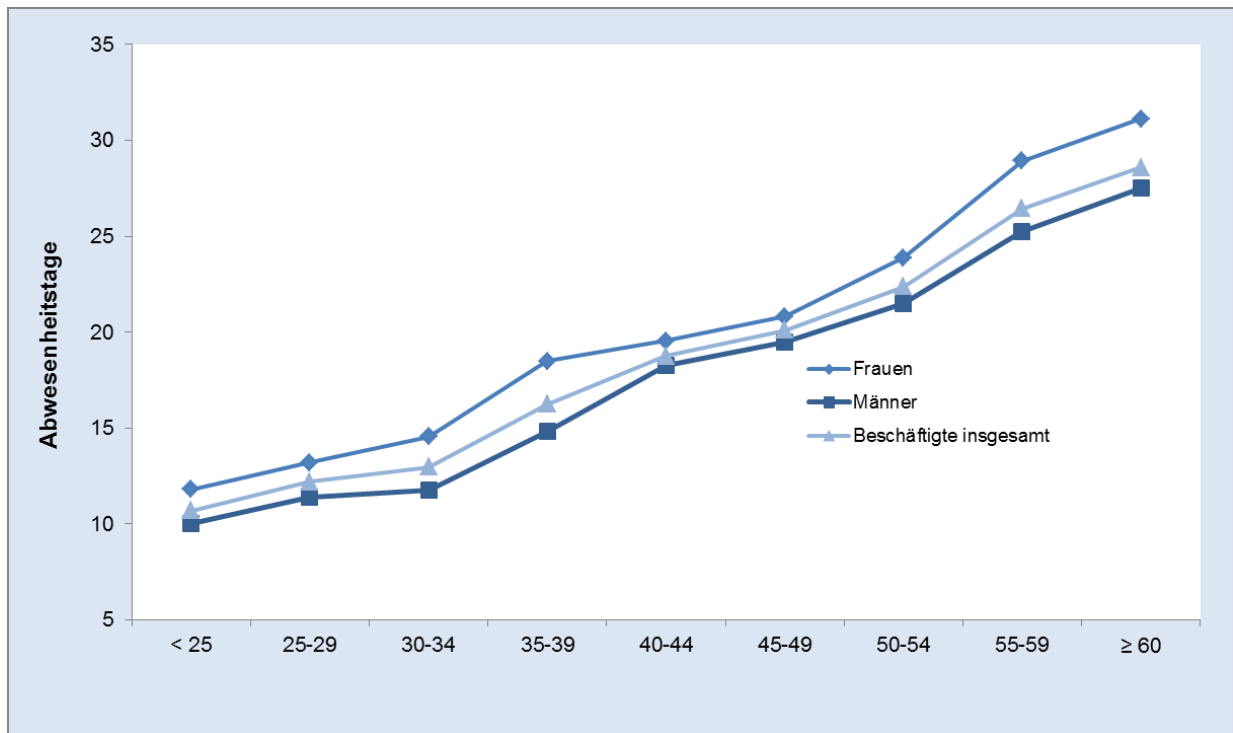
Abbildung 21:**Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach Geschlecht und Laufbahngruppen
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015****5.3.7 Abwesenheitstage nach Alter**

Die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung werden differenziert nach Altersgruppen erfasst.

Die Summe der krankheitsbedingten Abwesenheitstage der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung steigt mit zunehmendem Alter an (Abb. 22). Dieser Anstieg fällt bei Frauen und Männern in etwa gleich hoch aus.

Ältere Beschäftigte fallen bei einer Erkrankung im Durchschnitt länger aus als jüngere Kolleginnen und Kollegen. Bei steigender Zahl der Abwesenheitstage findet sich gleichzeitig ein Rückgang der Zahl der einzelnen Krankheitsfälle. Hinzu kommt, dass ältere Beschäftigte häufiger von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen sind. Auch dies kann zu längeren Ausfallzeiten beitragen.

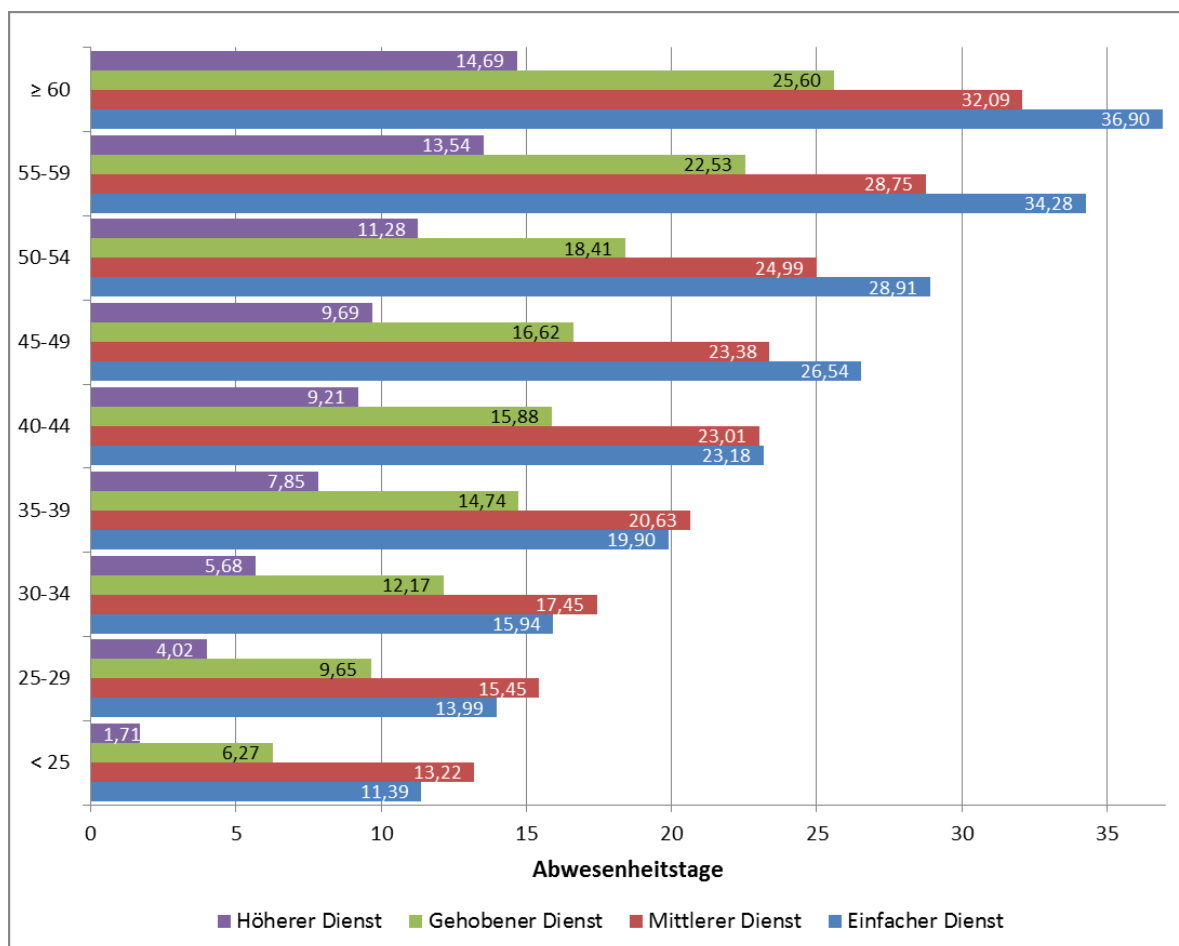
Im Jahr 2015 fehlten die über 60-jährigen Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung durchschnittlich an 28,58 Tagen. Gegenüber den unter 25-jährigen Beschäftigten (10,68 Tage) liegt der Krankenstand in der erstgenannten Altersgruppe damit um das 2,7-fache (2014: 2,5-fache) höher.

Abbildung 22:**Durchschnittliche Abwesenheit je Beschäftigtem nach Altersgruppen
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**

Die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten steigen in allen Laufbahngruppen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an (siehe Abb. 23). Der größte Unterschied zwischen den einzelnen Laufbahngruppen besteht bei den über 60jährigen. In dieser Altersgruppe weisen die Beschäftigten im höheren Dienst durchschnittlich 14,69 Abwesenheitstage und die Beschäftigten des einfachen Dienstes 36,90 Abwesenheitstage auf. Dies entspricht einer Differenz von 22,21 Tagen.

Abbildung 23:

**Durchschnittliche Abwesenheit nach Alters- und Laufbahngruppen
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**



5.3.8 Abwesenheitstage nach Behördengruppen

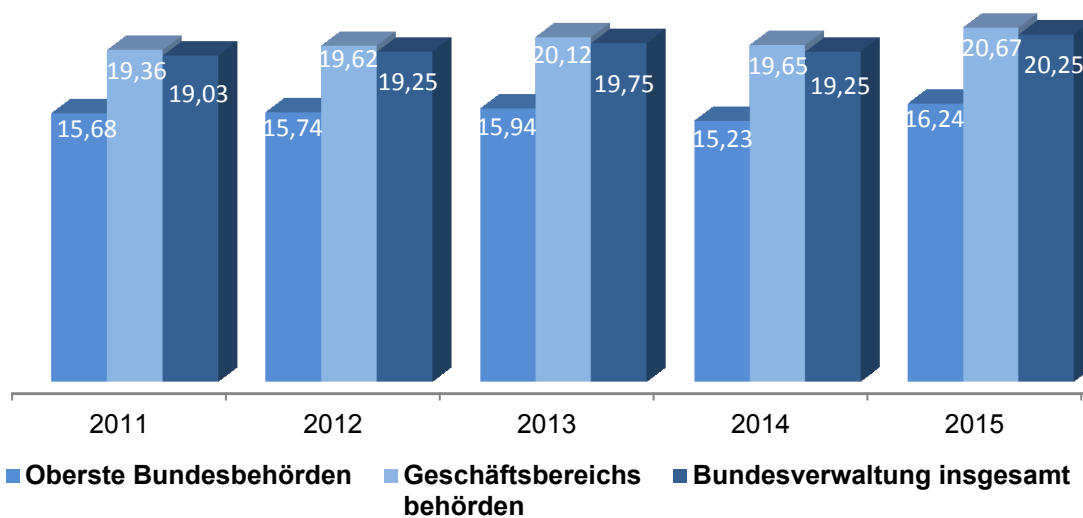
Die Zahl der durchschnittlichen krankheitsbedingten Abwesenheitstage bei Beschäftigten in Geschäftsbereichsbehörden (Abb. 24) liegt seit Beginn der Datenerhebungen über der in den obersten Bundesbehörden. Diese Tendenz setzt sich im Jahr 2015 weiter fort.

Die durchschnittliche Anzahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage je Beschäftigtem in den obersten Bundesbehörden liegt bei 16,24 und in den Geschäftsbereichsbehörden bei 20,67 Abwesenheitstagen. Damit waren im Jahr 2015 die Beschäftigten in den Geschäftsbereichsbehörden 4,43 Tage länger krankgeschrieben als die Beschäftigten der obersten Bundesbehörden. Die behördenspezifischen Un-

terschiede der soziodemografischen Einflussgrößen Alter, Geschlecht, Laufbahngruppe/Tätigkeitsprofil sind so erheblich, dass ein genereller Rückschluss nicht gezogen werden kann.

Abbildung 24:

Abwesenheitstage je Beschäftigtem nach obersten Bundesbehörden und Geschäftsbereichsbehörden in den Jahren 2011 bis 2015



5.4 Gesamtvergleich der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten in den Bundesbehörden

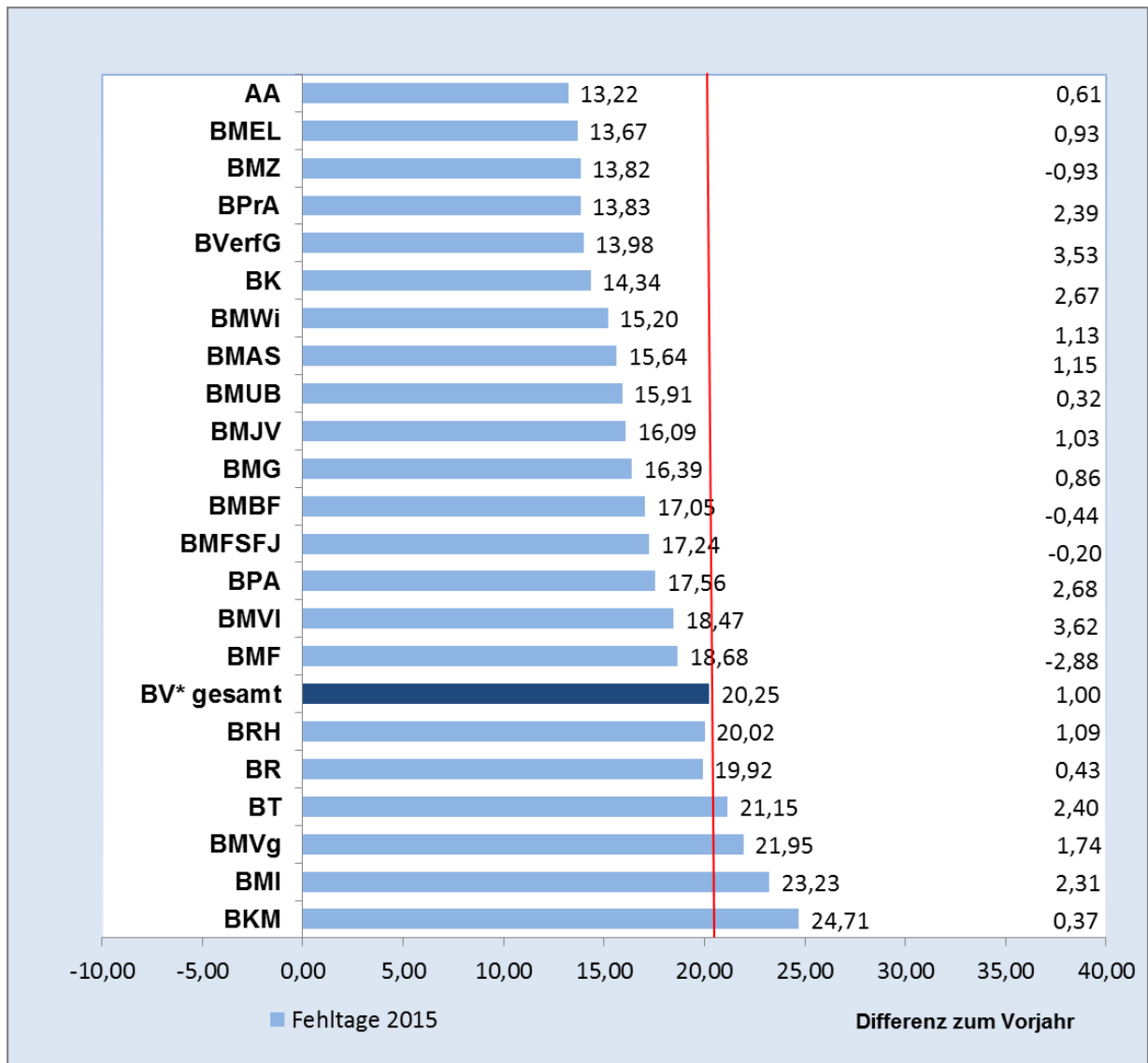
Für die einzelne Behörde bietet der Vergleich absoluter Abwesenheitszahlen eine Verlaufsbeobachtung über die Zeit. Er kann so einen Beitrag zur Weiterentwicklung des jeweiligen Gesundheitsmanagements leisten. Ein zwischenbehördlicher Vergleich ist dagegen auf der Ebene der absoluten Zahlen nur sehr begrenzt möglich, da sich die Behördenstrukturen mehr oder weniger stark hinsichtlich der soziodemografischen Faktoren unterscheiden. Diese Faktoren, insbesondere bei der Geschlechterverteilung, Alters-, Status- und Laufbahnstrukturen haben - wie gezeigt - erheblichen Einfluss auf die Abwesenheitszeiten und führen zu einer Verzerrung der Vergleichbarkeit. Dazu kommen Einflüsse durch spezielle gefahrgeneigte Tätigkeitsprofile (u.a. Vollzugstätigkeiten in Bundespolizei und Zoll) mit daraus resultierenden Dienstunfällen und Gesundheitsfolgen. Unter Vorbehalt wurde daher eine Standardisierung anhand der wesentlichen Personalstrukturdaten der Bundesbehörden vorgenommen. Im Folgenden finden sich für die jeweiligen behördenspezifischen Überlegungen sowohl ein Vergleich der Rohdaten wie auch der standardisierten Werte.

5.4.1 Vergleich der tatsächlichen Abwesenheitszeiten

Die absoluten krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten sind – im Vergleich zum Vorjahr – bei der überwiegenden Zahl der obersten Bundesbehörden und ihren Geschäftsbereichsbehörden gestiegen (Abb. 25). Die Spannweite der Abwesenheitstage reicht von 13,22 bis 24,71 Tagen. Bei 18 Bundesbehörden sind die Abwesenheitstage gestiegen, bei 4 gesunken.

Abbildung 25:

Abwesenheitstage je oberste Bundesbehörde und Geschäftsbereich im Jahr 2015



*BV = Mittelwert Abwesenheit der Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung

Bei isolierter Betrachtung der obersten Bundesbehörden (Tab. 4), ohne die zugehörigen Geschäftsbereiche, zeigt sich ein Anstieg der Abwesenheiten in fast allen obersten Bundesbehörden. Die Streuung der Abwesenheitstage bei den obersten Bundesbehörden liegt zwischen 13,45 und 21,15 Tagen. Beschäftigte in obersten Bundesbehörden waren im Durchschnitt an 16,24 Tagen krankheitsbedingt arbeitsabwesend.

Tabelle 4:

**Abwesenheitstage je oberste Bundesbehörde (ohne Geschäftsbereich)
im Jahr 2015**

Ranking	Oberste Bundesbehörde	Abwesenheitstage 2014	Abwesenheitstage 2015	Differenz zum Vorjahr
1	BMEL	12,79	13,45	0,66
2	BMG	12,37	13,58	1,21
3	AA	13,23	13,77	0,54
4	BMZ	14,75	13,82	-0,93
5	BPrA	11,44	13,83	2,39
6	BVerfG	10,45	13,98	3,53
7	BMJV	12,31	14,11	1,80
8	BK	11,67	14,34	2,67
9	BMVI	13,76	14,71	0,95
10	BKM	11,56	14,73	3,18
11	BMUB	13,19	15,42	2,23
12	BMAS	14,69	15,54	0,84
13	BMF	14,76	15,71	0,95
14	BMFSFJ	14,39	15,79	1,40
	OB* insgesamt	15,23	16,24	1,01
15	BMWi	15,17	16,28	1,11
16	BMBF	17,49	17,05	-0,44
17	BPA	14,87	17,56	2,68
18	BMI	17,73	18,16	0,42
19	BRH	16,96	18,34	1,38
20	BMVg	20,06	19,25	-0,81
21	BR	19,44	19,92	0,48
22	BT	18,75	21,15	2,40

*OB = Mittelwert der Abwesenheiten in den obersten Bundesbehörden

In den Geschäftsbereichsbehörden der unmittelbaren Bundesverwaltung (Tab. 5) stieg die Zahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage im Jahr 2015 um 1,02 Tage auf 20,67 Abwesenheitstage an. In 2 Geschäftsbereichen war eine Verringerung

der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten festzustellen; in 12 Behörden erhöhte sich der Umfang. Die Spannweite der Abwesenheitstage liegt zwischen 7,40 und 25,77 Tagen.

Tabelle 5:

**Abwesenheitstage je Geschäftsbereich (ohne oberste Bundesbehörde)
im Jahr 2015**

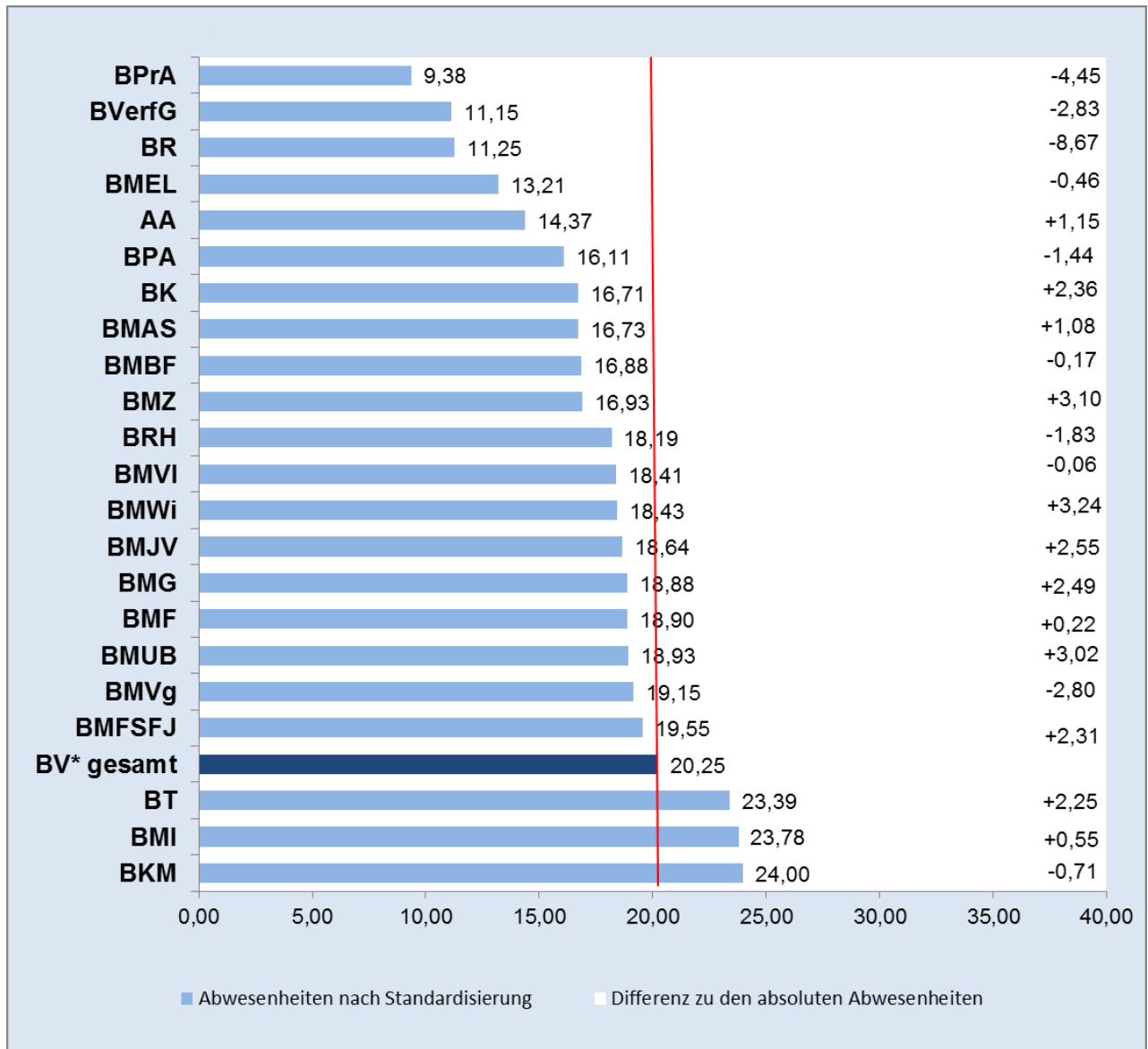
Ranking	Oberste Bundesbehörde Geschäftsbereich	Abwesenheitstage 2014	Abwesenheitstage 2015	Differenz zum Vor- jahr
1	AA	6,12	7,40	1,28
2	BMEL	12,72	13,72	1,00
3	BMWi	13,84	14,97	1,13
4	BMAS	14,37	15,73	1,37
5	BMUB	16,34	16,07	-0,27
6	BMJV	15,52	16,43	0,91
7	BMG	16,18	16,96	0,78
8	BMVI	14,92	18,71	3,80
9	BMF	21,88	18,81	-3,07
10	BMFSFJ	19,34	19,34	0,00
	GB* gesamt	19,65	20,67	1,02
11	BRH	21,91	21,91	0,00
12	BMVg	20,21	21,99	1,78
13	BMI	21,00	23,37	2,37
14	BKM	25,65	25,77	0,12

*GB = Mittelwert der Abwesenheiten in den Geschäftsbereichen; Ressorts ohne Geschäfts-
bereichsbehörden wurden nicht berücksichtigt.

5.4.2 Vergleich der Abwesenheitszeiten nach Standardisierung

Für die Darstellung eines standardisierten Vergleichs werden die absoluten Werte für die Abwesenheiten um die Auswirkungen der soziodemografischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Status- und Laufbahngruppe) bereinigt. Dazu werden die in der Erhebung über alle Behörden gefundenen Auswirkungen als Basis für die Berechnung herangezogen. Die folgende Abbildung 26 zeigt die durchschnittlichen Abwesenheitstage im Jahr 2015 im Ressortvergleich, berechnet aus dem Quotienten aus der Summe aller Abwesenheitstage und der Summe der Arbeitstage aller Beschäftigten einer Behörde. Dazu wurde die Anzahl der Arbeitstage pro Jahr mit 251 Arbeitstagen angenommen.

Durch die Standardisierung ändern sich die Werte bei den Behörden, die in ihrer Personalzusammensetzung vom soziodemografischen Mittelwert abweichen. So sinken sie in den Ressorts, die eine im Vergleich durchschnittlich ältere Belegschaft haben und in denen ein hoher Anteil der Beschäftigten im einfachen und mittleren Dienst arbeitet (z.B. BR, BMVg). Andererseits erhöhen sich die Werte in den Ressorts, in denen ein hoher Anteil von Beschäftigten im höheren Dienst arbeitet oder die Altersstruktur des Personals im Vergleich jünger ist (z.B. BMZ). Auf der Basis der Standardisierung reichen die der Abwesenheitstage in den obersten Bundesbehörden und ihren Geschäftsbereichen von 9,38 Abwesenheitstagen bis 24,00 Tagen. Der absolute Vergleichswert der unmittelbaren Bundesverwaltung beträgt 20,25 krankheitsbedingte Abwesenheitstage pro Beschäftigtem im Jahr 2015.

Abbildung 26:**Abwesenheitstage je oberste Bundesbehörde und Geschäftsbereich
(standardisiert) im Jahr 2015**

* BV=Mittelwert der Abwesenheiten in der Bundesverwaltung

5.5 Gegenüberstellung zu den Abwesenheitszeiten in der Wirtschaft

Mit dem Gesundheitsförderungsbericht stellt sich die unmittelbare Bundesverwaltung alljährlich dem Vergleich mit der Privatwirtschaft. Der Versuch eines Vergleichs setzt zumindest eine bedingte Vergleichbarkeit voraus. Er bietet dann, nach Betrachtung der unterschiedlichsten Rahmenbedingungen, die Möglichkeit, Ursachen und Lösungen herauszuarbeiten.

Die veröffentlichten Erhebungen des Krankenstands, insbesondere der Krankenkassen, folgen keinem einheitlichen Standard für die Ermittlung von krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten. Sie unterscheiden sich in der Erhebungs- und Bewertungssystematik, und sind dadurch sowohl untereinander, wie auch mit den im Gesundheitsförderungsbericht erhobenen Daten, nur bedingt vergleichbar. Auch wenn somit ein Vergleich absoluter Zahlen nur eingeschränkt möglich ist, kann zumindest ein Vergleich von Tendenzen über die Zeit erfolgen.

5.5.1 Abweichungen im Einzelnen

Konkret unterscheidet sich die Erhebungsmethodik in den folgenden Punkten:

- In der Abwesenheitszeitenstatistik des Bundes werden nur Arbeitstage ohne Wochenenden und Feiertage (im Jahresdurchschnitt 251 Tage) gezählt. Demgegenüber schließen die Abwesenheitszeitenberechnungen in der Privatwirtschaft meist auch die arbeitsfreien Tage mit ein, so dass den Berechnungen 365 Kalendertage zugrunde liegen.
- Von den gesetzlichen Krankenkassen wird ein Teil der Kurzzeiterkrankungen nicht erfasst, da für Erkrankungen von bis zu drei Tagen oft keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt werden. In der Abwesenheitszeiterhebung für die unmittelbare Bundesverwaltung sind diese Abwesenheitszeiten indes enthalten.
- Durch Rehabilitationsmaßnahmen bedingte Abwesenheitszeiten fließen in die Abwesenheitszeitenberechnung der unmittelbaren Bundesverwaltung mit ein, wohingegen die gesetzlichen Krankenversicherungen diese nicht berücksichtigen.
- Die Systematik der Datenerhebung ist sehr unterschiedlich, so z.B. auch durch unterschiedliche Stichtaglösungen. Beispielsweise gibt die GKV-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit an, wie viele GKV-Mitglieder an einem bestimmten Stichtag (der 1. eines Monats, auch Sonn- und Feiertage) eine Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegt haben. Im Gegensatz dazu basiert die Abwesenheitszeitenstatistik der unmittelbaren Bundesverwaltung auf einer Vollerhebung der krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten.

Darüber hinaus bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der soziodemografischen Daten. Variablen wie Alter, Geschlecht und Tätigkeit führen strukturbedingt zu Verzerrungen in der Vergleichbarkeit. Insbesondere das Durchschnittsalter der Beschäftigten ist im Hinblick auf Abwesenheitszeiten ein signifikanter Einflussfaktor. Ältere Menschen weisen gegenüber Jüngeren zumeist längere zusammenhängende Arbeitsunfähigkeitszeiten und mehr Krankheitstage insgesamt auf. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen eine größere Zahl von einzelnen Krankheitsfällen, die aber regelmäßig nur kurze Zeit dauern und daher einen geringeren Einfluss auf den Umfang des Krankenstands insgesamt haben.

Wie in Tab. 6 dargestellt, ist der Anteil älterer Beschäftigter in der unmittelbaren Bundesverwaltung deutlich höher als in der gesamten Erwerbsbevölkerung. Laut der Erhebung des Statistischen Bundesamtes zum Personalbestand (Stichtag: 30. Juni 2015) waren im Jahr 2015 61,3 Prozent der Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung älter als 45 Jahre. In der übrigen Erwerbsbevölkerung in Deutschland liegt demgegenüber der Anteil der über 45-Jährigen lediglich bei 48,5 Prozent. Damit ist die Altersgruppe der über 45-Jährigen im Bundesdienst um ungefähr ein Viertel größer als in der gesamten Erwerbsbevölkerung. Die 25- bis 44-Jährigen, die in der gesamten Erwerbsbevölkerung mit 41,7 Prozent die stärkste Altersgruppe bilden, machen dagegen im Bundesdienst nur 32,0 Prozent aus.⁷

Tabelle 6:

Altersstrukturen 2011 bis 2015 (jeweils in Prozent)

Altersgruppen in Jahren		2011	2012	2013	2014	2015
unter 25	Bundesverwaltung*	6,9	6,7	6,7	6,7	6,8
	Erwerbsbevölkerung**	11,3	10,7	10,4	10,1	9,7
25 – 44	Bundesverwaltung*	34,8	33,6	32,7	32,0	32,0
	Erwerbsbevölkerung**	43,8	43,1	42,4	42,0	41,7
45 – 59	Bundesverwaltung*	48,6	49,4	49,9	50,5	50,6
	Erwerbsbevölkerung**	37,7	38,3	38,6	38,8	39,1
über 60	Bundesverwaltung*	9,8	10,3	10,7	10,8	10,7
	Erwerbsbevölkerung**	7,3	7,9	8,6	9,1	9,4

* Unmittelbare Bundesverwaltung (ohne Soldaten, ohne Bundeseisenbahnvermögen und ohne Beschäftigte mit gemeldetem Dienst- oder Arbeitsort im Ausland)

** Erwerbsbevölkerung insgesamt

⁷ Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2015.

5.5.2 Gegenüberstellung zu den Ergebnissen des AOK-Fehlzeitenreports für 2015

Für eine Gegenüberstellung der krankheitsbedingten Abwesenheiten der unmittelbaren Bundesverwaltung zum Fehlzeitenreport der AOK werden die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten der AOK-Versicherten im Allgemeinen und des AOK-Bereichs „öffentliche Verwaltung“ im Besonderen herangezogen.

Damit stehen als Vergleichswerte die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten von 11,9 Millionen erwerbstätigen AOK-Versicherten zur Verfügung.⁸ Die AOK-Daten werden vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) erhoben und ausgewertet.

Im Jahr 2015 lag die Abwesenheitsquote aller erwerbstätigen AOK-Versicherten bei 5,3 Prozent. Die Abwesenheitszeiten von AOK-versicherten Erwerbstätigen in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung lagen mit 6,3 Prozent um einen Prozentpunkt höher.

Um eine annähernde Vergleichbarkeit der Abwesenheitsquote zwischen den bei der AOK versicherten Personen und der unmittelbaren Bundesverwaltung zu erreichen, wurden die hier erhobenen Daten soweit wie möglich aufbereitet. Dies orientiert sich an den demografischen Rahmenbedingungen und den Erhebungsstandards der AOK-Erhebung. Bei der sog. Altersstandardisierung werden die Einflüsse der unterschiedlichen Altersstrukturen der unmittelbaren Bundesverwaltung und der Erwerbsbevölkerung soweit möglich rechnerisch ausgeblendet sowie die Parameter der Abwesenheitszeiterhebung in Grundzügen angeglichen. Insbesondere wurde berücksichtigt, dass die AOK in ihrer Statistik die Abwesenheitszeiten aufgrund von Rehabilitationsmaßnahmen nicht erfasst. Auch ein Teil der Kurzzeiterkrankungen sind im AOK-Fehlzeitenreport nicht berücksichtigt, da einige Arbeitgeber die Vorlage eines ärztlichen Attests erst ab dem dritten Krankheitstag verlangen. Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen am Stück fließen daher mangels Attests der Krankenkasse nicht in die AOK-Auswertung ein.

Um die vorgenannten Einflüsse der unterschiedlichen Erhebungsstrategie soweit wie möglich statistisch auszugleichen, werden von den durchschnittlich 20,25 Abwesenheitstagen der Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015 die Abwesenheitszeiten aufgrund von Rehabilitationsmaßnahmen (0,43 Abwesenheitstage für 2015) und pauschal 50 Prozent der Kurzzeiterkrankungen (1,74 Abwesenheitstage für 2015) abgezogen. Die auf dieser Basis bereinigte Abwesenheitsquote

⁸ Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2016; Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen; 1. Aufl. 2016, S. 328 ff.

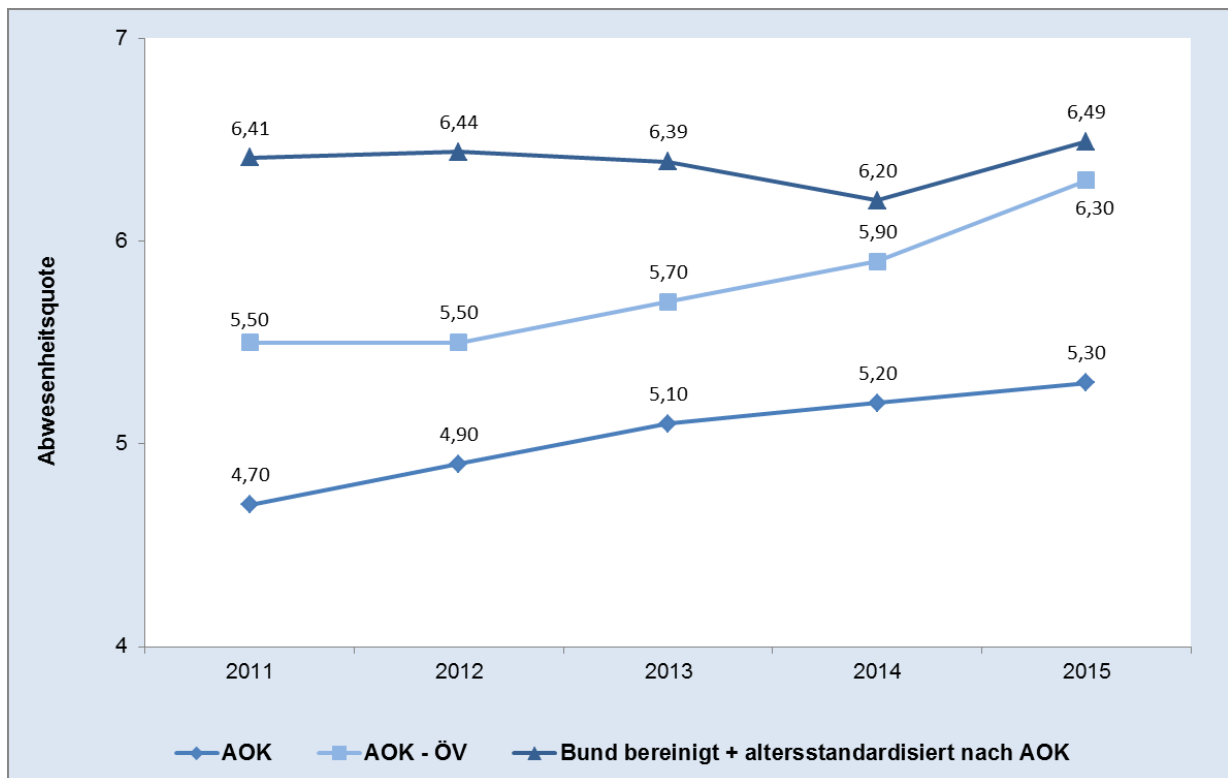
des Bundes beträgt 7,20 Prozent (18,07 Abwesenheitstage pro Beschäftigtem). In einem weiteren Schritt wird der Einfluss der Altersstruktur ausgeglichen, wobei der erhöhte Altersdurchschnitt der unmittelbaren Bundesverwaltung rechnerisch berücksichtigt wird.

Nach alledem ergibt sich für den Bund eine bereinigte und altersstandardisierte Abwesenheitsquote in Höhe von 6,49 Prozent (16,29 Abwesenheitstage). Diese Quote ist gegenüber 2014 und um 02,9 Prozent gestiegen. Deutlich wird, auch unter der Standardisierung ist ein Anstieg der Fehlzeiten in der Bundesverwaltung zu beobachten. Der kontinuierliche Rückgang der letzten Jahre wurde damit unterbrochen.

Der Bund liegt 0,19 Prozentpunkte über der Quote der krankheitsbedingten Abwesenheitstage der AOK im Bereich der öffentlichen Verwaltung und 1,19 Prozentpunkte über dem Krankenstand aller erwerbstätigen AOK-Versicherten. Die Abbildung 27 zeigt die Entwicklung der bereinigten und standardisierten Abwesenheitsquote der unmittelbaren Bundesverwaltung und des Krankenstands der erwerbstätigen AOK-Versicherten. Der Krankenstand ist in allen Bereichen angestiegen. Bei den AOK-Versicherten in der öffentlichen Verwaltung um 0,4 Prozent, im allgemeinen AOK-Trend um 0,1 Prozent. Unter Berücksichtigung der besonderen Altersstruktur der Bundesverwaltung und im Vergleich mit der Wirtschaft und der sonstigen öffentlichen Verwaltung wurde in den letzten Jahren einer stetigen Steigerung der Abwesenheitszeiten entgegengewirkt. Dieser Trend hat sich in 2015 nicht bestätigt. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob dies eine Ausnahme darstellt und sich die davor ange deutete Trendumkehr unter den gegebenen Rahmenbedingungen wieder wird erreichen lassen.

Abbildung 27:

Entwicklung der Abwesenheitsquote* der Beschäftigten der unmittelbaren Bundesverwaltung und der erwerbstätigen AOK-Versicherten (inkl. Bereich der öffentlichen Verwaltung/Sozialversicherung) von 2011 bis 2015 in Prozent



*Abwesenheitstage in Prozent der Arbeitstage bzw. Kalendertage eines Jahres

6. Arbeits- bzw. Dienstunfälle sowie Wege- bzw. Dienstwegeunfälle

Die Arbeits- und Wegeunfälle der Tarifbeschäftigten werden durch die Unfallversicherung Bund und Bahn ermittelt und wurden für den Gesundheitsförderungsbericht zur Verfügung gestellt. Die Darstellung der Arbeits- bzw. Dienstunfälle sowie der Wege- bzw. Dienstwegeunfälle von Beschäftigten im unmittelbaren Bundesdienst ergänzt und vervollständigt das Bild der Abwesenheitsstatistiken der unmittelbaren Bundesverwaltung.

Den Erhebungen liegen dabei folgende Begriffsdefinitionen zugrunde:

- Arbeitsunfall: Personenschaden eines Arbeitnehmers oder einer Arbeitnehmerin, der im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der betrieblichen Tätigkeit des Beschäftigten steht und einen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung begründet.
- Wegeunfall: Unfall, der sich auf dem Weg nach oder von dem Ort der Arbeitstätigkeit ereignet. Es muss ein innerer Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Zurücklegen des Weges gegeben sein.
- Dienstunfall: Ein auf äußerer Einwirkung beruhendes, plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmtes Ereignis, das in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten ist und einen Körperschaden verursacht (§ 31 Beamtenversorgungsgesetz). Zum Dienst zählen auch Dienstreisen sowie die Teilnahme an dienstlichen Veranstaltungen.
- Dienstwegeunfall: Dienstunfall, der sich während des Zurücklegens des mit dem Dienst zusammenhängenden Weges nach und von der Dienststelle ereignet.

6.1 Arbeits- und Wegeunfälle

Für die Gruppe der Tarifbeschäftigten und Auszubildenden in der unmittelbaren Bundesverwaltung wurden im Jahr 2015 insgesamt absolut 1.574 Arbeitsunfälle gemeldet (9,7 Prozent weniger als im Vorjahr mit 1.743 Meldungen). Diese Tendenz bildet die zunehmend sicherere Gestaltung der Arbeitsplätze und der Arbeitsumgebung ab. Überdies wurde in den vergangenen Jahren die Unterstützungsarbeit der Unfallversicherung Bund und Bahn in diesem Bereich intensiviert und zeigt erste Erfolge.

Die Zahl der Wegeunfälle ist im Jahr 2015 um 361 Meldungen auf 812 (2014: 1.173) erheblich gesunken (s. auch Abb. 28 und 29). Auf die Entwicklung der Anzahl der

Wegeunfälle hat der Arbeitgeber nur beschränkte Einflussmöglichkeiten, da diese sich im öffentlichen Raum ereignen.

Erfreulich ist der festgestellte weitere Rückgang der Arbeitsunfälle im Jahr 2015, die ein gutes Wirken der Präventionsmaßnahmen (Kampagne „Risiko raus“) unterlegt.

Abbildung 28:

**Anzahl der Arbeits- und Wegeunfälle von Tarifbeschäftigten
in der unmittelbaren Bundesverwaltung im Jahr 2015**

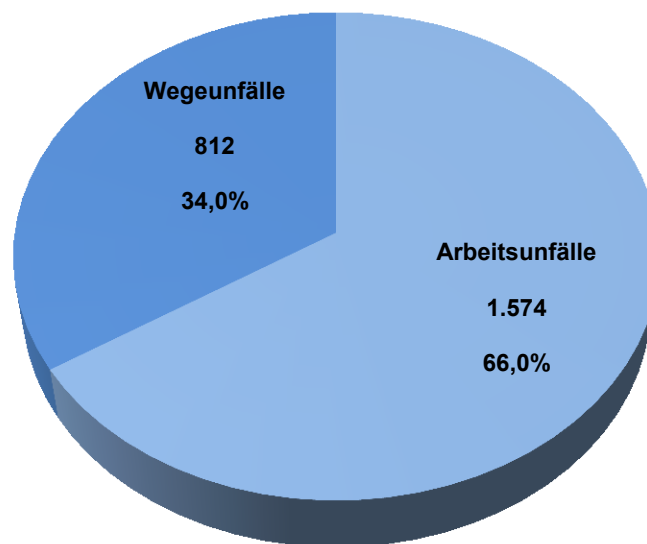
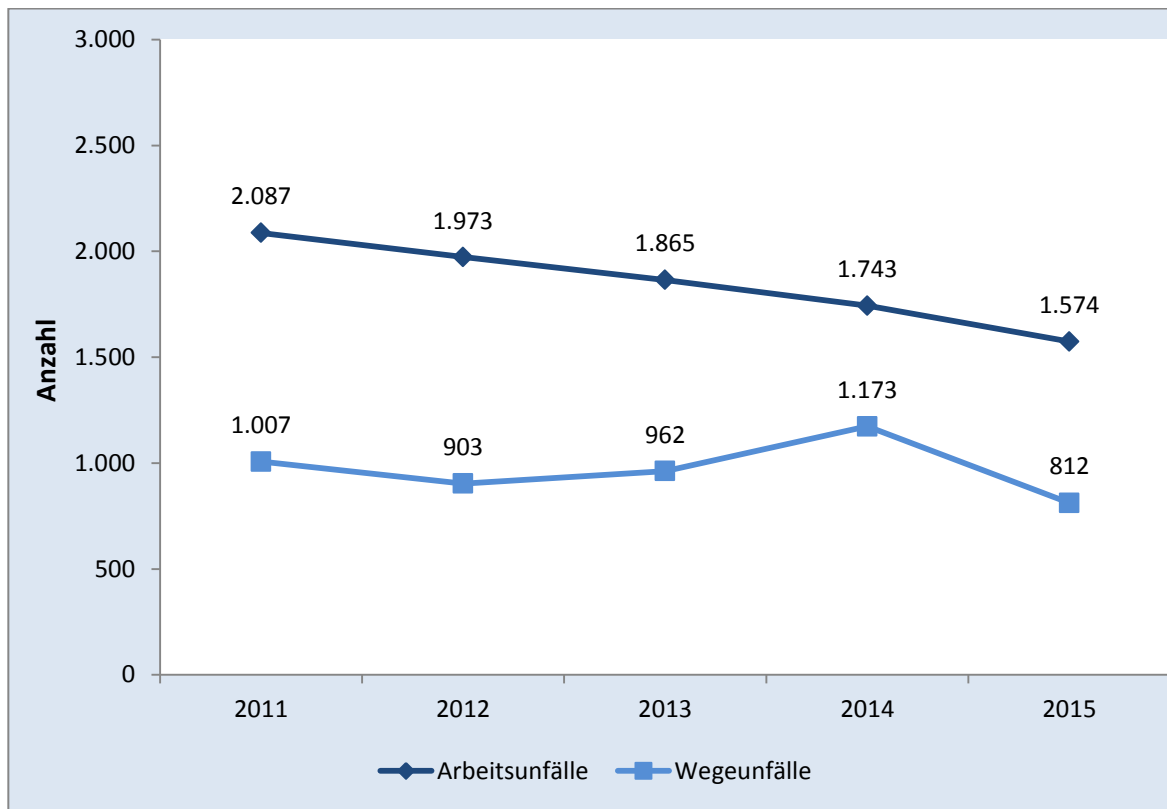


Abbildung 29:**Entwicklung der Arbeits- und Wegeunfälle von Tarifbeschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung in den Jahren 2011 bis 2015**

Quelle: Unfallversicherung Bund und Bahn

Hinweise zu den Abbildungen 28 und 29:

Die Angaben zu den Arbeitsunfällen enthalten nur meldepflichtige Unfälle von Tarifbeschäftigten und Auszubildenden, soweit sie gesetzlich unfallversichert sind. Zu den meldepflichtigen Unfällen zählen Unfälle, bei der eine versicherte Person so verletzt wird, so dass sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig ist oder durch einen Unfall getötet wird.

Tabelle 7

**Arbeits- und Wegeunfälle im Vergleich,
Ressorts einschließlich Geschäftsbereiche (2015)**

Ressort	Zahl der Versicherten	Arbeitsunfälle	Wegeunfälle
AA	2.110	15	11
BK	304	3	3
BKM	2.007	6	14
BMAS	1.402	6	11
BMBF	461	3	7
BMEL	5.563	62	36
BMF	7.273	32	59
BMFSFJ	1.220	7	13
BMG	3.011	12	16
BMI	22.836	118	102
BMJV	1.653	9	16
BMUB	3.241	9	19
BMVg	64.904	930	325
BMVI	17.653	322	119
BMWi	5.212	24	37
BMZ	1.650	7	1
BPA	331	3	3
BPrA	120	0	0
BR	102	0	2
BRH	151	0	0
BT	1.784	5	17
BVerfG	93	1	1
Gesamt	143.081	1.574	812

Quelle: Unfallversicherung Bund und Bahn

6.2 Dienst- und Dienstwegeunfälle

Unfälle von Beamtinnen und Beamten der unmittelbaren Bundesverwaltung werden seit dem Jahr 2005 gesondert durch das Bundesministerium des Innern erfasst.

Hierzu werden bei den Ressorts folgende Daten abgefragt:

- Anzahl der Beamtinnen, Beamten, Richterinnen und Richter einschließlich der Anwärtnerinnen und Anwärtner
- Anzahl der Dienst- und Dienstwegeunfälle und der Berufskrankheiten (einschließlich Verdachtsanzeigen).

Für das Jahr 2015 meldeten die Bundesressorts 2.657 Dienstunfälle und 890 Dienstwegeunfälle. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Dienstunfälle erneut um 13,5 Prozent gesunken. Die Zahl der Dienstwegeunfälle ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen um 3,5 Prozent (s. Abb. 30 und 31).

Die gemeldeten Zahlen zeigen gerade im Bereich der Polizei- und Zollvollzugsdienste infolge des Tätigkeitsbildes überdurchschnittlich viele Dienstunfälle (s. Tab. 8). Aus Dienstunfällen ergibt sich regelmäßig ein erheblicher Anteil der Abwesenheitszeiten, der sich auch in der allgemeinen Statistik spiegelt (vgl. Punkt 5. dieses Berichts). Auch unter dem Aspekt des Gesundheitsmanagements und betrieblichen Eingliederungsmanagements wird dieser Anteil in Zukunft genauer zu betrachten sein.

Aufgrund der Vielfalt der in den Ressorts erledigten Aufgaben ist eine eindimensionale Erklärung für die Entwicklung der Dienstwegeunfälle nicht ableitbar. Vielmehr unterliegen die erhobenen Zahlen jährlichen Schwankungen und sind zahlreichen Einflussfaktoren unterworfen – denkbar sind u.a. Witterungseinflüsse (z.B. lange Winter mit Schnee und Glätteis) oder Neustrukturierungen in den Behörden, die zu einer Steigerung der Anzahl der Dienstreisen führen. Der nun vorliegende Trend ist somit nicht ohne weiteres interpretierbar. Eine Ursachenanalyse bleibt den einzelnen Dienststellen vorbehalten, da weitere Angaben z.B. zur Gesamtzahl von Dienstreisen oder anderen möglicher unfallgeneigter Anlässe nur dort erhoben werden können.

Tabelle 8

**Dienst- und Dienstwegeunfälle im Vergleich,
Ressorts einschließlich Geschäftsbereiche (2015)**

Ressort	Zahl der Beamtinnen und Beamten / Richterinnen und Richter einschl. der Anwärterinnen und Anwärter	Dienstunfälle		Dienstwegeunfälle	
		Anzahl der Fälle	Ausfalltage	Anzahl der Fälle	Ausfalltage
AA	1.591	16	91	32	163
BK	338	2	1	4	5
BKM	719	3	15	9	211
BMAS	839	4	37	9	122
BMBF	613	2	3	3	45
BMEL	1.179	6	34	6	11
BMF	35.358	761	8.941	300	3.052
BMFSFJ	679	11	103	10	93
BMG	891	6	13	9	237
BMI	46.417	1.336	21.860	296	3.540
BMJV	3.306	11	31	33	324
BMUB	1.630	10	123	20	114
BMVg	24.093	375	4.424	19	212
BMVI	6.238	35	725	36	673
BMWi	4.804	66	223	71	816
BMZ	523	4	153	0	0
BPA	130	0	0	4	43
BPrA	63	1	1	0	0
BR	101	1	5	3	10
BRH	1.230	4	251	11	17
BT	1.110	3	0	13	0
BVerfG	172	0	0	2	29
Gesamt	132.024	2.657	37.034	890	9.717

Abbildung 30:

Anzahl der Dienst- und Dienstwegeunfälle der Beamtinnen und Beamten in der unmittelbaren Bundesverwaltung 2015

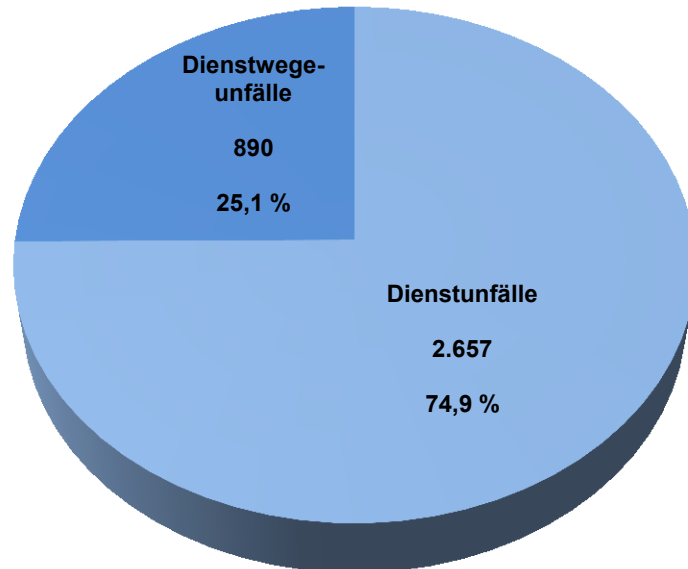
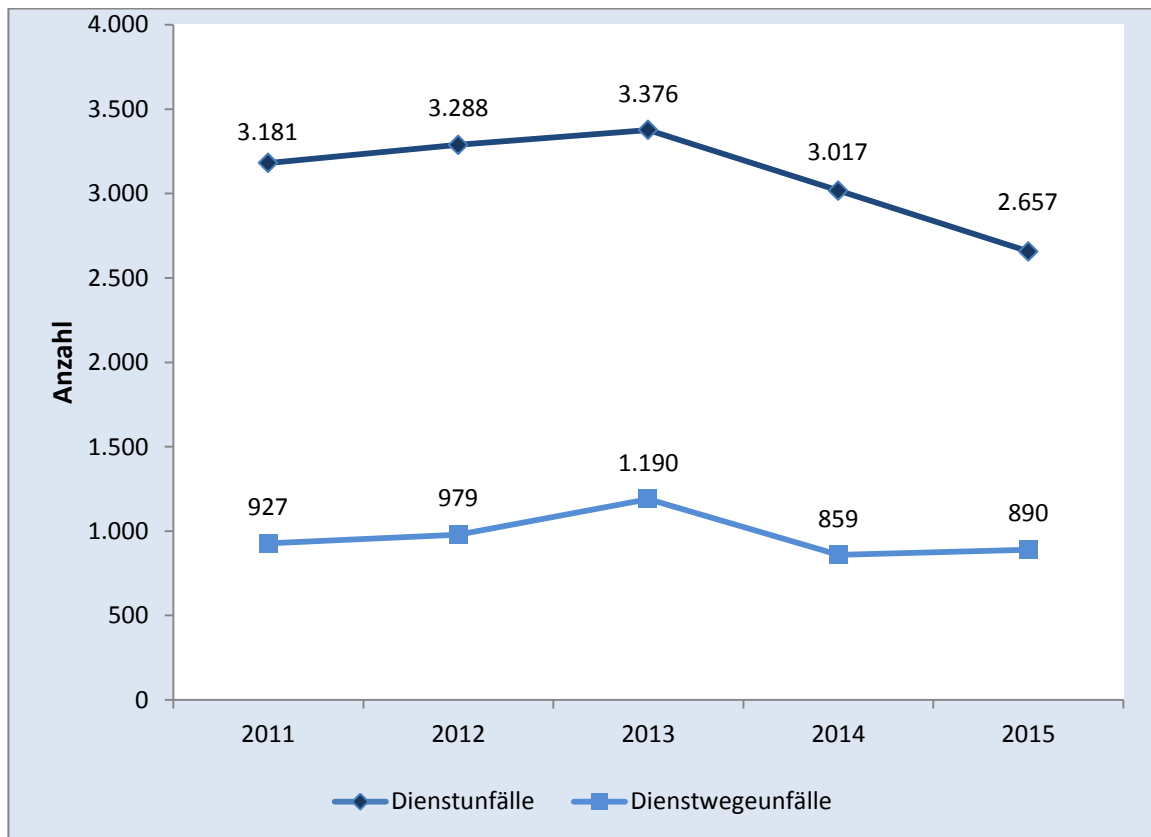


Abbildung 31:**Entwicklung der Dienst- und Dienstwegeunfälle der Beamtinnen und Beamten in der unmittelbaren Bundesverwaltung in den Jahren 2011 bis 2015**

Anhang

7. Abkürzungsverzeichnis

AA	Auswärtiges Amt
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BDS	Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BK	Bundeskanzleramt
BKM	Die Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BMUB	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit
BMVI	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BPA	Presse- und Informationsamt der Bundesregierung
BPrA	Bundespräsidialamt
BR	Bundesrat
BRH	Bundesrechnungshof
BT	Deutscher Bundestag
BV	Bundesverwaltung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BPersVG	Bundespersönlichkeitsvertretungsgesetz
FaSi	Fachkraft für Arbeitssicherheit
GB	Geschäftsbereich(sbehörde)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPR	Gemeinsamer Personalrat
HPR	Hauptpersonalrat
OB	Oberste Bundesbehörde

ÖV	Öffentliche Verwaltung
ÖPR	Örtlicher Personalrat
RAK GM	Ressortarbeitskreis Gesundheitsmanagement
sBGM	systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement
TVUmBw	Tarifvertrag über sozialverträgliche Begleitmaßnahmen im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Bundeswehr
UVB	Unfallversicherung Bund und Bahn
WIdo	Wissenschaftliches Institut der AOK

Eine stets aktuelle Liste der Bundesministerien mit ihren amtlichen Abkürzungen ist im [Internet](#) abrufbar.

8. Quellenverzeichnis

Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2016; Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen; 1. Aufl. 2016

Statistisches Bundesamt, Fachserie 14 Reihe 6, Finanzen und Steuern, Personal des öffentlichen Dienstes, Wiesbaden 2014

Statistisches Bundesamt, Dienstbericht Beschäftigte des Bundes nach Einstufungen und Altersgruppen, 2015 (nur für den Dienstgebrauch)