

Arbeitspapier **290**

290

Sebastian Brandl | Bernhard Stelzl
**Arbeitsbedingungen und
Belastungen im
öffentlichen Dienst**

Arbeitspapier Nr. 290

Sebastian Brandl / Bernhard Stelzl

**Arbeitsbedingungen und Belastungen
im öffentlichen Dienst**

Ein Überblick zum Forschungsstand und Forschungsbedarf

Brandl, Sebastian, Dr., Professor für Arbeits- und Berufssoziologie sowie Sozialpolitik an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Campus Schwerin (HdBA).
Forschungsgebiete: Wandel der Arbeitsgesellschaft/Soziale Nachhaltigkeit, Arbeit und Demografie, Arbeit in Netzwerken.

Stelzl, Bernhard, Diplom-Sozialpädagoge (FH), Diplom Politologe, in Berlin tätig als Journalist, Evaluator und Projektmanager. Themen: Arbeit, Bildung in sozialen Brennpunkten, Gesundheit und (Gewalt-)Prävention

Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon (02 11) 77 78-194
Fax (02 11) 77 78-4194
E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de

Redaktion: Dorothea Voss, Leiterin des Referats Zukunft des Sozialstaates/Sozialpolitik, Abt. Forschungsförderung

Bestell-Nr.: 11290
Produktion: Der Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, September 2013

€ 20,00

Kurzfassung

Die Studie fragt nach den arbeits- und leistungspolitischen Ursachen der Arbeitsbelastungen im Öffentlichen Dienst (ÖD). Probleme zeigen sich in überdurchschnittlichen Fehltagen und in hohen subjektiven Unzufriedenheiten mit den Arbeitsbedingungen. Hierzu wird die vorliegende neuere Literatur zur Themenstellung gesichtet. Ziel ist es, Forschungslücken zu identifizieren und weiteren Forschungsbedarf abzuleiten. Eingegrenzt wird die Analyse auf interaktionsintensive Bereiche des (ehemaligen) unmittelbaren ÖD (Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltungen, Polizei, Schulen und Kitas sowie Krankenhäuser). Als Ursachen der hohen Arbeitsbelastungen lassen sich Restrukturierungsmaßnahmen, die Personalbemessung, eine Steigerung der Arbeitsintensität, die Alterung der Beschäftigten sowie eine unzureichende Beteiligung der Beschäftigten und zu geringe Entlastungsmöglichkeiten in der Arbeit festhalten. In der Organisation der Dienststellen und der Arbeitsprozesse selbst liegt eine wesentliche Belastungsursache. Die eingesetzten Maßnahmen setzen hingegen eher am individuellen Verhalten denn an den leistungs- und organisationspolitischen Aspekten an. Als notwendig wird der Aufbau einer systematischen Belastungsberichterstattung erachtet (Trendreports). Wissensbedarf besteht beispielsweise hinsichtlich des Zusammenhangs von individuellen Teilzeitstrategien und Belastungen. Den von den arbeitspolitischen Akteuren gewählten Strategien zur Regulierung der Leistungsproblematik wäre nachzugehen. Ebenso sollten die Reaktionen der Beschäftigten darauf und generell die Ursachen der hohen subjektiven Unzufriedenheiten vertiefend untersucht werden.

Inhaltsverzeichnis

Zielsetzung und Inhalt.....	9
1 Ausgangspunkte und Eingrenzung.....	11
1.2 Subjektivierte Leistungspolitik als Ausgangspunkt für Belastungen.....	11
1.2 Belastungsdimensionen interaktiver Arbeit	12
1.3 Gesundheit und Belastungen/Verhaltens- und Verhältnis-orientierung.....	15
1.4 Eingrenzung und Vorgehen.....	17
2 Übergreifende Aspekte des Wandels der Arbeits- und Gesundheitsbedingungen im öffentlichen Dienst.....	21
2.1 Der Staat als (ehemaliger) Vorzeigearbeitgeber	21
2.2 Beschäftigungsentwicklung und Alterung der Belegschaft.....	29
2.3 Modernisierung und Leistungsentgelte.....	34
2.4 Gesundheit im öffentlichen Dienst.....	39
3 Leistungsbedingungen und Gesundheit in fünf Beschäftigungsfeldern ..	47
3.1 Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltungen.....	47
3.1.1 Bundesverwaltung: Überdurchschnittliche Fehlzeiten	47
3.1.2 Landesverwaltungen: Föderaler Wettbewerb?	48
3.1.3 Kommunalverwaltungen.....	52
3.1.4 Maßnahmen und Ressourcen	53
3.1.5 Zeitverzögerung zwischen Diagnose und Behandlung	54
3.2 Polizei: Belastungen wiegen schwer	54
3.3 Schulen/Lehrerinnen und Lehrer: Hohe psychische Belastung.....	59
3.4 Kitas/Erzieherinnen und Erzieher: keine vorbildlichen Arbeitsbedingungen	62
3.5 Arbeitsbedingungen und Gesundheit in Krankenhäusern	66
3.5.1 Privatisierung und marktwirtschaftlicher Druck.....	67
3.5.2 Belastungen in Krankenhäusern.....	70
3.5.3 Maßnahmen.....	73
4 Zusammenfassung der Belastungsursachen.....	75
5 Weiterführende Forschungsfelder	85
5.1 Arbeitsbedingungen und Akteurshandeln	85
5.2 Ursachen und Folgen hoher subjektiver Unzufriedenheiten	90
6 Literatur.....	95
7 Anhang.....	107
Über die Hans-Böckler-Stiftung	109

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Dimensionen der Arbeitsplatzqualität der EU und ihre Operationalisierung durch Ellguth/Kohaut	23
Tab. 2: Beschäftigte im ÖD nach Beschäftigungsverhältnis und Bereich im Jahr 2010	29
Tab. 3: Beschäftigungsentwicklung im ÖD	31
Tab. 4: Altersgruppen der Beschäftigten (Bund, Länder, Gemeinden)	32
Tab. 5: Effekte der leistungsorientierten Bezahlung	36
Tab. 6: Mit der Einführung von Leistungsentgelten verbundene Ziele der Arbeitgeber und Personalräte	37
Tab. 7: Ursachen steigender Leistungsanforderungen (in %)	38
Tab. 8: Arbeitsanforderungen im ÖD und Gesamt.....	39
Tab. 9: Überdurchschnittliche Anforderungen in drei Wirtschaftszweigen .	40
Tab. 10: Psychische Anforderungen in Betrieben mit und ohne Umstrukturierungen (in %).....	43
Tab. 11: Beispielhafte gesundheitliche Beschwerden in Betrieben mit/ohne Umstrukturierungen.....	43
Tab. 12: Negative/positive Spitzenbewertungen in sechs Liegenschaftsbetrieben.....	49

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Pathogenese – Salutogenese, Person – Organisation.....	16
Abb. 2: Indexpunkte der Arbeitsdimensionen im öffentlichen Dienst.....	28
Abb. 3: Häufig genannte Gründe für Zeit- und Termindruck	45
Abb. 4: Belastungsfaktoren im Polizeidienst	56
Abb. A1: Interaktionsarbeit nach Wirtschaftszweigen.....	107
Abb. A2: Teilindizes des DGB-Index Gute Arbeit.....	108

Zielsetzung und Inhalt

Ein aktueller Fokus der arbeitssoziologischen Belastungsforschung liegt auf dem Subjektivierungsdiskurs. Danach entspringen Belastungen wesentlich den steigenden Anforderungen an subjektive (Mehr-)Leistungen in zeitlicher, arbeitsinhaltlicher sowie qualifikatorischer Hinsicht, resultierend aus dem mit neuen Rationalisierungsmustern einhergehenden Wandel der Arbeits- und Leistungsbedingungen. Entsprechend fragen die Autoren der hier vorgelegten Literaturstudie nach den Veränderungen der Arbeits- und Leistungsbedingungen im öffentlichen Dienst (ÖD) und den damit einhergehenden Belastungen für die Beschäftigten.

Den Anlass für die Studie liefern die im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen meist überdurchschnittlichen Werte der Belastungsindikatoren im ÖD. Während der Durchschnitt der AOK-Versicherten im Jahr 2011 einen Krankenstand von 4,7 % bzw. elf Fehltagen erreichte, lag der Sektor „Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung“ mit 5,5 % fast an der Spitze, nur übertroffen von der Branche „Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau“ mit 5,6 %. Mit 3,3 % war der Krankenstand in der Branche „Banken und Versicherungen“ am geringsten (Wido 2012). Beispielhaft weist die Bundesverwaltung im Jahr 2009 mit 15,24 (bereinigten) Fehltagen pro Jahr eine um 1,27 % höhere Fehlzeitenquote aus als die Gesamtheit der erwerbstätigen AOK-Versicherten (6,07 % gegenüber 4,8 %; BMI 2010: 67f.). Auch steigen die krankheitsbedingten Fehltagelänge in der Bundesverwaltung seit Jahren an, nämlich von 15,73 Tagen im Jahr 2007 auf 19,03 Tage im Jahr 2011, allerdings gibt es 2011 durchgehend deutliche Differenzen zwischen den obersten Bundesbehörden mit 15,68 Tagen und den Geschäftsbereichsbehörden mit 19,36 Tagen (BMI 2012d: 56f.). Diese nicht neue Entwicklung hat zu verschiedenen Initiativen und Maßnahmen geführt. Zumindest mit Blick auf die Bundesverwaltung zeichnet sich jedoch ab, dass die bisher getroffenen Regelungen zur Eindämmung der Probleme in den Augen der beteiligten Akteure unzureichend sind (Köppl 2011).

Die Ausgangspunkte für die Aufarbeitung des Wissensstands werden im nachfolgenden Kapitel dargelegt. Matuschek (2010) hat eine Analyse zur betrieblichen Leistungspolitik vorgelegt. Er bilanziert über alle Branchen einschließlich des ÖD hinweg, dass im letzten Jahrzehnt eine leistungspolitisch verstärkte Subjektivierung der Arbeit stattgefunden hat. Infolge dieser Entwicklungen erwartet Matuschek einen Anstieg der Belastungen (ebd.: 123). Eine Verknüpfung seiner Ergebnisse mit den Analysen zur Belastungsentwicklung im ÖD nimmt er nicht vor. Diese Argumentation dient in Kapitel 1.1 als inhaltlicher Ausgangspunkt für die weitere Untersuchung. Da große Beschäftigungsbereiche des ÖD klienten-, kunden- oder bürgerorientiert sind und sich vom industriellen Arbeitstypus unterscheiden, wird der Ansatz interaktiver Arbeit („Koproduktion mit dem Kunden“) als spezifische Form subjektivierter Arbeit und Arbeitsbelastung dargelegt und als Auswahlkriterium für die näher zu betrachtenden

Beschäftigungsbereiche des ÖD verwendet (Kap. 1.2). Die neuere Konzeptualisierung von Gesundheit und Belastungen und insbesondere die Differenzierung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen wird in Kapitel 1.3 in der notwendigen Kürze beschrieben. Die eigene Vorgehensweise und Eingrenzung wird im Kapitel 1.4 ausgeführt. Vor der Darstellung ausgewählter Beschäftigungsbereiche des ÖD in Kapitel 3 wird in Kapitel 2 auf übergreifende leistungs- und gesundheitspolitisch relevante Entwicklungen des ÖD eingegangen. Für die Darstellung dieser übergreifenden und beschäftigungsfeldspezifischen Befunde werden neuere Quellen ausgewertet, die Belastungen thematisieren und einen Bezug zu den arbeitsorganisatorischen Feldern herstellen. Dabei wird danach gefragt, welche arbeits- und leistungspolitischen Ursachen der Belastungszunahme zugrunde liegen. Ebenfalls wird nach Maßnahmen zur Belastungsreduktion, deren Verbreitung und ihren Wirkungsbarrieren gefragt. In den beiden abschließenden Kapiteln spiegelt sich die Zielsetzung der Studie, einen Überblick über den Forschungsstand darzustellen (Kap. 4) und daraus weiteren Forschungsbedarf (Kap. 5) zum Zusammenhang von Arbeits- und Leistungspolitik und Gesundheit im ÖD abzuleiten. Daneben sollen die Ergebnisse auch den Akteuren betrieblicher Arbeits-, Leistungs-, Personal- und Gesundheitspolitik zur Orientierung dienen.

1 Ausgangspunkte und Eingrenzung

1.2 Subjektivierte Leistungspolitik als Ausgangspunkt für Belastungen

In der Arbeitssoziologie wird seit Jahren ein Wandel der Erwerbsarbeit diagnostiziert. Zentral hierbei ist die Feststellung der Subjektivierung der Arbeit (Kleemann/Voß 2010: 431ff.). Subjektivierung wird dabei vor allem als neue Logik der Rationalisierung begriffen (ebd.: 435). Rationalisierung bedeutet eine Veränderung der Leistungspolitik. Rationalisierungsmuster und Leistungspolitik konvergieren im privaten und öffentlichen Beschäftigungssektor, so zentrale Ergebnisse einer Studie von Matuschek (2010: 118, 123), und die Subjektivierung von Arbeit prägt in starkem Maße die Arbeitsbedingungen in beiden Sektoren. Im ÖD ist dies eine Folge der Verbreitung neuer Steuerungsmodelle und Reorganisationsprozesse. Die dadurch ausgelösten arbeits- und leistungspolitischen Veränderungen bleiben bei den beschäftigten Menschen nicht folgenlos (ebd.: 118).

Der Kern subjektivierter Leistungspolitik liegt in der über die eigentliche Arbeitsaufgabe hinausgehenden Zuweisung von Tätigkeiten. Diese Anforderung ist, so Matuschek, branchenübergreifend im letzten Jahrzehnt zur Normalität geworden. Über die für ihre Tätigkeit erforderlichen Qualifikationen hinaus werden von den Beschäftigten personale Kompetenzen gefordert, um ihre neuen Aufgaben zu bewältigen. Sofern sie sie nicht mitbringen, sind die Beschäftigten aufgefordert, sich diese Fähigkeiten anzueignen. Subjektivierung der Arbeit ist somit eng mit der Entgrenzung von (Erwerbs-) Arbeit und Leben verbunden. Mit Flexibilisierung, Unsicherheit und Informatisierung werden weitere damit verknüpfte Prozesse beschrieben; ferner werden Teile des Entgelts fast überall variabilisiert (im ÖD mit der Einführung der leistungsabhängigen Bezahlung im TVöD). Durch die Informatisierung der Arbeit werden viele Arbeitsschritte bzw. Arbeitsleistungen durch Kennziffern kontrollierbar. Außerdem werden Arbeitszeiten und Beschäftigungsverhältnisse flexibler. Daraus leitet sich eine zunehmende Unsicherheit der betroffenen Beschäftigten ab, insbesondere in erwerbsbiografischer Hinsicht (Matuschek 2010: 123).

Subjektivierte Leistungspolitik setzt somit auf eine intensivere Nutzung menschlicher Potenziale durch eine entsprechend gestaltete Arbeitsorganisation (ebd.: 124). Ausdruck hierfür sind steigende Arbeits- und Leistungsanforderungen, eine Zunahme der tariflichen und tatsächlichen Arbeitszeiten, Reorganisationsmaßnahmen bei gleichzeitigem Personalabbau, die unzureichende Qualifikation des verbleibenden Personals für oftmals über die Kernaufgaben hinausgehende Anforderungen. Die Lücken im Arbeitsalltag müssen dann durch subjektive Mehrleistungen geschlossen werden (ebd.: 64ff.). Infolgedessen ist ein Anstieg der Belastungen naheliegend. Zugleich gefährdet die Entgrenzung und Intensivierung der Erwerbsarbeit gleichstellungspolitische Ziele

insbesondere dort, wo der Verfügungsanspruch mit Verpflichtungen im privaten Bereich (Stichwort „Sorgearbeit“) kollidiert (Matuschek 2010: 123).

Die von Matuschek vorgelegten Ergebnisse sind zu vertiefen. Sein Fokus liegt auf leistungspolitischen Prozessen, nicht auf deren gesundheitlichen Folgen. In der Literatur sind viele Hinweise zu finden, die seine Befunde in Bezug auf zunehmende Belastungen stützen. Die erzwungene Subjektivierung der Arbeit gilt als eine gewichtige Ursache der Überlastungsphänomene, wie sie sich etwa im Diskurs um Burnout zuspitzen (siehe aktuelle Zahlen hierzu WiDO 2012). Erzwungen meint, dass die zeitlichen, fachlichen, qualifikatorischen Lücken im Arbeitsvollzug zunehmend durch die Beschäftigten zu schließen sind, diese dabei aber an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stoßen. Verstärkt wird diese Belastungszunahme durch eine sich im Subjektivierungskontext wandelnde Anerkennungsproblematik. Eine ambivalente Anerkennung resultiert danach, weil einerseits nunmehr messbar, immer stärker aus der Sichtbarkeit der eigenen Arbeit (vgl. Voswinkel 2010). Andererseits werden die geforderten persönlichen Kompetenzen und subjektiven Leistungen, die erbracht werden, um arbeitsfähig zu sein bzw. die eigene Kernaufgabe zu erledigen, hingegen oftmals nicht gesehen, bewertet und anerkannt (vgl. Nies/Kratzer 2011: 163f.). Im ÖD resultiert Anerkennung nicht nur aus dem direkten Kontakt mit Vorgesetzten oder Bürgern, sondern auch aus dem öffentlichen Diskurs um eine zureichend reformfähige und effiziente öffentliche Verwaltung.

Subjektivierung ist jedoch nicht nur negativ zu deuten. Subjektivierung wurde lange verstanden als eine Form der Stärkung des Einzelnen in seinen Handlungsoptionen. Subjektivierung im Sinne der Zunahme von Entscheidungsspielräumen galt gegenüber monotonen, repetitiven und entscheidungsarmen Tätigkeiten als Entlastungsfaktor (siehe hierzu und zur ambivalenten, belastenden Seite von Partizipation Striewe/Schweiring 2011). Jedoch können sich Selbststeuerung und Partizipation auch als Zwang zu Planung und Entscheidung erweisen sowie als Belastung in zeitlich restriktiver Arbeitsumgebung (ebd.). Kriterien humaner Arbeit können also in veränderten Kontexten zu neuen Quellen von Belastungen werden (Böhle 2010b: 465). Folgt man jedoch dem Ansatz der Stärkung des Einzelnen, dann kann eine subjektivierte Leistungspolitik auch Rückschlüsse auf entlastende Formen der Arbeitsgestaltung und ggf. individuelle Voraussetzungen zulassen (vgl. Richter/Pohlandt 2009).

1.2 Belastungsdimensionen interaktiver Arbeit

Subjektivierung von Arbeit steht im ÖD wie insgesamt im Dienstleistungsbereich oftmals unter anderen Vorzeichen als industrielle Arbeit. In der Dienstleistungserstellung ist der Adressat der Dienstleistung oftmals Mitproduzent. Daraus resultieren besondere Arbeitsanforderung und Belastungsquellen für die professionellen Dienstleistungserstellerinnen und -ersteller. In der wissenschaftlichen Debatte wurde jüngst damit begonnen, diesen Arbeitstypus als Interaktionsarbeit von industrieller Produktionsarbeit abzugrenzen (vgl. Ernst/Kopp 2011; Baethge 2011; Dunkel/Wehrich 2010; Böhle

2011). Interaktionsarbeit (Mensch – Mensch) wird dabei explizit von der im Mittelpunkt der Industriesoziologie und Arbeitspsychologie stehenden klassischen Industrierarbeit (Mensch – Technik/Natur) unterschieden. Interaktionsarbeit vollzieht sich anders als Industrierarbeit und ist mit spezifischen Anforderungen, Belastungen und Ressourcen verbunden (der mitproduzierende Kunde). Obwohl im Bereich der Dienstleistungsarbeit drei Viertel der Beschäftigten zumindest teilweise interaktive Arbeit leisten (vgl. Beckmann 2012; Verdi 2011: 7ff.), ist diese Arbeitserbringung nach wie vor unerforscht (Ernst/Kopp 2011).

Baethge (2011) vertritt die These, dass interaktive Arbeit der strukturbestimmende Typ von Erwerbsarbeit in Dienstleistungsökonomien ist. Anders als industrielle Herstellungsarbeit liegt für ihn in der Interaktivität das Gemeinsame „eines neuen, in der Erwerbsstruktur dominanten Arbeitstypus“ (ebd.: 450). Das Spezifische an Interaktionsarbeit liegt in der unmittelbar bedürfnisbezogenen, „auf ein konkretes Gegenüber“ gerichteten Arbeit, „bei dem der Wille des Gegenübers die Richtschnur für das Arbeitshandeln abgibt (bzw. abgeben sollte), selbst wenn der Wille oder das Bedürfnis nicht in präzisen Anweisungen artikuliert werden kann“ (ebd.: 450f.). Der Kern der Interaktivität liegt darin, so Baethge, das Bedürfnis des Gegenübers „zu präzisieren und gemeinsam Wege zu seiner Befriedigung zu erarbeiten“ (ebd.). Das Gegenüber, ob Kunde im Warenaustausch, Klient in einer Beratungs- oder Betreuungssituation oder Patient im Pflege- und Gesundheitswesen, ist demnach „nicht nur Adressat, sondern zugleich Mitproduzent der Tätigkeit“ (ebd.). Hierin liegt der fundamentale Unterschied zur industriellen Produktionsarbeit. Interaktion bzw. Kommunikation ist in der Industrierarbeit Mittel zum Zweck. In der Interaktionsarbeit ist sie wesentlicher Inhalt der Tätigkeit (ebd.). Insofern besteht das Ergebnis des Interaktionsprozesses wesentlich nicht in einem Gegenstand, der später konsumiert oder weiterverarbeitet werden kann, sondern Produktion und Konsumption fallen im Sinne der interaktiven Erstellung oftmals zeitlich zusammen (Uno-actu-Prinzip).

Interaktionsarbeit unterliegt aus Organisationssicht einem Kontrolldilemma. Die Arbeitsausführung der mit Interaktionsarbeit betrauten Beschäftigten ist nur begrenzt organisierbar, aber sie ist institutionell eingebettet. Daraus resultiert ein Spannungsverhältnis, so Baethge: „Dass Interaktivität nur begrenzt technisierbar, rationalisierbar und standardisierbar ist und deswegen für die Economies-of-scale-Barrieren in der Marktverfassung eines nicht anonymen Marktes liegen, hindert nicht, dass von den Dienstleistungsunternehmen – übrigens privaten wie öffentlichen – Anstrengungen unternommen werden, die arbeitsprozesslich gesetzten Begrenzungen in allen Dimensionen (Technisierung, Standardisierung, Rationalisierung) zu durchbrechen. Hieraus resultieren nicht allein Arbeitskonflikte, sondern auch Auseinandersetzungen über die Qualität von Dienstleistungen“ (Baethge 2011: 451).

Im Interaktionsprozess liegt die Leistung der Arbeitshandelnden zunehmend darin, situativ Probleme wahrzunehmen, zu interpretieren und im Austausch mit dem Kunden/Klienten/Patienten Lösungen zu entwickeln. Diese „Leistungen basieren auf kogniti-

ven Fähigkeiten und Verhaltensdispositionen, die in immer wieder neuen Interaktionssituationen aktiviert werden müssen“ (Baethge 2011: 454). In dieser Arbeitssituation rücken extern gesetzte qualifikatorische Arbeitsanforderungen und individuelle Kompetenz nahe zusammen. Darin drückt sich das explizite bzw. systematische Wissen „als zentraler Wissenstyp nachindustrieller Gesellschaften im Gegensatz zu personen-gebundenem Erfahrungswissen aus“ (ebd.: 452).

Die individuellen Kompetenzen und Verhaltensdispositionen haben einen maßgeblichen Anteil an der Entwicklung beruflicher Identität bei Interaktionsarbeiterinnen und -arbeitern. Hinzukommen muss jedoch auch externe Anerkennung in einem eigenständigen Professionalisierungsprozess, so Baethge (2011: 454). Diese Identitätsentwicklung, die mehr traditionellen Professions als dem Facharbeiterbewusstsein ähnelt, muss „dem individualisierten Charakter der Tätigkeit und ihrer nach außen oft nicht breit wahrnehmbaren Ergebnisse Rechnung“ tragen (ebd.). Diese professionelle Identität einschließlich eines entsprechenden Berufsethos ist nun hoch relevant für die Qualität der Dienstleistungen. Definiert man als Maßstab hierfür die „bestmögliche Befriedigung von Kunden-/Klienten-/Patientenbedürfnissen“, dann dürften „politische und gesellschaftliche Regulationen der Dienstleistungsqualität, so unverzichtbar sie sind, (...) nur begrenzte Effekte [zeitigen], wenn sie nicht im Arbeitsalltag eine Fundierung in der Kompetenz und im Berufsethos der Dienstleister finden“ (ebd.: 454f.).

In der Fachliteratur ist strittig, ob außer den Beschäftigten mit direktem Kundenkontakt auch die etwa im Backoffice Tätigen der Interaktionsarbeit hinzugerechnet werden können. Für Böhle (2011: 547) finden sich Anteile an Interaktionsarbeit zwar in nahezu allen Dienstleistungstätigkeiten, jedoch sei Dienstleistungsarbeit nicht mit Interaktionsarbeit gleichzusetzen. Er unterscheidet zwischen Frontline-Work und Backoffice. Beschäftigte in letzterem Bereich hätten keinen unmittelbaren Kundenkontakt. Und auch im Frontline-Bereich wäre nicht immer Interaktionsarbeit anzutreffen. So gebe es z.B. im Pflegebereich Tätigkeiten, die sich nicht auf die Menschen (im Sinne sozialer Interaktion als Arbeit¹), sondern auf „materielle und immaterielle Objekte richten, wie Dokumentation und die Vorbereitung von Arzneien wie auch die Reinigung des Zimmers oder auch das Wechseln der Bettwäsche von Patienten“ (ebd.). Diese Tätigkeiten seien nicht zur Interaktionsarbeit zu zählen. Diese richte sich „ausschließlich auf den Kontakt zu Kunden und Klienten und berücksichtigt die Arbeit mit materiellen und immateriellen Objekten nur so weit, als diese als Hilfsmittel dienen“ (ebd.). Baethge (2011: 451) hingegen argumentiert, dass die Beschäftigten in Backoffice-Bereichen zumindest indirekt interaktive Arbeit leisten, da sie letztlich „Zuarbeit- und Nacharbeitstätigkeiten für unmittelbare Kundenkontakte verrichten.“

Zusammengefasst erfordert Interaktionsarbeit „immer die Lösung eines individuellen, spezifischen Problems in einer historisch einmaligen Interaktionssituation“, bei der

1 Das Besondere der Interaktionsarbeit liegt für Böhle, durchaus analog zu Baethge, in der „Berücksichtigung der Individualität und Subjektivität von Kunden und Klienten und der damit verbundenen Bewältigung von Unbestimmtheiten“ (Böhle 2011: 547).

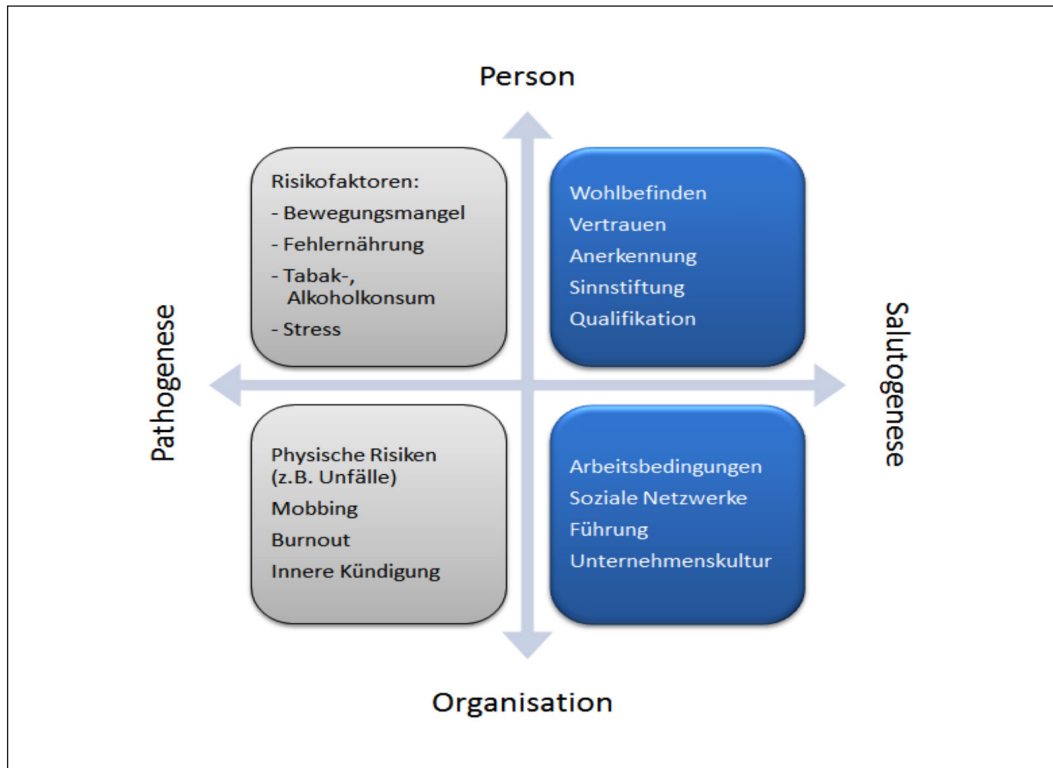
der Kunde/Klient/Patient „eine wichtige Rolle bei der Definition der Arbeitsaufgaben“ (Ernst/Kopp 2011: 262, 267) und, wie anzufügen ist, bei der Dienstleistungserstellung übernimmt. Daraus lassen sich zwei spezifische Belastungsdimensionen von Interaktionsarbeit ableiten:

- im Koproduktionsverhältnis mit dem Kunden/der Kundin: wenn der Kunde/die Kundin nicht die von ihm/ihr geforderte Mitarbeit erbringt oder die Aufgabendefinition durch den Kunden/die Kundin von den Dienstleistungsarbeiterinnen und -arbeitern als illegitim bewertet wird;
- im Verhältnis zwischen Dienstleistungserbringer und Vorgesetzten bzw. der Organisation: bei berufsethischen und professionellen Inkongruenzen, also bei unterschiedlichen Vorstellungen hinsichtlich des Umgangs mit Klientinnen und Klienten oder betreffs der Qualität der Dienstleistung, wobei dieser Widerspruch auch aus dem Verhältnis von Berufsethos und politisch-gesellschaftlicher Regulierung herrühren kann.

1.3 Gesundheit und Belastungen/Verhaltens- und Verhältnisorientierung

In Bezug auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeits- und Leistungsbedingungen relevant ist die mit dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 in Deutschland eingeführte WHO-Definition von Gesundheit. Die WHO versteht Gesundheit als einen Zustand des vollkommenen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheiten und Gebrechen sowie als Fähigkeit des Individuums, die eigenen Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und auf die Herausforderungen der Umwelt zu reagieren. Die WHO-Definition wurde in der EU-Richtlinie des Rates vom 12.06.1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (89/391/EWG) aufgegriffen und national mit dem Arbeitsschutzgesetz vom 7.8.1996 umgesetzt. Damit wurde eine Hinwendung zu Prävention und Salutogenese, also zu gesundheitsförderlichen Potenzialen vollzogen. Arbeits- und leistungspolitische Problemfelder geraten damit nicht erst in den Blick, wenn Krankheiten auftreten oder Unfälle passieren (Pathogenese). Vielmehr geht es um ein vorausschauendes, nachhaltiges Personalmanagement, um die Gestaltung der Arbeit und der Organisation sowie um die Ressourcen und Fähigkeiten des/der Einzelnen im Umgang mit gesundheitsgefährdenden Belastungen (Badura et al. 2010: 41ff.). Die Personen- und die Organisationsorientierung dieses Ansatzes verweist auf die auf der y-Achse in Abbildung 1 abgetragenen Dimensionen verhaltenorientierter Prävention, an der Person orientierter Maßnahmen, und der Verhältnisprävention, an den Arbeitsbedingungen bzw. der Organisation orientierter Maßnahmen.

Abb. 1: Pathogenese – Salutogenese, Person – Organisation



Quelle: Badura et al. (2010: 42)

Der Salutogeneseansatz verschiebt die Aufmerksamkeit des klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, so Badura et al. (2010: 44), „auf die Aufmerksamkeit betrieblicher Gesundheitsexperten auf gesundheitsförderliche Potenziale in der Arbeitsorganisation, in den Arbeitsbedingungen und der Person.“ Es geht hierbei also nicht primär um eine reine Subjektorientierung im Sinne der Veränderung des Verhaltens der Beschäftigten (Verhaltensorientierung), sondern auch um eine Gestaltung der Organisation, mit anderen Worten um eine Verhältnisorientierung. Hierbei ist ein Missverhältnis zu konstatieren, Badura et al. (2010: 47) beschreiben dies:

„Die heute in den Unternehmen am weitesten verbreiteten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beinhalten personenbezogene Interventionen: zur Vermeidung riskanten Verhaltens oder der Förderung einer gesunden Lebensführung. Da in der Arbeitswelt in der Regel das Verhalten den Verhältnissen folgt insbesondere dort, wo Bildungsgrad und Handlungsspielräume am geringsten, der Bedarf an Interventionen aber am größten ist, haben sie u.E. eine nachrangige Bedeutung – auch wegen der geringen Nachhaltigkeit.“

Die betriebliche Schwerpunktsetzung auf verhaltenspräventiven Maßnahmen zeigt sich immer wieder (aktuell z.B. Katenkamp et al. 2012), obwohl seit dem neuen Arbeitsschutzgesetz mit der Gefährdungsbeurteilung ein zentrales Instrument der präven-

tiven Analyse gesundheitsproblematischer Arbeitsbedingungen verpflichtend vorliegt (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz 2011). Sofern dieses Instrument umfassend, d.h. unter Einschluss des Bereichs psychischer Belastungen angewandt wird, eignet es sich für die Erhebung der mit Subjektivierung und Interaktionsarbeit verbundenen Belastungsdimensionen.

1.4 Eingrenzung und Vorgehen

Erkenntnisse, Analysen und Gestaltungsansätze zu den gesundheitspolitischen Aspekten der Reorganisation des öffentlichen Dienstes sind ebenso wenig neu, wie die humane Gestaltung der Arbeitswelt ein neues Thema ist. Vielmehr werden diese in arbeitspolitischen Kontroversen verhandelt und in spezifischen Forschungs- wie Gestaltungsprojekten seit langem bearbeitet (siehe hierzu die Entwicklung von der Humanisierung der Arbeit zur Guten Arbeit bei Sauer 2011). Die hier vorgelegte Literaturanalyse soll allerdings einen Überblick über die neueren Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen der sich verändernden Arbeits- und Leistungsbedingungen im ÖD geben und damit Forschungslücken und Forschungsbedarfe offenlegen.

Gemäß dem oben skizzierten arbeitssoziologischen Subjektivierungsdiskurs entspringen Belastungen wesentlich der Überforderung des arbeitenden Subjekts, verursacht durch die von neuen Rationalisierungsmustern aufgenötigten mehrdimensionalen Eigenleistungen in mindestens zeitlicher, arbeitsinhaltlicher (einschließlich der kommunikativen und verborgenen dispositiven Leistungen) sowie qualifikatorischer Hinsicht. Belastungen entstehen demzufolge aus den Veränderungen der Arbeits- und Leistungsbedingungen. Zu diesen gehört die Anforderung, die Dienstleistung mit dem Kunden/der Kundin zu erstellen. Als mögliche Belastungsquellen² lassen sich somit die folgenden arbeitsorganisatorischen Felder benennen. In diesen Feldern lassen sich jedoch auch gemäß den obigen Darstellungen gesundheitsförderliche Potenziale vermuten:

- Koproduktionsverhältnis mit der Kundin/dem Kunden;
- Arbeits- und Leistungsanforderungen;
- Gestaltung der Arbeitsorganisation einschließlich Reorganisationsmaßnahmen;
- Personalbemessung;
- Arbeitszeit;

² Nach Böhle (2010b: 451) bezieht sich der arbeitssoziologische Begriff der „Belastung auf Arbeitsanforderungen und Arbeitsbedingungen, durch die die Arbeitenden beeinträchtigt werden.“ Der Begriff der Belastung wird auch mit Restriktionen, Gefährdungen oder Risiken gefasst. In der Arbeitswissenschaft wurde hingegen die Unterscheidung Belastungen (exogene Arbeitsanforderungen und -bedingungen) und Beanspruchungen (Wirkungen auf die arbeitenden Menschen) entwickelt. Hier wird der arbeitssoziologische Ansatz verfolgt.

- Qualifizierung;³
- Führung und Wertschätzung (Anerkennung) der Beschäftigten; sowie
- deren Fähigkeiten im Umgang mit den Belastungen; schließlich
- Beschäftigungssicherheit und Einkommen.

An die im Folgenden in Betracht zu ziehenden wissenschaftlichen Quellen (Forschungsberichte, Statistiken) und Dokumente (Modellprojekte, Gesundheitsberichte, praktizierte Ansätze betrieblichen Gesundheitsmanagements) sind zwei verknüpfte Fragen zu stellen:

1. Wie verändern sich die genannten arbeitspolitischen Aspekte in den ausgewählten Beschäftigungsfeldern des öffentlichen Dienstes?
2. Welche gesundheitlichen Gefährdungen ergeben sich daraus und mit welchen (verhaltens- und verhältnisorientierten) Maßnahmen wird ihnen begegnet?

Wir suchen also nach Studien, die gesundheitliche Belastungen in den Branchen des ÖD thematisieren und einen Bezug zu den arbeitsorganisatorischen Veränderungen herstellen. Dabei beschränken wir uns auf Berichte seit dem Jahr 2006. Auch unter dieser Prämisse ist es nicht möglich, die Vielfalt der Entwicklungen zu erfassen. Wenn es um Beschäftigung und Gesundheit in heterogenen und flächigen Bereichen geht, wie Kommunalverwaltungen oder kommunalen Krankenhäusern, ist im Rahmen dieser Arbeit nur eine exemplarische Auswahl von Studien und Forschungsergebnissen zur Erfassung wesentlicher Erkenntnisse und Problemfelder möglich.

Ferner grenzen wir die Suche auf interaktionsintensive Beschäftigungsfelder des ÖD ein. Drei Viertel der Beschäftigten im Dienstleistungsbereich leisten interaktive Arbeit (76 %). Dem zugrunde liegt eine repräsentative Befragung von Beschäftigten in verschiedenen Branchen des Dienstleistungssektors im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit aus den Jahren 2009/10. Unter den 76 % Interaktionsarbeitenden werden alle diejenigen zusammengefasst, welche mit „oft“ (20 %) oder „immer“ (56 %) antworteten, dass sie direkt mit Kunden, Patienten oder Klienten⁴ arbeiten (Verdi 2011: 6). Auffallend ist, dass Frauen („immer“ 62 %, „oft“ 17 % gegenüber 47 % bzw. 5 % bei den Männern) und jüngere Beschäftigte („immer“ 63 % und „oft“ 15 % der unter 25-Jährigen kontinuierlich sinkend bis 50 % bzw. ansteigend bis 23% bei den über 55-Jährigen) häufiger Interaktionsarbeit leisten (ebd.: 8f.).

Nach Branchen untergliedert finden sich die höchsten Anteile derjenigen, die mit Kunden oder Kundinnen „immer“ und „oft“ arbeiten, in folgenden Bereichen (ebd.: 10, siehe auch Abb. A1 im Anhang):⁵

3 Dieser und die vorgenannten Punkte entsprechend den Punkten 4 und 5 des § 5 (3) des Arbeitsschutzgesetzes. Im diesem Paragraf ist das zentrale Instrument des präventiven Arbeitsschutzes, die Gefährdungsbeurteilung, festgeschrieben. Darin werden als mögliche Gefährdungsaspekte angesprochen (4) die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken sowie (5) die unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

4 Wobei hierunter auch Bürgerinnen und Bürger, Mitglieder, Lernende u.a. verstanden wurden.

5 Die darunter liegenden Branchen sind für den ÖD nicht relevant.

1. Gesundheitswesen (insgesamt 91 % „immer“ und „oft“ [83 % „immer“, 8 % „oft“]);
2. Sozialwesen (86 % [75 %, 11 %]);
3. Einzelhandel (85 % [72 %, 13 %]);
4. Erziehung und Unterricht (84 % [67 %, 17 %]);
5. Verteidigung und Polizei (80 % [51 %, 29 %]);
6. Transport und Verkehr (73 % [51 %, 22 %]);
7. Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen (72 % [44 %, 28 %]);
8. Interessenvertretung, kirchliche und sonstige Vereinigungen (73 % [50 %, 23 %]);
9. Finanzdienstleistungen (71 % [46 %, 25 %]);
10. Handelsvermittlung und Großhandel (71 % [45 %, 26 %]);
11. öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (69 % [35 % bzw. 34 %]).

Aus dieser Liste lassen sich näherungsweise fünf interaktionsintensive Beschäftigungsfelder des öffentlichen Dienstes ableiten. Demzufolge werden die im Kapitel 3 vertiefend zu betrachtenden Beschäftigungsfelder auf folgende Bereiche des (ehemals) unmittelbaren ÖD eingegrenzt. Dabei verbleiben die ersten der drei Beschäftigungsfelder (weitgehend) im Kernbereich des ÖD. Bei den letzten beiden Bereichen ist eine Trennschärfe nach ÖD, ausgegliederten öffentlichen Betrieben in privater Rechtsform und privaten, ehemals öffentlichen Betrieben für den hier gewählten Branchenüberblick und nach dem Stand der Literatur nur schwerlich möglich und sinnvoll:

- Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltung;
- Polizei;
- Schulen/Lehrerinnen und Lehrer;
- Kitas/Erzieherinnen und Erzieher;
- Krankenhäuser.

Wir gehen davon aus, dass Analysen zu den Belastungen von Interaktionsarbeit nur sehr begrenzt vorliegen; der Forschungsansatz ist noch zu jung für umfassende Studien. Ferner erwarten wir, wo entsprechende Arbeiten vorliegen, keine klare Abgrenzung zwischen privaten und öffentlichen Dienstleistungen. Im Folgenden wählen wir daher eine pragmatische Vorgehensweise. Im Mittelpunkt steht der Durchgang durch die Fachliteratur unter arbeitssoziologischer Perspektive unter Einschluss arbeitswissenschaftlicher und arbeitspsychologischer Erkenntnisse aus den eben genannten Beschäftigungsfeldern.

2 Übergreifende Aspekte des Wandels der Arbeits- und Gesundheitsbedingungen im öffentlichen Dienst

Bei der Debatte um den Staat als Arbeitgeber wird auf einige Besonderheiten verwiesen (vgl. Keller 2010: 7ff.).⁶ Für hier relevant ist die Vorstellung des Staates als Modellarbeitgeber, die in den letzten Jahren immer wieder hinterfragt wurde. Dem widmet sich Kapitel 2.1. Der deutliche Abbau der Beschäftigung im ÖD hat entscheidend zur Kritik am Staat als Arbeitgeber beigetragen. Dieser Aspekt wird gemeinhin als zentral für die Zunahme von Belastungen im ÖD angesehen (Kapitel 2.2). Geprägt ist der ÖD jedoch auch von vielfältigen Modernisierungsmaßnahmen. Einen wichtigen Punkt hierbei stellt die Einführung privatwirtschaftlicher Steuerungselemente wie Leistungsentgelt dar (Kapitel 2.3). Gesundheitsaspekte stehen im Mittelpunkt von Kapitel 2.4. Bei den im Folgenden dargestellten Befunden stehen insgesamt übergreifende Aspekte ohne Differenzierung nach Branchen oder Beschäftigungsfeldern im Mittelpunkt. Dabei ist immer wieder zu berücksichtigen, dass der ÖD im Vergleich mit dem produzierenden Sektor durch Untererforschung gekennzeichnet ist (vgl. z.B. Keller 2010: 7ff. oder Ellgut/Kohaut 2011: 17).

2.1 Der Staat als (ehemaliger) Vorzeigarbeitgeber

Die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Dienst haben sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Galt der Staat lange als Vorbildarbeitgeber⁷ haben jüngste wissenschaftliche Publikationen dieses Bild relativiert. Insbesondere zu nennen sind hier die Analyse von Peter Ellguth und Susanne Kohaut (Ellgut/Kohaut 2011) aus dem IAB sowie weitere Aufsätze im Schwerpunkttheft „Staat und Erwerbsarbeit“ der Zeitschrift „Industrielle Beziehungen“ (Heft 1-2/2011). Veränderungen der Entlohnung im Staatsdienst hat der Aufsatz von Daniela Kroos und Markus Tepe im Fokus (Kroos/Tepe 2010). Die Auswirkungen des Leistungsentgelts im ÖD untersuchen Werner Schmidt, Andrea Müller und Nele Trittel (Schmidt et al. 2011a, b bzw. Schmidt/Müller 2012).

⁶ Insbesondere auf die Doppelrolle des Staates als korporativer Akteur der Arbeitsbeziehungen: In seiner Funktion als Gesetzgeber normiert und reguliert er die Rahmenbedingungen, und zugleich fungiert er als Arbeitgeber innerhalb dieser Rahmenbedingungen. In Bezug auf die Beschäftigten ist die nur hier anzutreffende Statusdifferenz zwischen Beamtinnen und Beamten, welche circa ein Drittel der Beschäftigungsverhältnisse im ÖD ausmachen, und Angestellten zu erwähnen. Erstere unterscheiden sich vor allem in ihrem beschränkten Recht auf Koalitionsfreiheit und der mehr oder weniger einseitigen autoritativen Regulierung ihrer Arbeitsbedingungen durch den Arbeitgeber Staat und dem Lebenszeitprinzip. Die Reformen der letzten Jahrzehnte führten, so Keller, zu einer wechselseitigen Angleichung und Nivellierung. Unter Beibehaltung der Dualität der deutschen Arbeitsbeziehungen gilt als weitere Besonderheit für den kernstaatlichen Bereich nicht das Betriebsverfassungsgesetz, sondern es gelten Personalvertretungsgesetze von Bund und Ländern mit Folge einer uneinheitlichen Interessenvertretung. Zugleich liegt die Deckungsrate mit über 90 %, also der Anteil der Beschäftigten, der durch Personalräte vertreten wird, jedoch ungleich höher als in der Privatwirtschaft (Keller 2010: 7ff.).

⁷ Keller (2010: 39) resümiert: „Die Arbeitgeber des ÖD sind nicht mehr die ‚Modellarbeitgeber‘ (...) der Nachkriegsjahrzehnte und haben ihre ehemalige Vorbildfunktion für den Gesamtarbeitsmarkt längst aufgegeben; sie gleichen ihre Beschäftigungsstrategie und -präferenzen denen der Privatwirtschaft an.“

Eine weitere wichtige Quelle für diese Debatte stellen die Publikationen von Berndt Keller zur Arbeitspolitik im öffentlichen Dienst dar (Keller 2010).

Ausgangspunkt der Debatte in der Zeitschrift *Industrielle Beziehungen* ist die Annahme, dass von den „massive[n] Veränderungsprozesse[n] im öffentlichen Dienst: Verwaltungsmodernisierung und die Einführung neuer Steuerungsmethoden im Rahmen des New Public Management, Haushaltskrisen der öffentlichen Hand, die Privatisierung und Ausgliederung öffentlicher Dienstleistungen sowie veränderte Konkurrenzbeziehungen zwischen Dienstleistern aus dem privatwirtschaftlichen und öffentlichen Bereich sowie ein starker Personalabbau (...) auch erwartet werden kann, dass sie die Personalarbeit (...) in den öffentlichen Unternehmen beeinflussen“ (*Industrielle Beziehungen* 1-2/2011: 7). Ellgut und Kohaut (2011) gehen diesen Veränderungen nach. Sie vergleichen die Arbeitsplatzqualität von Unternehmen des ÖD (öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung, Verteidigung, Körperschaften des öffentlichen Rechts) mit privatwirtschaftlichen Betrieben anhand von Daten des IAB-Betriebspanels.⁸ In ihrem Fazit kommen sie zum Schluss, dass der „Staat trotz Ökonomisierung und Privatisierungstendenzen nach wie vor eher bessere Arbeitsbedingungen als die Privatwirtschaft bietet“ (ebd.: 33). Sie belegen ihr Fazit mit einigen auch hier relevanten Aspekten. Dabei orientieren sie sich an Dimensionen der Arbeitsplatzqualität der EU, soweit sie im IAB-Betriebspanel abbildbar sind (siehe Tab. 1). Mit diesem Vorgehen wollen die Autoren „sinnvolle Kriterien für einen Vergleich der Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene (...) definieren, die als Leitfaden zur Strukturierung dienen können“ (ebd.: 19). Der ebenfalls hierfür ein Instrumentarium anbietende DGB-Index *Gute Arbeit* erfasst, so Ellguth/Kohaut, „im Gegensatz zu den Indikatoren der EU-Kommission in erster Linie die subjektiven Einschätzungen der Beschäftigten.“ Daher „eignet er sich weniger gut als Konzept für die Beschreibung der Arbeitsplatzqualität auf betrieblicher Ebene“ (ebd.). Durch diese Vorgehensweise lässt sich jedoch die Kategorie (siehe Tab. 1) „Intrinsische Qualität der Arbeitsplätze“ als subjektive Dimension nicht vergleichen. Die Ergebnisse von Ellguth/Kohaut werden nachfolgend entlang ihrer Dimensionen vorgestellt und um relevante Aspekte anderer Studien ergänzt.

⁸ In ihrem zweistufigen Ansatz analysieren die Autoren nur die Arbeitsbedingungen von Betrieben und Dienststellen, die eine vergleichbare institutionelle Interessenvertretung aufweisen (tarifgebundene Betriebe mit Betriebs- oder Personalrat). Durch diesen Ansatz werden im Wesentlichen nur mittlere bis große Einheiten verglichen. Während in der ersten Stufe tarifgebundene Betriebe mit Betriebs-/Personalrat gegenübergestellt werden, werden in einem zweiten Matching-Verfahren Betriebspaare mit ähnlichen Merkmalsausprägungen gebildet und dabei nur in Bezug auf Beschäftigungssicherheit, Entlohnung und Weiterbildung verglichen. Da im IAB-Betriebspanel nur Betriebe und Dienststellen erfasst werden, die sozialversicherungspflichtige Beschäftigte haben, werden reine Beamtenstellen nicht in den Vergleich einbezogen, was zu einer Untererfassung des ÖD führt. Von den circa 1,9 Mio. Beamten, Richtern und Berufs-/Zeitsoldaten werden dadurch nur etwa 1,1 Mio. in den Vergleich einbezogen, bei insgesamt circa 4,5 Mio. Gesamtbeschäftigung im ÖD (Ellgut/Kohaut 2011: 14ff.).

Tab. 1: Dimensionen der Arbeitsplatzqualität der EU und ihre Operationalisierung durch Ellguth/Kohaut

Kategorien der EU-Kommission	Beispiele für Indikatoren der EU	Indikatoren im IAB-Betriebspanel
Sozialer Dialog und Arbeitnehmermitbestimmung	Arbeitnehmermitbestimmung, Anteil der durch Tarifverträge gebundenen Arbeitnehmer, durch Arbeitskämpfe verlorene Arbeitstage	Tarifbindung und Betriebsrat im Betrieb
Flexibilität und Sicherheit	Anteil der freiwilligen/unfreiwilligen Teilzeit- bzw. befristeten Beschäftigten	Anteile von Teilzeitbeschäftigten („regulär“, geringfügig), Anteil der Befristeten, Labour-Turnover, Leiharbeit
Gleichstellung der Geschlechter	Geschlechtsspezifisches Lohngefälle, Arbeitslosenquoten nach Geschlecht, Geschlechtertrennung nach Berufsgruppen/Sektoren	Frauenanteil, Anteil Frauen in Führungspositionen, Anteil Frauen an Qualifizierten
Arbeitsorganisation und Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben	Beschäftigungsquoten nach Geschlecht und Kindern, Verfügbarkeit von Kinderbetreuung	Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familien und Beruf im Betrieb (nur für Privatwirtschaft), Freistellung für Familienzeiten, Langzeitkonten
Diversifizierung und Nichtdiskriminierung	Beschäftigungsquoten nach Geschlecht, Alter, Ethnie, Behinderung	Anteil älterer Arbeitnehmer, Maßnahmen für Ältere
Produktivität und hoher Lebensstandard	Entwicklung der Arbeitsproduktivität, Anteil der hoch Qualifizierten	Anteil der hoch Qualifizierten, Einkommen
Möglichkeit zu lebenslangem Lernen und beruflicher Weiterentwicklung	Anteil der Fortbildungsmaßnahmen, Anteil der Arbeitnehmer, die am Computer arbeiten	Anteil der Beschäftigten in Weiterbildung
Intrinsische Qualität der Arbeitsplätze	Selbst berichtete Arbeitszufriedenheit, Vertragsdauer	Keine
Arbeitsschutz	Anzahl und Kosten von Arbeitsunfällen, Quote der Berufskrankheiten	Keine
Eingliederung und Zugang zum Arbeitsmarkt	Übergänge aus Arbeitslosigkeit in Weiterbildung und Beschäftigung	Keine

Quelle: Ellguth/Kohaut (2011: 20)

Die unteren drei Kategorien der EU sind durch die Daten des IAB-Betriebspanels aus dem Jahr 2008 nicht abdeckbar. Dem angestellten Vergleich sind, wie oben beschrieben, Aspekte von Subjektivierung und Gesundheit nicht zugänglich. Unter Maßgabe dieser und der oben genannten methodischen Einschränkungen kommt das Autorenpaar in ei-

nem ersten Analyseschritt auf folgende Ergebnisse (Ellgut/Kohaut 2011: 21ff.):⁹

■ *Flexibilität und Sicherheit*

Unterschiede bei den verglichenen Unternehmen hinsichtlich befristeter Arbeitsverträge sind kaum vorhanden. Der Anteil der Befristungen bei Neueinstellungen in der Privatwirtschaft liegt bei 54 %, im ÖD bei 58 %.¹⁰ Die Anteile der befristet Beschäftigten liegen ebenfalls nahe zusammen: 6 % zu 8 %. Allerdings gelingt im ÖD nur 36 % der Befristeten der Übergang in ein entfristetes Beschäftigungsverhältnis, während dies in der Privatwirtschaft 52 % der Befristeten gelingt. Hinsichtlich der Beschäftigungssicherheit sind arbeitgeberseitige Kündigungen im ÖD nicht wahrnehmbar, und die Eigenkündigung durch Beschäftigte fällt sehr gering (0,2 %) aus. In der Privatwirtschaft sind die Zahlen deutlich höher (0,5% Entlassungen sowie 1,2% Eigenkündigungen; Letztere machen etwa ein Drittel der gesamten Personalabgänge aus).¹¹

Die Teilzeitbeschäftigung liegt mit 26 % im ÖD etwa doppelt so hoch wie in der Privatwirtschaft. Im ÖD handelt es sich ausschließlich um reguläre Teilzeitarbeit (24 %). Geringfügig beschäftigt sind im ÖD 3 % und in den privaten Vergleichsbetrieben ebenfalls nur 4 % der Arbeitnehmer.¹² Leiharbeit spielt im ÖD des Jahres 2008 keine Rolle, der Beschäftigtenanteil bei den untersuchten privaten Betrieben liegt bei 4 %. Anders als in diesen Daten stellt Zeitarbeit nach einer Erhebung im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit (2010) in den Bau- und Liegenschaftsämtern eine signifikante Beschäftigungsgröße mit 4,1 % der Untersuchungsgruppe dar (Lindner/Bartl 2012: 18); ein Hinweis auf eine ggf. zeitlich bedingte unzureichende oder anders abgegrenzte Erfassung von Leiharbeiterbeschäftigung. Die Personalstandstatistik des ÖD enthält keine Angaben zur Zeitarbeit (Statistisches Bundesamt 2011, 2012).

■ *Gleichstellung der Geschlechter*

Trotz der unterschiedlichen Anteile der Frauen an den Beschäftigten (52 % ÖD zu 31 %) liegen der ÖD und die Privatwirtschaft bei den hier relevanten Qualitätsdimensionen ebenfalls nicht weit auseinander. Auch wenn der ÖD hier deutlich näher an einer geschlechtsneutralen Qualifikationsstruktur liegt, gilt für beide Bereiche, dass geringqualifizierte Frauen über- und hochqualifizierte Frauen unterrepräsentiert sind. Der Anteil der weiblichen Führungskräfte liegt im ÖD mit 25 % und in den Privatbetrieben mit 13 % weit hinter den jeweiligen Beschäftigtenanteilen.

9 Die erste Dimension entfällt, da nur Betriebe mit ähnlich institutionalisierter Interessenvertretung verglichen wurden. Für den ÖD kann hierbei von einer hohen Abdeckung ausgegangen werden. Laut Ellgut/Kohaut arbeiten 93 % der Beschäftigten im ÖD im Geltungsbereich von Tarifverträgen, und bei ebenso vielen existiert eine betriebliche Interessenvertretung (Privatwirtschaft: 54 % bzw. 40 %). Demgegenüber fällt durch diese Festlegung (Betriebsräte sind erst ab fünf Beschäftigten möglich und auch dann nicht obligatorisch) das Gros der privatwirtschaftlichen Betriebe aus dem Vergleich. Nur 4 % erfüllen die gesetzten Vergleichskriterien, in denen allerdings 29% der Beschäftigten der Privatwirtschaft arbeiten (Ellgut/Kohaut 2011: 17f.).

10 Werden jedoch alle Betriebe der Privatwirtschaft und des ÖD einbezogen verändern sich die Quoten erheblich: 45 % zu 25 %. Hier wirkt sich, so Ellgut/Kohaut (2011: 22), die mittel- und großbetriebliche Betriebsstruktur und das Vorhandensein von Betriebs-/Personalräten dahingehend aus, dass zum Schutz der Stammbeslegschaften vermehrt auf Befristungen zurückgegriffen wird.

11 Diese Ergebnisse bleiben auch im zweiten Analyseschritt des Autorenpaares (Matching-Verfahren) stabil.

12 Auch hier fällt wieder ein erheblicher Unterschied durch das Vorhandensein eines Betriebsrats auf. Insgesamt liegt der Anteil geringfügiger Beschäftigung in der Privatwirtschaft bei 12 % (Ellgut/Kohaut 2011: 23f.).

■ *Diversifizierung und Nichtdiskriminierung; Möglichkeit zu lebenslangem Lernen und beruflicher Weiterentwicklung*

Dieser Aspekt wird von Ellguth/Kohaut auf die Analyse der Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (50 Jahre und älter) und ihre Weiterbildungsteilnahme begrenzt. Hier bestehen leichte Unterschiede zwischen den untersuchten Betrieben. 3 % der Betriebe des ÖD sowie 7 % der Betriebe in der Privatwirtschaft haben keine Älteren im Betrieb. Einen geringeren Anteil als 10 % Älterer an der Gesamtbelegschaft haben 10 % der Betriebe des ÖD und 19 % der privaten Vergleichsbetriebe. In Betrieben mit Älteren werden bei 26 % im ÖD und bei 20 % in der Privatwirtschaft Ältere in die Weiterbildung einbezogen. Auch über alle Beschäftigten hinweg liegen die Unterschiede zwischen den beiden Bereichen nicht sehr weit auseinander. Im ÖD liegt die Weiterbildungsquote bei 33 %, in den privaten Betrieben bei 29 %; acht von zehn Dienststellen und demgegenüber nur sechs von zehn privaten Betrieben verfügen über spezielle Maßnahmen und Programme für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.¹³

■ *Produktivität und hoher Lebensstandard*

Hier fokussieren die Autoren auf die Lohnunterschiede. Generell wird vermutet, dass im ÖD Beschäftigungssicherheit gegen Lohnanteile „getauscht“ werden. Nach den von Ellguth und Kohaut (2011) sehr vorsichtig zu interpretierenden Ergebnissen kommen sie zum Schluss, dass die Löhne im ÖD nicht geringer sind als in der Privatwirtschaft. „Von einem Malus in der Entlohnung als Preis für die höhere Beschäftigungsstabilität ist bei dieser Betrachtung nichts zu merken“ (ebd.: 28). Allerdings kommen die Autoren in ihrem zweiten Analyseschritt (Matching-Verfahren) zu einem abweichenden Ergebnis. Danach ergibt sich bei Betrieben, die sich wesentlich nur noch durch die Branchenzugehörigkeit unterscheiden, ein signifikanter und fast zehnprozentiger Lohnrückstand im ÖD. Doch auch für diese Ergebnisse mahnen die Autoren methodische Grenzen an und verweisen auf weiteren Forschungsbedarf (ebd.: 30f.). Für die zuletzt genannten Ergebnisse von Ellguth/Kohaut lassen sich weitere und differenziertere Ergebnisse finden. So verweist Vesper (2012: 21ff.) darauf, dass bezogen auf die tariflichen Lohnsteigerungen der ÖD gegenüber der Gesamtwirtschaft deutlich zurückliegt. So erreichte der ÖD von 1992 bis zum Jahr 2010 eine addierte Tarifsteigerung um 44 %, während der gesamtwirtschaftliche Durchschnitt bei 52 % lag. Bezogen auf die monatlichen Bruttobezüge der Vollzeitbeschäftigten ergeben sich nach dieser Quelle ebenfalls Differenzen. Der gesamtwirtschaftliche Zuwachs liegt hier bei 19,5 %, bei den Gebietskörperschaften lag der Zuwachs bei 16,6 % (beim Bund allerdings ähnlich hoch wie im Durchschnitt bei 19 %, bei den Gemeinden dagegen nur bei 15,9 %). Differenzen stellt Vesper auf beim Vergleich der Durchschnittseinkommen: Lag dieses im ÖD mit 2.710 Euro im Jahr 2002 9 Euro über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt, liegt Letzterer im Jahr 2010 mit 3.227 Euro um 67 Euro über den Vollzeiteinkommen im ÖD (ebd.).

13 Diese Ergebnisse bleiben auch im zweiten Analyseschritt des Autorenpaars (Matching-Verfahren) weitgehend stabil (Ellguth/Kohaus 2011: 31).

Differenzierter, jedoch mit Daten die nur bis zum Jahr 2007 reichen und unter Verweis auf wiederum spezifische methodische Grenzen, betrachten Kroos und Tepe (2010) die Lohndifferenzen. Nach deren Studien (Brutto- bzw. Nettostundenlöhne auf SOEP-Basis, Vergleichsjahre waren 2007 zu 1995) weisen vor allem niedrig Qualifizierte, Frauen und Beschäftigte in Ostdeutschland sowie nochmals deutlicher Beamtinnen und Beamte Einkommensvorteile gegenüber der Privatwirtschaft auf. Insbesondere das Erwerbseinkommen der Frauen ist im ÖD höher als in der Privatwirtschaft. Geschlechterpolitisch könne daher das Lohngefüge des ÖD gegenüber dem privaten Sektor weiterhin als vorbildhaft gelten, so die Autoren (ebd.: 6). Ähnliches treffe auch auf den geringen Lohnabstand nach unten zu. Hier profitierten insbesondere Männer mit niedriger Bildung von der Beschäftigung im ÖD. Der Vorteil der Beamtinnen und Beamten macht sich beim Vergleich der Nettostundenlöhne bemerkbar. Hier wirken sich die fehlenden Sozialversicherungsbeiträge positiv aus. Je höher der Bildungsgrad, desto geringer wird jedoch der Lohnvorteil, bis er dann in einen Lohnnachteil umschlägt, wobei die Schwelle (2007 zu 1995) gesunken ist. Deutlicher im Nachteil sind hier westdeutsche Männer. Beamtinnen und Beamte stehen wiederum etwas besser da als Tarifangestellte. Kroos und Tepe (2010: 9) vermuten hinter den insgesamt als sehr stabil eingeschätzten Ergebnissen eine Ermöglichung der Privilegierung der Beschäftigten im unteren Lohnsegment durch den gleichzeitig stattfindenden Personalabbau im ÖD. Allerdings verweisen sie darauf, dass mögliche Effekte der neuen Tarifregelungen (TVöD und TV-L) in ihren Daten noch nicht zum Tragen gekommen sein mögen. Anders sehe es im Sozialsektor aus, der von der Lohnentwicklung des ÖD abgehängt worden sei. Die weitere Differenzierung der Beschäftigten im ÖD, möglicherweise eine größere Ausdifferenzierung des Beschäftigtenstatus und damit des Lohngefüges im ÖD müssten weitere Untersuchungen zeigen (ebd.). Die Ergebnisse von Ellguth/Kohaut sind neueren Datums, geben hierauf jedoch auch keine eindeutige Antwort. Insofern bleibt die Frage nach den Lohndifferenzen zwischen ÖD und privatem Sektor als Forschungsfeld bestehen.

Wie oben schon angesprochen, ergibt sich für Ellguth/Kohaut (2011) die Schlussfolgerung, dass der ÖD die eher besseren Arbeitsbedingungen als die Privatwirtschaft bietet. Forschungsbedarf sehen die beiden Autoren vor allem zur Frage der Lohndifferenzen. Weiterhin machen sie darauf aufmerksam, dass ähnliche Untersuchungen auf einzelne Branchen bzw. Beschäftigungsfelder bezogen (z.B. private – öffentliche Banken, kommunale – private Versorgungsbetriebe) angestellt werden könnten (ebd.: 33). Hinzu kommen, wie oben schon von den Autoren verdeutlicht, die mit dem IAB-Betriebspanel nicht erfassbaren (subjektiven) Dimensionen *Intrinsische Qualität der Arbeitsplätze, Arbeitsschutz, Eingliederung und Zugang zum Arbeitsmarkt* (ebd.: 21). Auch fehlt für einen großen Teil der Beamten die Datengrundlage. Ferner wurde im Aufsatz nicht über die Dimensionen *Arbeitsorganisation und Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben* berichtet.

Der Grad und die Folgen subjektiver Arbeitsleistungen können mit der vorgestellten Analyse nicht erfasst werden. Hingegen stellt das Instrumentarium des DGB-Index Gute

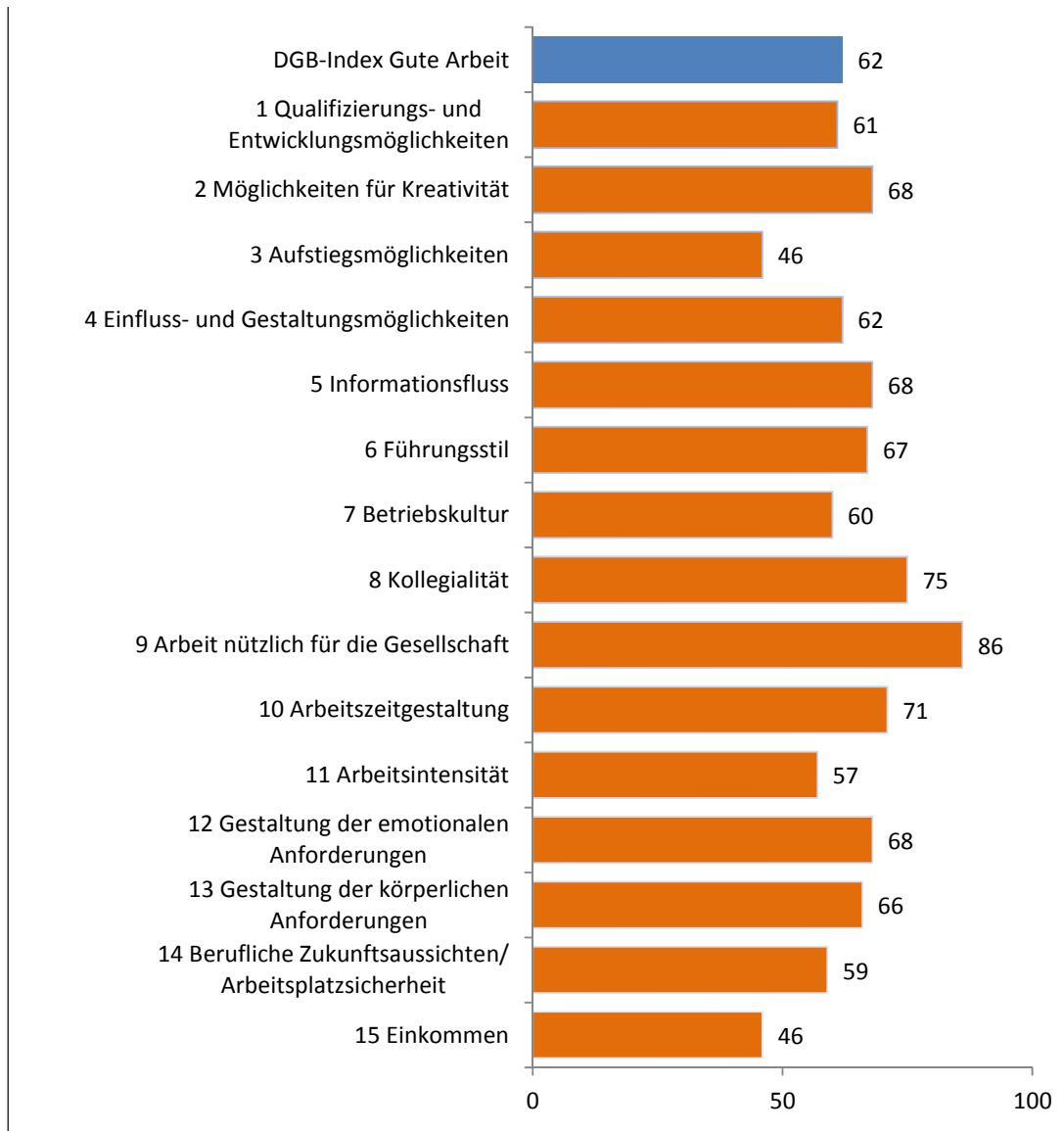
Arbeit die subjektive Sicht der Beschäftigten in den Mittelpunkt.¹⁴ Daher werden nunmehr die Ergebnisse der „Sonderauswertung öffentlicher Dienst“ (DGB-Index 2011¹⁵) vorgestellt. Der DGB-Index fragt die Einschätzung bzw. Zufriedenheiten der Beschäftigten in 15 Dimensionen ab und bildet daraus drei Teilindizes (Ressourcen, Belastungen, Einkommen und Sicherheit) und den Gesamtindex (siehe Abb. A2 im Anhang).¹⁶ Mit dieser Erhebung werden der von Ellguth und Kohaut nicht bearbeitbare Aspekt „intrinsische Qualität der Arbeitsplätze“ und der Indikator „selbst berichtete Arbeitszufriedenheit“ erfasst. Der ÖD erreicht in dieser Auswertung einen Gesamtindexwert von 62 (Maximalwert: 100). Allerdings ist die Streuung erheblich; für 18 % der Beschäftigten liegt der Indexwert bei über 80 im Bereich guter Arbeit, für knapp 55 % ist der Indexwert mittelmäßig, (50-80) und für etwas mehr als 27 % liegt er im Bereich schlechter Arbeit (unter 50) (DGB-Index 2011: 6f.).

14 Weiterhin stellen die alle sechs Jahre stattfindenden BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen subjektive Einschätzungen in den Mittelpunkt. Deren Ergebnisse werden in Kapitel 2.4 referiert.

15 Im Rahmen der repräsentativen Erhebung zum DGB-Index wurden im Jahr 2010 4.150 abhängig Beschäftigte befragt. Darunter waren 1.005 Beschäftigte des ÖD einschließlich 187 Beamtinnen und Beamte, die als Subgruppe im Bericht nicht gesondert ausgewiesen werden. Einige der hier relevanten Angaben (Gesundheit, Arbeitshetze) entstammen der Befragung aus dem Jahr 2009, bei der 1.953 Beschäftigte des ÖD befragt wurden (DGB-Index 2011: 4).

16 Zur Methode und Methodendebatte insbesondere um die Bildung der Indizes und der Indexwerte siehe Fuchs (2007), Prümper/Richenhagen (2009) sowie Fuchs/Kistler (2009).

Abb. 2: Indexpunkte* der Arbeitsdimensionen im öffentlichen Dienst



* „schlechte“ Arbeit unter 50, „mittelmäßige“ Arbeit zwischen 50 und 79, „gute“ Arbeit ab 80 Punkten

Quelle: DGB-Index (2011: 8)

Die Dimensionen Qualifizierung und Entwicklungsmöglichkeiten, Betriebskultur, Arbeitsintensität, berufliche Zukunftsaussichten/Arbeitsplatzsicherheit und mit deutlichem Abstand Aufstiegsmöglichkeiten und Einkommen schneiden unterdurchschnittlich ab. Demgegenüber überragt der Nützlichkeitsaspekt der Arbeit für die Gesellschaft, der Sinngehalt, alle anderen Werte erheblich. Die Autoren des DGB-Index schlussfolgern, dass die Arbeitszeitregelungen für viele Beschäftigte in Ordnung, aber die Arbeitsintensität und der Zeitdruck hoch seien; wichtige Ressourcen hingegen fehlten (Einfluss, Gestaltungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten). Ferner sei auffällig, dass die befristet Beschäftigten deutlich negativere Werte abgeben (38 % dieser Gruppe

haben kaum oder keine Ressourcen zur Verfügung und berichten von erheblichen Belastungen). Hingegen berichteten die Führungskräfte von deutlich besseren Arbeitsbedingungen als der Durchschnitt. Doch auch hier verfügt ein knappes Viertel über kaum ausreichende Ressourcen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und gibt starke Belastungen an. Schlussfolgernd könne der ÖD „nicht mehr als ‚Musterarbeitgeber‘ gelten“ (DGB-Index 2011: 9; ähnlich: 16). Im Vergleich zu allen Beschäftigten ergibt sich ein ähnliches Bild mit leichten Abweichungen nach oben und unten. Zumindest kann der ÖD nach diesen Zahlen keine Sonderstellung („Musterarbeitgeber“) für sich beanspruchen.

2.2 Beschäftigungsentwicklung und Alterung der Belegschaft

Ein Kernthema der Debatte um die Arbeitsqualität und die Gesundheitsfolgen im ÖD stellt der Personalabbau der letzten Jahrzehnte dar. Seit der Wiedervereinigung ist die Beschäftigung beim Staat erheblich gesunken (von etwas mehr als 6,7 Mio. im Jahr 1991 auf knapp 4,6 Mio. Arbeitskräfte im Jahr 2010), wobei seit 2005 wieder eine leichte Steigerung festzustellen ist. Von den 4,6 Mio. sind 59 % Arbeiterinnen und Angestellte, die anderen sind Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und Soldatinnen und Soldaten. Sie verteilen sich mit knapp 30 % auf die Gemeinden, mit etwa der Hälfte auf die Länder, mit circa 11,5 % auf den Bund und mit etwas über 8 % auf die Sozialversicherungsträger einschließlich der Bundesagentur für Arbeit sowie mittelbare und gemischte Beteiligungen (Statistisches Bundesamt 2011; siehe Tab. 2).

Tab. 2: Beschäftigte im ÖD nach Beschäftigungsverhältnis und Bereich im Jahr 2010*

Beschäftigungsbereich	Beamtinnen/ Beamte	Berufs- und Zeitsoldatinnen/ soldaten	Arbeitnehmer- innen/nehmer	Gesamt
Bund, Länder und Gemeinden/Gemeinde- verbände	1.565.086	185.725	1.888.639	3.639.450
Bund	129.556	185.725	141.983	457.264
Länder	1.253.453	–	687.243	1.940.696
Gemeinden/-verbände	182.077	–	1.059.413	1.241.490
Sonstige**	121.967	–	824.720	946.687
Gesamt	1.687.053	185.725	2.713.359	4.586.137

* Mit der im August 2012 erschienenen Beschäftigungsstatistik für das Jahr 2011 wurde das statistische Konzept erheblich verändert (Statistisches Bundesamt 2012: 6). Hintergrund ist die Ausgliederung von Aufgaben aus der Kernverwaltung der Gebietskörperschaften in rechtlich selbstständige Einrichtungen. Dadurch werden immer mehr Betriebe als privatrechtliche Einrichtung geführt, was nun in der Berichterstattung vereinheitlicht wurde. Dafür wurde die Trennung in unmittelbaren und mittelbaren öffentlichen Dienst aufgegeben. Ferner wurden die Darstellungsebenen an die VGR angepasst. Nunmehr werden vier Ebenen unterschieden: „Bundesbereich“, „Landesbereich“, „kommunaler Bereich“ und „Sozialversicherung (einschl. Bundesagentur für Arbeit)“. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wird im Weiteren das bis einschließlich 2010 gültige Konzept verwendet.

** Zweckverbände, Bundeseisenbahnvermögen und mittelbarer öffentlicher Dienst

Quelle: BMAS/BAuA 2012: 59

Nach diesen Zahlen betrug der Personalabbau 2,1 Mio. Stellen oder circa 31 %. Ein nicht unerheblicher Teil des Personalabbaus ist jedoch nicht mit einem Wegfall der Arbeitsplätze gleichzusetzen. Vielmehr erfolgten häufig Ausgliederungen aus den Kernhaushalten der öffentlichen Hand (mittelbarer ÖD) oder Privatisierungen. Beide Prozesse saldiert ergeben laut Vesper (2012: 42) einen Personalabbau in Höhe von 18 %. Unter Berücksichtigung der sog. Friedensdividende, also des starken Rückgangs der militärischen Beschäftigung nach dem Fall der Mauer, liegt der Rückgang der Beschäftigung nach Vesper bei 11 %. Angemerkt sei hier jedoch, dass die Ausgangszahl von Vesper von der oben genannten Zahl abweicht, die Differenz jedoch im Verlauf immer kleiner wird. Ursächlich sind hier, so Vesper, Differenzen zwischen der VGR und der Personalstandstatistik. Er zählt für das Jahr 1991 5,22 Mio. Beschäftigte zum öffentlichen Dienst, zu denen 325.000 in ausgelagerten Bereichen (Krankenhäusern, heute auch Hochschulen u.a.) des mittelbaren ÖD hinzukämen, insgesamt also 5.545 Mio. Für das Jahr 2010 gibt er die Werte mit 3,639 Mio. bzw. 845.000, insgesamt also mit 4,541 Mio. Beschäftigten im ÖD an (ebd.: 10).

Vesper (2012: 11) verweist auf den nicht unerheblichen Effekt der Teilzeitbeschäftigung im ÖD. Ihm zufolge nahm die Teilzeitbeschäftigung von 870.000 im Jahr 1991 auf 1,16 Mio. Personen im Jahr 2010 im unmittelbaren ÖD (Bund, Ländern und Gemeinden) zu (plus ein Drittel). Im gleichen Zeitraum sank hingegen die Zahl der Vollzeitbeschäftigten von 4,35 Mio. auf 2,48 Mio. (minus 43 %). Mit 1,16 Mio. nehmen die Teilzeitstellen nunmehr einen Anteil von knapp 32 % an der Gesamtbeschäftigung im unmittelbaren ÖD ein (1991: 17 %). Die Teilzeitbeschäftigung konzentriert sich bei den Ländern (ein knappes Drittel) und den Kommunen (40 %).¹⁷ Deutlich wird anhand dieser Zahlen, dass der Beschäftigungsrückgang im ÖD nicht allein nach Köpfen gemessen werden darf. Notwendig wäre eine Umrechnung in Vollzeitäquivalente um den tatsächlichen Personalabbau ermessen zu können. Diese Zahlen weist das Statistische Bundesamt seit dem Jahr 1998 aus (Fachserie 14, R. 6). Danach betrug der Rückgang bis zum Jahr 2012 13,1 %, wobei 2008 mit minus 15,35 % der Tiefstand erreicht war. Allerdings kann auch aus Zahlen der Personalabbau und die Unterbesetzung des ÖD nicht bestimmt werden. Restrukturierungen, Aufgaben- und Leistungsänderungen sowie der veränderte Technikeinsatz erschweren dies.

¹⁷ Hierzu gehören auch die Altersteilzeitbeschäftigten. Deren Zahl stieg bis zum Jahr 2000 rasch an und liegt im Jahr 2010 bei nunmehr 230.000 Beschäftigten.

Tab. 3: Beschäftigungsentwicklung im ÖD

	Unmittelbarer öffentlicher Dienst Bund, Länder und Gemeinden							
	Zusammen	Bund	Länder	Gemeinden	Zweckverbände	Mittelbarer öffentl. Dienst	Insgesamt	Staat insgesamt
Personalstandsstatistik								
30.06.1991	5.220	652	2.572	1.996	56	325	5.600	5.050
30.06.1995	4.735	546	2.453	1.736	66	450	5.251	4.851
30.06.2000	4.277	502	2.273	1.502	70	488	4.835	4.635
30.06.2001	4.142	494	2.179	1.470	67	545	4.755	4.576
30.06.2002	4.088	490	2.156	1.442	71	588	4.747	4.564
30.06.2003	4.056	491	2.155	1.410	70	595	4.721	4.555
30.06.2004	3.936	493	2.116	1.327	65	614	4.615	4.498
30.06.2005	3.836	481	2.077	1.278	60	652	4.548	4.497
30.06.2006	3.793	477	2.055	1.261	56	678	4.526	4.512
30.06.2007	3.658	474	1.948	1.235	55	779	4.492	4.520
30.06.2008	3.612	462	1.929	1.220	56	790	4.458	4.532
30.06.2009	3.617	460	1.922	1.235	57	828	4.502	4.580
30.06.2010	3.639	457	1.941	1.241	57	845	4.541	4.602
Veränderungen in %								
1995/1991	-9,3	-16,2	-4,6	-13,0	18,7	38,4	-6,2	-3,9
2000/1995	-9,7	-8,1	-7,3	-13,4	5,9	8,5	-7,9	-4,5
2010/2000	-14,9	-8,9	-14,6	-17,4	-18,1	73,1	-6,1	-0,7
2010/1991	-30,3	-29,9	-24,5	-37,8	3,0	159,8	-18,9	-8,9

Quelle: Vesper (2012: 10)

Nach Aufgabenbereichen unterteilt stellt Vesper allein für den Bereich öffentliche Sicherheit und Ordnung mit 4,3 % einen Zuwachs an Personal fest. Weitgehend unverändert blieb die Zahl der Beschäftigten im Rechtsschutz, gesunken ist sie in den Bereichen politische Führung und zentrale Verwaltung mit einem Rückgang um zunächst ein Fünftel in den 1990er Jahren. Nach einer Wiederaufstockungsphase liegt das Beschäftigtenminus nunmehr bei 13 %. In der Finanzverwaltung waren diese Phasen gegenläufig mit einem heutigen Abbau in Höhe von etwas unter 8 %. Vesper gibt an, dass sich bezogen auf die Einwohner in Deutschland von 1995 bis zum Jahr 2010 die staatlichen Verwaltungsleistungen durch den Personalabbau um circa 6 % verringert haben (ohne Verteidigung). Im Vergleich mit europäischen Ländern liege der Umfang des ÖD in Deutschland bezogen auf die Gesamteinwohner etwa im Durchschnitt (Vesper 2012: 13f.).

Infolge der mit dem Personalabbau verbundenen restriktiven Einstellungspraxis hat sich die Altersstruktur im ÖD erheblich verschoben. Insbesondere die Beschäftigten ab

einem Alter von 45 Jahren haben nach Anteilen deutlich zugenommen (von 43,3 % auf 53,2 %), während der Anteil der jüngeren Beschäftigten rückläufig ist (von 56,7 % auf 46,8 %). Verdoppelt hat sich seit dem Jahr 2000 der Anteil der über 60-Jährigen (siehe Tab. 4). Die letztgenannte Steigerung ist auch eine Folge des deutlich erhöhten Renteneintrittsalters, das im engeren ÖD 1995 noch bei 57,58 Jahren lag und auf nunmehr 61,4 Jahre gestiegen ist (ebd.: 21).

Tab. 4: Altersgruppen der Beschäftigten (Bund, Länder, Gemeinden)

	Im Alter von ... bis unter ... Jahren						
	Unter 25	25 – 35	35 – 45	45 – 55	55 – 60	60 und mehr	Insgesamt
2000	344.940	1.012.519	1.426.422	1.373.016	561.863	190.123	4.908.883
2002	331.908	921.503	1.392.678	1.437.991	499.512	225.498	4.809.090
2006	278.574	777.616	1.232.484	1.429.901	585.389	272.078	4.576.042
2010	282.968	809.600	1.050.093	1.425.651	653.329	364.496	4.586.137
	Anteile in %						
2000	7,0	20,6	29,1	28,0	11,4	3,9	100
2002	6,9	19,2	29,0	29,9	10,4	4,7	100
2006	6,1	17,0	26,9	31,2	12,8	5,9	100
2010	6,2	17,7	22,9	31,1	14,2	7,9	100

Quelle: Vesper (2012: 20)

Infolge dieser Verschiebungen ist das Durchschnittsalter der Beschäftigten erheblich angestiegen. Das Durchschnittsalter der Beschäftigten des Bundes erhöhte sich von circa 42 Jahren im Jahr 1993 auf etwas über 45 Jahre im Jahr 2010 (BMI 2011a: 26). Damit waren die Beschäftigten der Bundesverwaltung (ohne SoldatInnen) im Jahr 2009 bereits um drei Jahre älter als die übrige Erwerbsbevölkerung insgesamt (BMI 2011c: 219). Clemens (2010: 21; im Detail abweichende, aber in der Tendenz ähnliche Zahlen in BMI 2011c: 219f.) weist mit Daten aus dem Jahr 2009 darauf hin, dass bspw. in der Bundesverwaltung bereits ein Drittel der Beschäftigten über 50 Jahre alt ist und deren Anteil auf 42 % im Jahr 2020 steigen wird. Ferner würde in den Ministerialverwaltungen der ostdeutschen Bundesländer in den nächsten 17 Jahren 54 % und in den westdeutschen 61 % der Beschäftigten in Altersrente bzw. Pension gehen (ähnlich auch bei den Gemeinden). Durch die Einführung der Rente mit 67 bei Angestellten wie Beamtinnen und Beamten wird diese Altersverschiebung einen zusätzlichen Impuls bekommen. Die Bundesregierung (BMI 2011c: 219) selbst sieht dies in ihrem Demografiebericht nicht nur nachteilig, denn dadurch ergebe sich auch ein Mehr an Erfahrungswissen im ÖD. Allerdings weist das BMI (2012d: 54f.) in seinem neuesten Gesundheitsförderungsbericht auch darauf hin, dass die Fehlzeiten mit dem Lebensalter der Beschäftigten stark zunehmen.

Die produktive Nutzung des Erfahrungswissens der Älteren, darauf weist Clemens (2010: 3ff.) hin, erfordert eine deutliche Steigerung der Auseinandersetzung mit alters-

und altersgerechten Arbeits- und Leistungsbedingungen im ÖD. Clemens mahnt hierfür eine Gesamtstrategie an. Für ein demografiesensibles Personalmanagement erachtet er eine weitere Entwicklung der Dienstrechtsreform als notwendig. Damit sollten die Voraussetzungen für Maßnahmen der Laufbahnplanung und des Karrieremanagements geschaffen werden. Diese wiederum sollten Anreize für eine Motivationsförderung beinhalten. Zwar lägen durchaus viele Studien zu den Bausteinen einer alters- und altersgerechten Erwerbsarbeit vor, aber im Bereich des ÖD gebe es nur „wenige empirische Erkenntnisse über Voraussetzungen und Wirkungsweisen von unterschiedlichen Maßnahmen als Leistungsanreize in der öffentlichen Verwaltung“ (ebd.: 3). Hierzu zählt Clemens die ganzheitliche und vielseitige Gestaltung von Aufgaben, Arbeitsautonomie, Abgabe von Verantwortlichkeit, Personalentwicklung und Weiterbildung sowie einen partizipativen Führungsstil, flexible Arbeitszeiten und Work-Life-Balance. Notwendig sei entsprechende Forschung mit Modellprojektcharakter. Das BMI (2012d: 9) sieht mittlerweile Handlungsbedarf und benennt die Schaffung von Bewusstsein bei den Verantwortlichen durch differenzierte Alters-, Gesundheits- und Personalstrukturanalysen sowie das Ergreifen von alters- und altersgerechten Maßnahmen, um die Älteren beschäftigungsfähig und motiviert zu halten, als Aufgaben.

Vesper (2012: 45f.) weist aufgrund der „Überalterung“¹⁸ des ÖD auf den hohen Ersatzbedarf in den nächsten Jahren hin. Er geht deshalb von jetzt 70.000 und zukünftig bis zu 140.000 Personen als jährlichen Personalbedarf für den gesamten ÖD aus. Weil davon circa 30 % dem höheren Dienst mit im Regelfall akademischer Bildung als Voraussetzung zugehören, dürfte hier die Konkurrenz um Fachkräfte zunehmen. Neben diesem Ersatzbedarf ermittelt Vesper überschlägig auch den Bedarf an zusätzlichem Personal im ÖD (ebd.: 46f.). Nach seinen Analysen summiert er sich auf knapp 100.000 Stellen. Dessen Finanzierbarkeit sieht Vesper vor dem Hintergrund der Schuldenbremse jedoch äußerst skeptisch. Kroos und Tepe (2010: 8) werfen die Frage auf, ob die von ihnen besonders für qualifizierte Bereiche festgestellten Lohndifferenzen der Rekrutierung des Personals im Wege stehen könnten. Vor dem geschilderten Hintergrund steht die Nachwuchsrekrutierung vor erheblichen quantitativen und qualitativen Herausforderungen, worauf nunmehr auch das BMI (2012d: 9) in seinem Gesundheitsförderbericht indirekt hinweist. Bemerkenswert dabei ist, dass zumindest ein weiterer Personalabbau durch den Bundesdienstherrn selbst in Frage gestellt und eine langfristig an Leistungsanforderungen und Nachhaltigkeit ausgerichtete Personalmanagementstrategie vorsichtig zur Debatte gestellt wird (Köppl 2011).

18 Für Clemens (2010: 23f.) ein problematischer Begriff. Da hierfür keine Definition vorliegt, vergleicht er die Altersstrukturen mit anderen Sektoren und kommt zu keinen eindeutigen Ergebnissen. Zudem argumentiert er, dass man einen hohen Anteil älterer Beschäftigter auch auf gute Arbeitsbedingungen zurückführen könne und insofern positiv bewerten müsse. Insgesamt schlägt er vor, von einer problematischen bzw. unausgewogenen Altersstruktur der Beschäftigten im ÖD zu sprechen.

2.3 Modernisierung und Leistungsentgelte

Markant an der Entwicklung des öffentlichen Dienstes in den vergangenen zwei Dekaden sind dessen Reorganisationsprozesse und die damit verbundene Ausrichtung an Leistung und Effizienz. Das schwerpunktmäßig auf kommunaler Ebene verankerte „Neue Steuerungsmodell“ (NSM; zur Umsetzungsbilanz siehe Bogumil et al. 2007) leitete die Modernisierung an.¹⁹ Damit wurde auf vielfältige Kritik reagiert. Mit dem NSM sollte der ÖD vor allem bürgerfreundlicher und effizienter werden. Die davon ausgelösten Reorganisationsprozesse fielen zusammen mit Ressourcenverknappung und Sparbemühungen der öffentlichen Hand. Zeitgleich kam es zu Zuständigkeits- und Aufgabenveränderungen, zu Privatisierung und Einsparungen. Die ursprüngliche Zielrichtung der Modernisierungsmaßnahmen, die Legitimität und Effizienz des ÖD zu erhöhen, vermengte sich daher mit Sparbemühungen. Die Erfolgsbilanz beider Prozesse fällt ambivalent aus. Viele Reorganisationsprozesse seien stecken geblieben, Reformmüdigkeit habe sich breitgemacht, die Einsparziele seien nicht erreicht worden. Demgegenüber wird auf die gestiegene Bürgerfreundlichkeit, die Verschlinkung der Verwaltung und auf die erst spät wirksamen Grundlagen für zukünftige Erfolge und neue Dynamiken der Reorganisationsprozesse verwiesen. Daher müsse ein längerer Wirkungs- und Bewertungszeitraum angewandt werden (so z.B. die konträren Positionen von Banner 2008 und Holtkamp 2008). Für die Beschäftigten bedeuten die Reorganisationsmaßnahmen bei gleichzeitigen Einsparungen, folgt man der Literatur, erhebliche Mehranstrengungen und Verunsicherungen (siehe BMAS/BAuA 2012: 72ff.).

Eine neue unterstützende Dynamik erfuhren die beiden Ziele Effizienzverbesserung und Einsparung durch die Reform hin zum Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD für Bund und Kommunen sowie TV-L, Tarifvertrag der Länder). Während das alte Tarifrecht als hinderlich für die Modernisierung des ÖD galt, erhofften sich die öffentlichen Arbeitgeber mit der Reform eine deutliche tarif- und entlohnungsseitige Stützung der Verwaltungsmodernisierung.²⁰ Die Gewerkschaft Verdi verband mit dem TVöD zwar durchaus ähnliche Ziele wie die Arbeitgeberseite, doch rückte im Laufe der Verhandlungen der Erhalt eines für den gesamten ÖD einheitlichen Tarifwerks in den Vordergrund (Schmidt et al. 2011a: 90ff.; 2011b: 9ff., 201ff.). Letzteres gelang nur begrenzt, da die Länder aus der Tarifgemeinschaft ÖD ausstiegen (Keller 2010: 63ff.). Mittlerweile ist die Tariflandschaft des ÖD auch durch zahlreiche seit dem Jahr 2005 mögliche Abweichungen vom TVöD auf kommunaler Ebene heterogener und vielfältiger gewor-

19 Wobei die Grundideen des NSM, geprägt von der Debatte um ein New Public Management, mehr oder weniger auf allen Ebenen der Modernisierung des ÖD Einzug hielten.

20 Jörges-Süß/Süß (2011) kommen zu dem Schluss, dass die Einführung leistungsorientierter Bezahlung im ÖD keine aktive Umsetzung einer gezielten Personalstrategie war als vielmehr eine passive Reaktion auf Haushaltsengpässe, Effizienz- und Modernitätskritik.

den (ebd.: 85ff.).²¹ Zur tarifvertraglichen Modernisierung gehören leistungsorientierte Entlohnungskomponenten²². Nicht nur ist eine Mehrheit der Personalräte für dessen Abschaffung (Schmidt et al. 2011b: 189), auch aus Sicht der Evaluation auf kommunaler Ebene stellt sich die entgeltseitige Umsetzung des Leistungsgedankens als problematisch dar. Trotz oder wegen des hohen Symbolgehalts des Themas fehle es an einer hinreichend überzeugten und aktiven Trägerschaft für das Projekt (ebd.: 195ff.). Auf Länderebene (TV-L) führte dies im Jahr 2009, also zwei Jahre nach Einführung, wieder zur Abschaffung des § 18, in dem das Leistungsentgelt geregelt war.

Die leistungsorientierte Entlohnung (LOE) stellt in der Interpretation von Schmidt et al. (2011a: 78) „eine Fortführung der Verwaltungsmodernisierung mit tarifpolitischen Mitteln“ dar. Die Autorinnen und Autoren untersuchen, bezogen auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen (Schmidt/Müller/Trittel 2011a/b) und bundesweit (Schmidt/Müller 2012), den von heftigen Auseinandersetzungen, vor allem auf tarifpolitischer Ebene, geprägten Prozess der Einführung der LOE in den Kommunen. Ausgehend von den Zielsetzungen des § 18 TVöD, Motivation, Eigenverantwortung und Führungskompetenz zu stärken, sind einige der Untersuchungsergebnisse für den Zusammenhang von Leistungspolitik und Gesundheit relevant. Einschränkend gilt, dass gesundheitliche Folgen nicht erhoben wurden, sondern Personalverantwortliche, Personalräte und Beschäftigte nach ihren Einschätzungen zum Umsetzungsprozess befragt wurden.

Zwar werden die Auswirkungen insgesamt als schwach bezeichnet, doch zeigen sich einige bemerkenswerte Effekte. So stimmen in der NRW-Studie drei Viertel der befragten Personalräte der Aussage zu, dass Neid und Konkurrenzdenken durch leistungsorientierte Bezahlung (LOB) begünstigt werde. Auch die Mehrheit der befragten Beschäftigten und Führungskräfte äußert sich ähnlich. Die Autoren vermuten, dass eine Ausschüttung der Leistungsbestandteile der Lohnsumme zwar auch nach Leistung erfolgen solle, dass aber die Honorierung von besonderer Leistung zugleich ein Misstrauen gegenüber der selbstverständlichen Leistungsbereitschaft der Beschäftigten, somit Kritik an ihrer intrinsischen Motivation beinhalte. Das materielle Volumen, um das es hier geht, ist wohl gering, aber eine Veränderung (als „Ökonomisierung“ und „Vermarktlichung“ der Beziehung zwischen Dienstherrn und Beschäftigten) wird deutlich wahrgenommen. Eine Motivationssteigerung durch LOB, welche explizites Ziel der tarifvertraglichen Regelung ist, wird nur von wenigen Beschäftigten, Führungskräften und Betriebsräten gesehen (circa 10 %). Deutlich mehr Zustimmung bekommt die Frage nach der Anreizwirkung der LOB (ein Drittel bis die Hälfte der Beschäftigten sehen solche) (Schmidt et al. 2011a: 88ff.).

21 Wobei allerdings die tarifvertragliche Deckungsrate in der öffentlichen Verwaltung weiterhin sehr hoch bei 98 % liegt (vgl. Keller 2010: 91). Im Gegensatz zur Situation in der Privatwirtschaft geht es im Kernbereich des ÖD weniger um Tarifflicht, also um den Austritt aus dem Arbeitgeberverband und einzelbetriebliche Durchsetzung von Regelungen unterhalb des Tarifvertrags, als vielmehr um eine Veränderung der Inhalte des Tarifvertrags durch starke Tarifvertragsparteien (Schmidt et al. 2011b: 12ff.).

22 Der Umfang des Leistungsentgelts fällt vergleichsweise gering aus. So wurde bspw. im Tarifabschluss 2010 für die Kommunen geregelt, dass das Leistungsentgelt in vier Stufen von jeweils 0,25 % bis zum Jahr 2013 auf dann insgesamt 2,0 % erhöht wird (Bispinck/WSI Tarifarchiv 2010: 21).

Die leicht positive Bilanz der LOB setzt sich in mehreren der weiter erhobenen Merkmale fort. So steigt die Zahl der Mitarbeitergespräche mit der Einführung von LOB deutlich an, insbesondere beim Einsatz von Zielvereinbarungen. Laut Aussagen der Personalräte hätten vor deren Einführung nur in 7 % der Kommunen „überwiegend“ solche Gespräche stattgefunden und danach in 76 % (Schmidt et al. 2011a: 92). Fasst man Tabelle 7 zusammen, so zeigen sich bis auf die Einschätzungen der Personalräte bei Motivation und Wirtschaftlichkeit bei allen anderen Dimensionen leicht positive Effekte (bei Nichtbeachtung der Kategorie „unverändert“).

Tab. 5: Effekte der leistungsorientierten Bezahlung*

	Verbes- sert (1)	Eher verbes- sert (2)	Un- verän- dert (3)	Eher ver- schlech- tert (4)	Ver- schlech- tert (5)	Mittelwert (Standard- fehler MW)
Dienstleistungsqualität	3	14	81	1	1	2,83 (0,044)
Mitbestimmung bei Leistungsfragen	2	19	72	5	1	2,85 (0,50)
Eigenverantwortung	2	13	81	3	1	2,87 (0,044)
Führen mit Zielen	3	19	64	11	2	2,90 (0,064)
Beteiligung der Beschäftigten	2	18	68	11	2	2,93 (0,053)
Führungskultur	2	19	62	16	1	2,94 (0,058)
Wirtschaftlichkeit	3	6	80	3	8	3,07 (0,061)
Motivation	3	10	63	20	4	3,12 (0,061)

* Personalrätebefragung, Frage: „Welche Effekte hatte die Einführung der LOB auf nachfolgende Punkte?“

Quelle: Schmidt et al. (2011a: 93)

Ein ähnliches Bild ergibt die Befragung der Personalräte hinsichtlich der Ziele von Arbeitgebern und Personalräten (Tab. 6). Zwei für die Gesundheit der Beschäftigten nicht unrelevante Dimensionen fallen leicht negativ aus, während die anderen leicht positiv in der Einschätzung der Personalräte ausfallen. Danach wurde, analog zu den oben dargestellten Befunden, die Motivation der Beschäftigten beeinträchtigt, und eine Begrenzung des Leistungsdrucks wurde nicht erreicht.

Tab. 6: Mit der Einführung von Leistungsentgelten verbundene Ziele der Arbeitgeber und Personalräte

	„Welche speziellen Ziele verfolgt der Arbeitgeber mit der LOB-Umsetzung?“		„Welche speziellen Ziele verfolgt der Personalrat mit der LOB-Umsetzung?“		„Welche Effekte hatte die Einführung der LOB auf nachfolgende Punkte
	Mittelwert (Standardfehler MW)	Wichtigste Ziele	Mittelwert (Standardfehler MW)	Wichtigste Ziele	Mittelwert (Standardfehler MW)
Bessere Dienstleistungsqualität	2,27 (0,092)	(X)	2,75 (0,096)		2,83 (0,044)
Mehr Motivation	2,30 (0,099)	(X)	2,36 (0,102)		3,12 (0,061)
Verbesserte Wirtschaftlichkeit	2,49 (0,098)	(X)	3,21 (0,094)		3,07 (0,061)
Mehr Eigenverantwortung	2,61 (0,096)		2,38 (0,098)		2,87 (0,044)
Mehr Leistungsdruck	2,67 (0,099)		4,18 (0,077)		2,38 (0,054)
Bessere Führungskultur	2,80 (0,099)		2,17 (0,101)	(X)	2,94 (0,058)
Führen mit Zielen	3,06 (0,105)		2,68 (0,110)		2,90 (0,064)
Beteiligung der Beschäftigten	3,13 (0,089)		2,15 (0,096)	(X)	2,93 (0,053)
Er verfolgt keine besonderen Ziele	3,26 (0,125)		3,41 (0,123)		
Mehr Mitbestimmung bei Leistungsfragen	3,57 (0,089)		2,20 (0,097)	(X)	2,85 (0,050)
Begrenzung des Leistungsdrucks	3,93 (0,080)		2,87 (0,113)		3,62 (0,054)

Quelle: Schmidt et al. (2011a: 94)

Schmidt et al. (2011a: 95ff.) finden Anzeichen, dass der mit LOB verbundene Aufwand vor dem Hintergrund begrenzter Finanzen und die mögliche Verschlechterung des Verhältnisses zu den Beschäftigten manche Arbeitgeber veranlasst hat, solche Entgelte nicht oder sehr pauschal einzuführen. Ferner machen die Autoren auf die begrenzte Aussagekraft ihrer Ergebnisse aufmerksam: Eingrenzung auf NRW, fehlende Kausalitäten, weitere Entwicklungschancen von LOB. Zumindest regional kann die derzeit stattfindende bundesweite Erhebung von LOB bei den Kommunen die Begrenztheit überwinden (Schmidt/Müller 2012). Hierzu liegen erste Teilergebnisse aus der Fragebogenerhebung vor. Die Ergebnisse verweisen in eine ähnliche Richtung. Einzig der Motivationsaspekt schneidet hier besser, nämlich leicht positiv ab. Die anderen negativ konnotierten Aspekte „Begrenzung des Leistungsdrucks“ und „Verhältnis unter Kolle-

gInnen“ bleiben leicht negativ (ebd.: 19). Als problematische Effekte der Einführung von LOB werden Misstrauen, Demotivation, Konflikte, Neid und Konkurrenzdenken, Leistungsdruck und mit Abstand am häufigsten Verwaltungsaufwand genannt. Die Ergebnisse stimmen bei Arbeitgebern und Personalräten in den Prozentpunkten nicht exakt überein, liegen aber allesamt sehr nahe zusammen (ebd.: 21). Die Ergebnisse zur Leistungsthematik werden vertieft (ebd.: 29ff.). Für 88 % der Arbeitgeber und 88,2 % der Personalräte haben nach dieser Befragung die Leistungsanforderungen an die Beschäftigten in den letzten Jahren leicht bis stark zugenommen. Als Ursachen hierfür werden zuvorderst wachsende Aufgabenbereiche, Stellenabbau und Haushaltsengpässe genannt. Neue Führungsmethoden und LOB sind hingegen deutlich weniger relevant (siehe Tab. 7).

Tab. 7: Ursachen steigender Leistungsanforderungen (in %)*

	Arbeitgeber		Personalrat	
	alle	Anwender**	alle	Anwender
Wachsende Aufgaben	91,6	93,2	92,2	91,0
Stellenabbau bei gleichen oder wachsenden Aufgaben	70,9	65,8	86,4	81,9
Haushaltsengpässe	60,6	64,9	65,8	67,2
Neue Führungsmethoden	16,2	15,0	29,1	27,7
Leistungsorientierte Bezahlung	13,3	15,2	15,0	20,1

* Prozentwerte für „wichtig“ aus einer dreistufigen Skala

** Anwender = differenzierte LOB

Quelle: Schmidt/Müller (2012: 30)

Zwar stimmen sowohl Arbeitgeber als auch Personalräte mehrheitlich darin überein, dass sich die Einflussmöglichkeiten des Personalrats nach der Einführung von LOB kaum verändert haben (66 % bis 75 % Zustimmung), überwiegend wird aber die Einschätzung vertreten, der Einfluss habe eher zu- als abgenommen. Insofern sind auch hier wiederum leicht positive Effekte zu vermerken. Allerdings nutzen die Personalräte LOB nur in Ausnahmefällen für eigene leistungspolitische Ansätze. Die Beteiligung der Beschäftigten fällt, wie oben schon abgesprochen, durch Mitarbeitergespräche sehr hoch und nochmals höher bei Gesprächen über Zielvereinbarungen aus. Zugleich sind Zielvereinbarungen, darauf weisen Schmidt/Müller (2012: 30f.) hin, besser geeignet, Leistungsanreize zu setzen.

2.4 Gesundheit im öffentlichen Dienst²³

Der im Sommer 2012 von BMAS und BAuA veröffentlichte Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010“ enthält Angaben zu den Arbeitsbedingungen, Arbeitsunfällen²⁴, Berufskrankheiten und Restrukturierungen im ÖD. Die Angaben zu den Arbeitsbedingungen beruhen auf der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung von 2005/2006. Die Wiederholung dieser Befragung fand nunmehr statt. Erste Ergebnisse daraus wurden mit dem „Stressreport Deutschland 2012“ zum Jahreswechsel 2012/13 in anderer Systematik veröffentlicht (Lohmann-Haislah 2012). Neuere Angaben gegenüber dem Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010“ enthält der weiter unten dargestellte DGB-Index.

Laut „Stressreport 2012“ hat es bei den Anforderungen und Ressourcen seit der Befragung 2005/2006 kaum Veränderungen gegeben. Die Anforderungen haben sich auf zum Teil hohem Niveau stabilisiert, und subjektiv wahrgenommene Belastungen und Beschwerden haben teilweise zugenommen (BAuA 2013). Die Ergebnisse der Befragung 2005/2006 zeigen auf, dass sich die Beschäftigten im ÖD häufiger als die Gesamtheit der Erwerbstätigen ihren Aufgaben gegenüber gewachsen fühlen (84,1 % im ÖD zu 81,6 % alle Beschäftigte). Eher unterfordert fühlen sich 11 % gegenüber 13,9 %. Eher überfordert äußern sich 4,9 % gegenüber 4,5 % im Gesamtdurchschnitt. Bezogen auf die Arbeitsmenge fühlen sich hingegen weniger Beschäftigte im ÖD den Anforderungen gewachsen (73,2 % zu 76,4 %). Eher überfordert äußern sich 21,7 % zu 17,2 % und eher unterfordert 5,1 % zu 6,4 %. Erwartungsgemäß werden die körperlichen Arbeitsbelastungen gegenüber der Industrie seltener und gleichauf mit dem Dienstleistungssektor genannt. Jedoch sind mit 25,6 % deutlich mehr Beschäftigte im ÖD mit den körperlichen Arbeitsbedingungen unzufriedener als der Durchschnitt (circa 10 % weniger). Deutlich überdurchschnittlich fallen einige psychische Belastungen im ÖD aus (BMAS/BAuA 2012: 64ff.).

Tab. 8: Arbeitsanforderungen im ÖD und Gesamt

Arbeitsanforderung	ÖD	Gesamt
Anforderungen in Bezug auf neue Arbeiten	42,5 %	39,5 %
Verbessern von Verfahren	31,0 %	27,9 %
Verlangen von nicht Gelerntem	9,8 %	9,0 %
Gleichzeitiges im Auge behalten von verschiedenen Vorgängen	64,6 %	58,9 %
Häufige Störungen	49,5 %	46,6 %

Quelle: BMAS/BAuA (2012: 64/66)

23 An dieser Stelle nicht vertieft werden Krankenstandsdaten. Diese liegen, wie im ersten Kapitel schon erwähnt, im ÖD über dem Durchschnitt der Versicherten. Eine Ursache hierfür liegt in unterschiedlichen statistischen Maßen, der gehobenen Altersstruktur der Beschäftigten des ÖD und dem etwa 50 % höheren Anteil Schwerbehinderter gegenüber der Privatwirtschaft. Entsprechend werden die reinen Vergleichszahlen um diese Werte korrigiert. Im Ergebnis liegt die bereinigte Krankenstandsquote der Bundesverwaltung jedoch weiterhin um 1,27 % höher als diejenige der erwerbstätigen AOK-Versicherten (siehe Kap. 0 sowie 3.5).

24 Die Angaben zu den Unfällen und den Berufskrankheiten werden hier nicht näher wiedergegeben. Mehr als die Hälfte der Arbeitsunfälle ist in den drei Bereichen Allgemeine Verwaltung, Gesundheitsdienst und Nachrichtenwesen und darin zum Teil bestimmten Berufsgruppen (Briefverteiler) zuzuordnen (siehe ausführlicher BMAS/BAuA 2012: 68ff.).

Unterdurchschnittlich werden hingegen die folgenden Aspekte „starker Termin- und Leistungsdruck“ (50,3 % zu 53,9 %) sowie „sehr schnell arbeiten“ (37,5 % zu 44,1 %) genannt. Überwiegend gilt, dass die Beschäftigten im ÖD sich durch diese Bedingungen höher belastet fühlen als die anderen Beschäftigten. Bei den abgefragten gesundheitlichen Beschwerden zeigen sich bei den mit psychischen Belastungen in Zusammenhang stehenden Beschwerden erhöhte Werte: Kopfschmerzen (34,6 % zu 28,9 %), nächtliche Schlafstörungen (23,1 % zu 19,7 %), allgemeine Müdigkeit (45,3 % zu 42,7 %), Nervosität und Reizbarkeit (29,9 % zu 27,4 %). Überdurchschnittlich viele der davon Betroffenen gehen zum Arzt. Mit zunehmenden Alter nehmen die Arbeitsunfähigkeitstage zu, was vor dem Hintergrund der Altersstruktur des ÖD ein wichtiger Hinweis auf größer werdende Problemlagen ist (BMAS/BAuA 2012: 64, 66).

Im Stressreport 2012 werden die Zahlen nach drei hier relevanten, nicht passgenauen Bereichen ausgewiesen: „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherungen“, „Erziehung und Unterricht“ sowie „Gesundheit und Sozialwesen“. Wie schon erwähnt, hat sich das zum Teil hohe Anforderungsniveau weitgehend stabilisiert. Aus beiden Gründen werden die Zahlen daher hier nicht nochmals ausgewiesen. Interessant ist allerdings die Zusammenfassung auffälliger Befunde nach den Wirtschaftszweigen (Tab. 50 in Lohmann-Haislah 2012: 168ff.). Danach ergibt sich folgendes Bild der drei Bereiche (Tab. 9):

Tab. 9: Überdurchschnittliche Anforderungen in drei Wirtschaftszweigen

Auffällige Befunde (nur überdurchschnittliche Befunde aufgeführt)	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversi- cherungen	Erziehung und Unterricht	Gesundheit und Sozialwesen
Verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig betreuen	+	++	++
Starker Termin- und Leistungsdruck			+
Ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge			+
Bei der Arbeit gestört, unterbrochen	+		+
Konfrontation mit neuen Aufgaben	+	++	
Sehr schnell arbeiten müssen			+
Verfahren verbessern, Neues ausprobieren		++	+
Arbeitsdurchführung detailliert vorge-schrieben			+
Arbeiten an der Grenze der Leistungs-fähigkeit			++
Nicht Erlerntes/Beherrschtes wird ver-langt		+	
Tatsächlich >48 Std./Woche		+	
Tatsächlich >40-48 Std./Woche	++		
Schichtarbeit			+

Samstagsarbeit			+
Sonn- und Feiertagsarbeit		+	++
Rufbereitschaft/Bereitschaftsdienst	+		++
Pausenausfall		+	++
Vereinbarkeitsprobleme		+	+
Befristetes Arbeitsverhältnis	+	++	+
Negative wirtschaftliche Lage des Betriebes			+
Umstrukturierungen in den letzten 2 Jahren	+		+
Selbst entscheiden, wann Pause gemacht wird*		++	+
Einfluss auf die Arbeitsmenge*	+		
Gute Zusammenarbeit mit Kollegen*		+	
Hilfe/Unterstützung von Kollegen*	+	+	
Hilfe/Unterstützung vom direkten Vorgesetzten*	+		+
Stresszunahme in den letzten 2 Jahren	+	+	+
Quantitative Überforderung (mengenmäßig)		++	++
Qualitative Überforderung (fachlich)			+
Quantitative Unterforderung (mengenmäßig)	+		
Mind. 1 Beschwerde			+
Mind. 1 muskuloskeletale Beschwerde			+
Mind. 1 psychovegetative Beschwerde		+	+
Körperliche und emotionale Erschöpfung		+	+
Negativer subjektiver Gesundheitszustand			+
<i>Nachrichtlich:</i>			
<i>Σ Häufigkeit in diesem Bereich liegt über dem Durchschnitt</i>	<i>11</i>	<i>10</i>	<i>21</i>
<i>Σ Häufigkeit in diesem Bereich nimmt einen Spitzenplatz ein</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>6</i>

+ Häufigkeit in diesem Bereich liegt über dem Durchschnitt

++ Häufigkeit in diesem Bereich nimmt einen Spitzenplatz ein

* Ressourcenmerkmal – Werte sind dann auffällig, wenn sie unter dem Durchschnitt liegen (ein Punkt) bzw. im Vergleich besonders niedrig ausfallen (zwei Punkte).

Quelle: Lohmann-Haislah (2012: 168ff.); eigene Summierung

Wir haben in der obigen Tabelle die Einzelpositionen zum Vergleich summiert. Ähnliche hohe Bereichssummen wie „Gesundheit und Pflege“ erreichen nur das „Gastgewerbe“ (10/6) und gleichauf „Erziehung und Unterricht“, wobei beide Bereiche nur knapp halb so viele überdurchschnittliche Nennungen aufweisen, sowie das „Verarbeitende Gewerbe“, bei allerdings nur einer Spitzenposition (21/1). Ähnliche bzw. ge-

ringere Nennungen als „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherungen“ weisen die Bereiche „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen“ (11/2), „Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (8/2) sowie „Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen“ (7/1) auf (Lohmann-Haislah 2012: 168ff.). Aus dieser groben Gegenüberstellung lässt sich zumindest schlussfolgern, dass der Bereich „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherungen“ eine vergleichbare Menge von Belastungsspitzen wie ähnliche Dienstleistungsbereiche aufweist und insofern keine herausgehobene positive Rolle im Branchenvergleich einnimmt. Die weit mehr als den ÖD umfassende Branche „Gesundheit und Sozialwesen“ ragt hingegen negativ heraus, gefolgt vom ebenfalls nicht nur den ÖD einschließenden Wirtschaftszweig „Erziehung und Unterricht“ und den privaten Bereichen „Gastgewerbe“ und „Verarbeitendes Gewerbe“. Im Vergleich der drei den ÖD berührenden Bereiche deutet dies darauf hin, dass die einem starken Privatisierungs- und Flexibilisierungstrend unterworfenen Branchen eine erhebliche Belastungszunahme zu verzeichnen haben. Dies deckt sich mit den nachfolgend dargestellten Folgen von Restrukturierungsprozessen und den im Unterkapitel Arbeitsbedingungen und Gesundheit in Krankenhäusern angesprochenen Befunden, dass die Belastungen in den in private Rechtsform überführten Krankenhäusern deutlich anstiegen.

Die Beschäftigten wurden in der BIBB/BAuA Befragungen von 2005/2006 auch nach Umstrukturierungsmaßnahmen gefragt (BMAS/BAuA 2012: 72ff.). Es zeigt sich, dass im ÖD mit 52,8 % der Beschäftigten ebenso viele von Umstrukturierungsmaßnahmen im eigenen Betrieb berichten wie in der Industrie (Handwerk: 26,8 %, Dienstleistungen 40,3 %, gesamt 45 %).²⁵ In der Befragung 2011/2012 sind die Werte in allen Teilbereichen leicht rückläufig (-5,5 % im ÖD, -3,4 % in der Industrie; Lohmann-Haislah 2012: 145). Diese Prozesse wirken sich auf die Beschäftigten aus. Häufig berichten im Betrieb verbliebene Beschäftigte von deutlichen Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu Betrieben ohne Restrukturierungen steigen insbesondere die psychischen Belastungen an, oftmals um 10 % und mehr, wobei die Differenzen zwischen dem ÖD und den anderen Sektoren gering bleiben (BMAS/BAuA 2012: 72ff.).²⁶

25 Wie bei all diesen Vergleichszahlen müssen unterschiedliche Strukturen bedacht werden. Hier sind es verschiedene Betriebsgrößen. Danach sind Umstrukturierungen im ÖD und der Industrie in größeren Betrieben häufiger (BMAS/BAuA 2012: 72ff.).

26 Die aktuelle Publikation von Eurofound (2012) bestätigt im europaweiten Vergleich die Aussage, dass sich Umstrukturierungen negativ auf die verbliebenen Beschäftigten auswirken. Die Arbeitsintensität, die (unbezahlten) Arbeitszeiten, Arbeiten trotz Krankheit und anderer Belastungsdimensionen nehmen zu. Ein Ergebnis zum ÖD lautet, dass „stronger associations between restructuring and negative health outcomes were again found in the predominantly state-funded sectors of public administration (except for physical disorders), health care and education, though the associations are stronger for physical rather than psychosomatic disorders“ (ebd.: 71f.).

Tab. 10: Psychische Anforderungen in Betrieben mit und ohne Umstrukturierungen (in %)

Arbeitsanforderungen	Öffentlicher Dienst		Kein öffentlicher Dienst	
	Umstrukturierungen	Keine Umstrukturierungen	Umstrukturierungen	Keine Umstrukturierungen
Konfrontation mit neuen Aufgaben	47,6	36,8	45,7	33,1
Verfahren verbessern/etwas Neues ausprobieren	35,5	26,2	34,3	21,4
Nicht Erlerntes/Beherrschtes wird verlangt	11,3	8,0	11,5	6,6
Verschiedenartige Aufgaben gleichzeitig betreuen	70,2	58,5	65,2	50,6
Bei der Arbeit gestört, unterbrochen	56,6	41,6	55,4	38,6
Starker Termin-/Leistungsdruck	57,9	41,9	64,1	49,0
Sehr schnell arbeiten	43,1	31,3	51,2	43,4
Ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge	47,0	48,5	50,4	54,0
Arbeitsdurchführung in allen Einzelheiten vorgeschrieben	23,8	18,7	26,2	22,0
Stückzahl, Leistung oder Zeit vorgegeben	32,4	22,5	38,2	28,6
Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit	20,4	12,9	20,8	14,0
Kleine Fehler – große finanzielle Verluste	13,6	7,6	21,4	14,7

Quelle: BMAS/BAuA (2012: 73)

Im „Stressreport 2012“ werden die Werte nicht mehr in dieser Form ausgewiesen, jedoch zeigen sich bei den gesundheitlichen Beschwerden (Tab. 11) ähnliche Differenzen zwischen Betrieben/Verwaltungen mit und ohne Restrukturierung wie in der Befragung sechs Jahre zuvor. Auffällig ist die Zunahme einiger Dimensionen.

Tab. 11: Beispielhafte gesundheitliche Beschwerden in Betrieben mit/ohne Umstrukturierungen

	Mit Umstrukturierung	Ohne Umstrukturierung
Schmerzen im unteren Rücken, Kreuzschmerzen (<i>Rückenschmerzen</i>)	46,0 % 49 %	39,6 % 45 %
Kopfschmerzen	37,3 % 39 %	31,5 % 30 %
Nächtliche Schlafstörungen	27,3 % 32 %	18,3 % 23 %
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	49,5 % 53 %	40,6 % 41 %
Nervosität oder Reizbarkeit	34,6 % 35 %	24,8 % 23 %

Quelle: Befragungsergebnisse 2005/2006: BMAS/BAuA (2012: 73); Befragungsergebnisse 2011/2012 (kursiv): Lohmann-Haislah (2012: 147ff.).

In der BIBB/BAuA-Befragung 2005/2006 gaben 39 % der Beschäftigten an, dass ihnen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten wurden. In der Industrie liegt dieser Wert deutlich höher (52,5 %), im Handwerk und dem Dienstleistungssektor hingegen deutlich niedriger. Genutzt haben das Angebot im ÖD circa zwei Drittel der Beschäftigten (BMAS/BAuA 2012: 64).

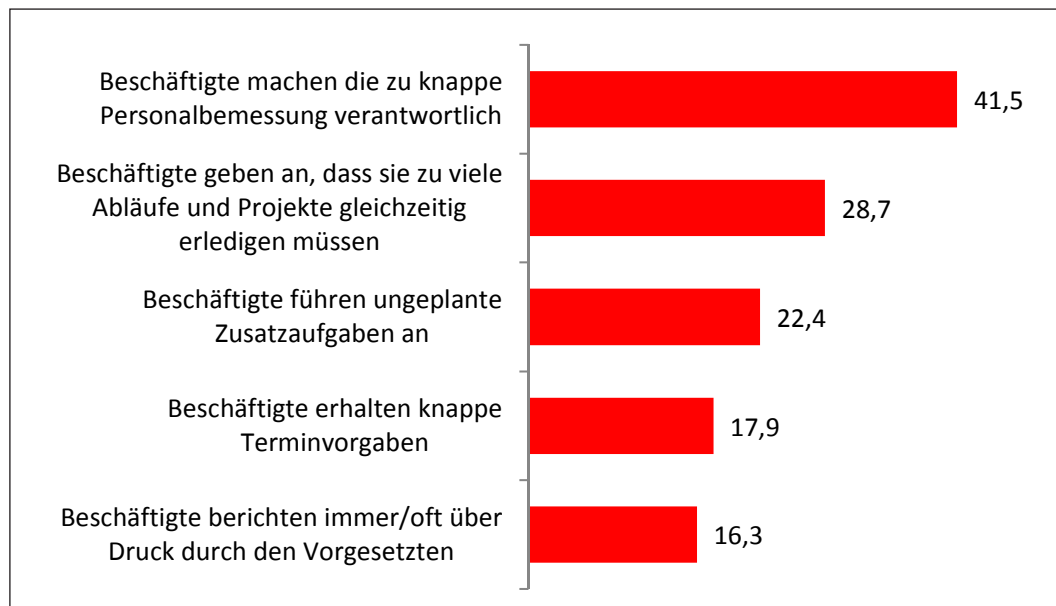
Der oben erwähnte DGB-Index „Gute Arbeit“ für den ÖD enthält gegenüber dem Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010“ aktuellere, aber weniger detaillierte und zum Teil andere Selbsteinschätzungen der Beschäftigten zur gesundheitlichen Situation (DGB-Index 2011: 12ff.). Danach sind 78,2 % der Beschäftigten einmal oder mehrmals im Jahr 2009 trotz Krankheit zur Arbeit gegangen. Diese Zahlen unterscheiden sich nach den oben genannten Gruppen: diejenigen, die zweimal und öfter krank zur Arbeit gegangen sind, umfassen in der Subgruppe „schlechte Arbeit“ 74,3 %, in der Subgruppe „mittelmäßige Arbeit“ 49,8 % und bei der Gruppe „gute Arbeit“ nur noch 29,9 %. Auffallend ist also, dass Beschäftigte deutlich öfter krank zur Arbeit gehen, wenn sie zur Subgruppe „schlechte Arbeit“ gehören. Eine über die Deskription hinausgehende Analyse der Einflussfaktoren und der Zusammenhänge der befragten Items wird im Bericht nicht durchgeführt. Deutlich wird jedoch, so die Schlussfolgerung der Autoren, dass Arbeitsunfähigkeitstage nur einen Teil des Krankheitsgeschehens im ÖD abbilden.

Ein weiterer offener Forschungsaspekt betrifft den Zusammenhang der berichteten Gesundheitsbeschwerden mit den Arbeitsbedingungen. So gaben 36,4 % der Beschäftigten an, mindestens dreimal pro Woche unter Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen zu leiden, bei 34,3 % waren es allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung. Ein Fünftel berichtet von häufigen Schlafstörungen und fast ebenso viele von Nervosität und Reizbarkeit. Das Fazit im Bericht lautet, dass das Ergebnis alarmierend sei. Es sei anzunehmen, „dass diese Erscheinungen auf hohen Zeitdruck und die besonderen emotionalen Anforderungen moderner Arbeitsplätze zurückzuführen sind“ (DGB-Index 2011: 12).

Die Frage, ob die Beschäftigten ihre derzeitige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können, beantworten 51,1 % positiv, 34,3 % gehen nicht davon aus. Dabei sind die Männer optimistischer (27,8 % negative Antworten) als die Frauen (38,7 %). Auch bei diesen Selbsteinschätzungen zeigt sich ein Zusammenhang mit dem durchschnittlichen Indexwert. Für diejenigen, die die Fragen bejahen, wird ein durchschnittlicher Indexwert von 67 angegeben, für diejenigen, die sich keine Ausübung ihrer derzeitigen Tätigkeit bis zum Rentenalter vorstellen können, wird ein Indexwert von 53 angegeben. Geschlussfolgert wird, „dass gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, die als ressourcenarm und belastungsreich wahrgenommen werden, von den Beschäftigten [nicht] bis zum Ruhestand ausgeführt werden können“ (DGB-Index 2011: 13). Daraus wird die Anforderung abgeleitet, dass die Qualität der Arbeitsbedingungen ein zwingender Aspekt der mittel- und langfristigen Personalplanung sein müsse.

Der schon erwähnte Stellenabbau gerät zum Nukleus der Debatte um die Arbeitsbedingungen im ÖD. Diese Sichtweise spiegelt sich auch in der Beschäftigtenbefragung des DGB-Index wieder. Gefragt wurde im Jahr 2009 nach dem Zeitdruck und der Einschätzung zur eigenen längerfristigen Beschäftigungsfähigkeit. Von den befragten Beschäftigten im ÖD fühlten sich 32 % einem (sehr) hohen Maß an Zeitdruck ausgesetzt. Von diesen 32 % fühlten sich 35,5 % dadurch (sehr) stark belastet. Von denen, die sich in sehr hohem Maß unter Zeitdruck fühlen, sah sich nur ein Viertel in der Lage, unter ihren derzeitigen Arbeitsbedingungen bis zu Rente arbeiten zu können. Diejenigen, die Zeitdruck verneinten, gingen mit 62,6 % davon aus, bis zur Rente arbeiten zu können. Gefragt nach den Ursachen, werden mit 41,5 % die zu knappe Personalbemessung und mit 28,7 % zu viele gleichzeitig zu erledigende Aufgaben und Projekte angegeben (DGB-Index 2011: 14f.).

Abb. 3: Häufig genannte Gründe für Zeit- und Termindruck (in %)



Quelle: DGB-Index (2011: 15)

3 Leistungsbedingungen und Gesundheit in fünf Beschäftigungsfeldern

3.1 Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltungen

Den Anfang der Darstellung zu einzelnen Beschäftigungsfeldern bilden die Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltungen. Bei 16 Bundesländern und 11.500 Gemeinden in der Bundesrepublik Deutschland ist dies nur sehr ausschnitthaft möglich. Die Darstellung erfolgt „top-down“, d.h. den Beginn macht die unmittelbare Bundesverwaltung.

3.1.1 Bundesverwaltung: Überdurchschnittliche Fehlzeiten

In den Gesundheitsförderungsberichten des Bundesinnenministeriums (BMI 2011b, 2012d) wird die Entwicklung der krankheitsbedingten Fehltag der Beschäftigten in der unmittelbaren Bundesverwaltung dargestellt. Die Daten gliedern sich nach Status- und Laufbahngruppen, Geschlecht und Alter auf. Insgesamt steigt die Zahl der durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehltag seit dem Jahr 2006 von 15,73 auf 19,03 Arbeitstage im Jahr 2011 je Beschäftigten an. Wie schon in der Einleitung erwähnt, liegen die Obersten Bundesbehörden durchgehend unter den Werten der Geschäftsbereichsbehörden (BMI 2012d: 56f.). Dass die Fehlzeitenquote in der Bundesverwaltung von 7,19 % mit 1,21 % über der in der gewerblichen Wirtschaft liegt, relativiert das BMI (2011b) mit dem Hinweis, dass diese Entwicklungstendenz auch in der privaten Wirtschaft anzutreffen sei. Für eine aussagekräftige Gegenüberstellung der Fehlzeiten werden die Werte des Bundes wegen der unterschiedlichen Altersstruktur der Beschäftigten und wegen der Unterschiede bei der Erfassung der Fehlzeiten bereinigt (Kurzzeiterkrankungen bis drei Tage und Rehabilitationsmaßnahmen werden für die Wirtschaft nicht erfasst). Nach der Bereinigung ergibt sich eine altersstandardisierte Fehlzeitenquote in Höhe von 6,01 % (15,09 Arbeitstage). Der Anstieg der Fehlzeiten in der Bundesverwaltung geht sowohl auf eine Zunahme der Kurzzeiterkrankungen (ein bis drei Tage) als auch der Langzeiterkrankungen (über 30 Tage) zurück. Die Fehlzeitenquote differiert stark zwischen den einzelnen Laufbahngruppen (einfacher Dienst: 25,19 Fehltag, höherer Dienst: 9,16 Fehltag; BMI 2012d: 48) und steigt mit dem Lebensalter der Beschäftigten kontinuierlich an (25- bis 29-jährige: 11,75 Fehltag, 55- bis 59-jährige 24,63 Fehltag). Geschlechterunterschiede spielen hierbei und generell bei den Fehltagen eine nachrangige Rolle (ebd.: 54f.).

Speziell für den Berichtszeitraum 2010 gab es für den Anstieg bei den Wegeunfällen eine saisonale Begründung. So führt die Unfallkasse Bund (BMI 2011b: 7) die Zunahme auf die lang anhaltende Kälteperiode und demzufolge häufiges Glatteis zurück. Zu den übrigen Ursachen liegen dem Bund als Dienstherrn/Arbeitgeber keine Hinweise

vor, da diese den Arbeitgebern grundsätzlich nicht bekanntgegeben werden. Indirekt geben Radunz und Kretschmer einen Erklärungsversuch, stellen sie doch fest (Radunz/Kretschmer 2011: 395f.), „dass sich die Bedürfnisse der Beschäftigten weniger auf klassische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung richten, sondern vielmehr auf die Arbeitsbedingungen.“ Dies sind Ergebnisse, wie sie im Rahmen des Projekts „KoGA – Kompetenz, Gesundheit, Arbeit“ durch eine Mitarbeiterbefragung ermittelt wurden. Die gesamten Ergebnisse der Befragung sowie Hinweise für Behörden für die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen hat die UK Bund in der Broschüre „Gute Fragen für mehr Gesundheit“ veröffentlicht. Im Ergebnis ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern geringfügig, Männer geben jedoch an, körperlich etwas gesünder zu sein. Bei den Laufbahngruppen empfinden Beschäftigte des höheren Dienstes einen signifikant besseren Gesundheitszustand als die übrigen Laufbahngruppen (UK Bund: 2010: 31), ein Ergebnis, dass sich auch in den deutlich unterschiedlichen Fehltagen spiegelt (s.o.). Als den wesentlichen negativen Einflussfaktor für die Arbeitszufriedenheit nennen die Befragten den Punkt „Unterforderung“, gefolgt von „schlechtes Betriebsklima“ und „mangelndes Qualifikationspotenzial“ (UK Bund: 2010: 35).

Diese Befunde, aber eben auch die Tatsache, dass jährlich ein Gesundheitsförderungsbericht erstellt wird, zeigen, dass das Thema Gesundheit eine zunehmend wichtige Rolle spielt.

3.1.2 Landesverwaltungen: Föderaler Wettbewerb?

Wie sehr das Thema Gesundheitsförderung in der Verwaltung angekommen ist, zeigen die Aktionen und Maßnahmen, die mittlerweile aufgelegt werden. So verfügen verschiedene Bundesländer über Dienstvereinbarungen oder unterzeichneten mit den zuständigen Gewerkschaften gemeinsame Initiativen, um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern. Das Land Niedersachsen hatte bereits 2002 eine Vereinbarung zum Gesundheitsmanagement mit der niedersächsischen Landesverwaltung getroffen und wirbt im Jahr 2012 mit dem Slogan: „Arbeit fairbessern“. Mit einem Beratungsteam Niedersachsen ist ein landesinterner Beraterpool vorhanden, dem Beschäftigte der Landesverwaltung angehören, die sich auf verschiedene Aspekte der Organisations- und Personalentwicklung spezialisiert haben, u.a. auch auf das Thema Gesundheit. Im Stadtstaat Bremen wurde im Jahr 2010 eine Dienstvereinbarung unterzeichnet und eine Handlungshilfe herausgegeben. Bemerkenswert dabei ist die Möglichkeit für Beschäftigte, eigene Projekte zu formulieren und dafür Anträge zu stellen. Etwas anders verhält es sich in Baden-Württemberg, wo der DGB mit BBW (Beamtenbund Tarifunion) und Landesregierung im Jahr 2011 die Initiative zum Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung unterzeichnete. Die Landesregierung stellte das Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung, das im Zusammenhang mit der Dienstrechtsreform beschlossen wurde, damit auf eine breitere Basis. Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellt das Land seit dem Jahr 2011 insgesamt 6 Mio. Euro jährlich zur Verfügung. Der Abschnitt „Bedarf“ benennt die Ursachen für das Entwickeln der Initiative:

„Die nach den Bevölkerungsvorausrechnungen zu erwartende demografische Entwicklung und ein höheres Ruhestandseintrittsalter werden zu einem spürbaren Anstieg des Durchschnittsalters der Beschäftigten in den Verwaltungen führen. In der Landesverwaltung kommen zusätzlich noch Sondereffekte zum Tragen. Aufgrund der finanziellen Restriktionen und den daraus resultierenden geringeren Einstellungszahlen ist vielfach das Durchschnittsalter der Beschäftigten schon derzeit vergleichsweise hoch. Parallel zu diesen Randbedingungen steigen die Anforderungen an die Beschäftigten: die Aufgaben sind komplexer und die zu berücksichtigenden Aspekte vielfältiger geworden.“ (Landesregierung et al. 2011: 2f.)

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sei ein ständiger Prozess, der die Führungskräfte in der Landesverwaltung und in den Schulen fordere, lautet ein Appell innerhalb des Dokuments. Qualitativ ist ein wesentlicher Punkt, dass durch die Vereinbarung die jeweiligen Beschäftigungsbedingungen gestaltet und das Gesundheitsbewusstsein gestärkt werden sollen. Aufgrund der noch jungen Entstehungsgeschichte steht eine Bewertung der Initiativen erst mittelfristig an.

Ein aktuelles und für Landesverwaltungen instruktives Projekt hat die Arbeitsqualität in den Bau- und Liegenschaftsbetrieben verschiedener Bundesländer untersucht (Lindner 2012; Lindner/Bartl 2012). Hierbei handelt es sich um ein Projekt unter Anwendung des Instrumentariums des DGB-Index Gute Arbeit. Die Befragungsergebnisse von sechs Liegenschaftsbetrieben fallen ähnlich aus wie die bundesweiten Ergebnissen zum ÖD (siehe Abb. 2), jedoch liegt das Niveau der problematischen Werte nochmals deutlich darunter (Tab. 12).

Tab. 12: Negative/positive Spitzenbewertungen in sechs Liegenschaftsbetrieben

Dimension	Liegenschaftsbetriebe		Gesamt ÖD	
		Rang		Rang
Kollegialität	77	1	75	2
Arbeitszeitgestaltung	75	2	71	3
Sinngehalt der Arbeit	72	3	86	1
...				
Arbeitsplatzsicherheit	46	12	59	12
Arbeitsintensität	41	13	57	13
Leistungsgerechtes Einkommen	38	14	46	14
Aufstiegsmöglichkeiten	33	15	46	14
Gesamtindexwert	54		62	

Quelle: Lindner/Bartl (2012: 21ff.); Abbildung 2 in diesem Band

Instruktiv sind die Ergebnisse dieses Projekts, weil es sich um konkrete überschaubare Betriebe handelt und Unterschiede nach Beschäftigtengruppen ausgewiesen werden. So schneiden die Vorgesetzten insgesamt besser ab. Die für Vorgesetztenfunktionen er-

wartbaren Aufgaben- und Handlungsspielräume sowie die höhere Entlohnung schlagen sich mit jeweils neun bis zehn besseren Bewertungen nieder.²⁷ Einzig in der Kategorie Arbeitszeitgestaltung ist die Differenz negativ (37 zu 41) und nicht auf sehr hohem Niveau (Lindner/Bartl 2012: 34ff.). Beim Vergleich der Alterskohorten fällt auf, dass fast alle Werte bei den unter 35-Jährigen höher liegen. Hiervon gibt es eine deutliche Ausnahme. Die Arbeitsplatzsicherheit steigt von 40 Punkten bei den unter 35-Jährigen auf 45 Punkte bei den 46- bis 55-Jährigen und dann auf 59 Punkte bei den über 55-Jährigen (weniger ausgeprägt bei der Dimension leistungsgerechtes Einkommen: von 35 auf 40 Punkte). Insgesamt zeigt der Altersvergleich beim Gesamtindex eine U-förmige Entwicklung. Die mittleren beiden Altersgruppen schneiden 3 bis 7 Punkte schlechter ab als die Altersgruppen am Rand. Diese Kurve korrespondiert mit der kritischsten Einschätzung der Gruppe der 46- bis 55-Jährigen über ihre zukünftige Arbeitsfähigkeit (ebd.: 41ff.).

Einige ähnliche, damit aber überraschende Ergebnisse zeigt der Vergleich unbefristet Beschäftigter und atypisch Beschäftigter (einschließlich Teilzeitangestellte bis 20 Stunden ohne Befristung).²⁸ So sind die die atypisch Beschäftigten mit ihrer Arbeitsintensität deutlich zufriedener (56 zu 39), ebenso mit der Betriebskultur (67 zu 55) und den Einfluss-/Gestaltungsmöglichkeiten (69 zu 63). Bei den Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten liegen die Werte mit 57 Punkten gleichauf. Auffallend ähnlich sind die Werte betreffs Aufstiegsmöglichkeiten (31 zu 33), wiederum bei beiden Gruppen auf niedrigem Niveau. In Bezug auf Einkommen (34 zu 39) fallen die Werte wenig unterschiedlich und in erwarteter Richtung aus. Am deutlichsten verschieden und wie erwartet liegen die Werte der beiden Gruppen in der Dimension Arbeitsplatzsicherheit (atypisch: 25 Punkte, nicht atypisch: 49 Punkte). Es ist also bemerkenswert, dass die atypisch Beschäftigten entgegen allgemeiner Einschätzungen die abgefragten Dimensionen nicht durchweg schlechter, zum Teil sogar erheblich besser bewerten. Als Erklärung hierfür wird angeboten, dass die atypisch Beschäftigten sich auf ihre Situation einstellen, dass sie wegen geringerer Teilhabe im Betrieb auch wechselwilliger und durch weniger zeitliche Einbindung weniger belastet sind. Befürchtet wird hingegen, dass diese vor allem jüngere Generation deutlich distanzierter und rationaler mit ihrer Erwerbstätigkeit auch in Zukunft umgehen wird, was negative Effekte auf Betriebskultur und Bindungswirkung entfalten könnte (Lindner/Bartl 2012: 51ff.). Im Umkehrschluss würde diese Interpretation aber bedeuteten, dass die Stammbeschäftigten, weil sie am stärksten belastet sind bzw. sich so fühlen, zu einer gefährdeten Ressource des Unternehmens werden. Atypisch Beschäftigte entsprächen hier im Sinne subjektiver Bewältigung dem Leitbild des Arbeitskraftunternehmers, der für sich Grenzen zieht und dessen Betriebsbindung folglich deutlich nachlässt.

27 Qualifizierungs-/Entwicklungsmöglichkeiten: 65 Punkte; Möglichkeiten für Kreativität: 69; Aufstiegsmöglichkeiten: 42; Arbeitsplatzsicherheit: 56; leistungsgerechtes Einkommen: 47.

28 Nach der in der Studie verwendeten Definition ist diese Gruppe vor allem jung (66,7 % bei den unter 25-Jährigen und 26,5 % bei den 26- bis 35-Jährigen, danach Werte abnehmend auf 4,4 %).

Die geringere Betroffenheit der Atypischen spiegelt sich auch in den Arbeitsintensitätswerten wieder. Hier geben die Stammbeschäftigten die problematischeren Werte an. Zeitdruck gilt hier als eine wesentliche Ursache (Lindner/Bartl 2012: 67ff.). Die Auslöser des Zeit- und Termindrucks wurden beispielhaft in einem Betrieb vertiefend erhoben. Hier stimmen die Befragten mit 93 % der Frage nach dem täglichen Erleben von Zeitdruck zu (43,3 % hoch bis sehr hoch). Der Personalmangel führt die Antworten nicht an. Vielmehr gelten arbeits- und betriebsorganisatorische Aspekte als Auslöser von Zeitdruck: lange innerbetriebliche Entscheidungswege (66,1 %), hoher Verwaltungsaufwand durch Säulenstruktur nach Reorganisation (59,9 %), knappe Personalbemessung (59,1 %), zu viele gleichzeitige Arbeiten (55,5 %), ausbleibende Entscheidungen von vorgesetzten Stellen (53,5 %). Auch äußern sich diese Befragten zu Gesundheitsbeschwerden. Am häufigsten genannt werden Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen (41,3 %), allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung (40,9 %), Augenbeschwerden (28,9 %), Schlafstörungen (20,1 %) sowie Nervosität/Reizbarkeit (20,1 %) und Niedergeschlagenheit (19,7 %). Die Augenbeschwerden werden auf die Bildschirmarbeit zurückgeführt. Bei den Schlafstörungen wird vermutet, dass die Beschäftigten nicht abschalten können (ebd.: 71ff.). Zu diesen Erkenntnissen wird geschlossen, dass Restrukturierungen und Überalterung des Personals dem Unternehmen und den Beschäftigten erhebliche Anpassungsleistungen abverlangen. Infolgedessen stieg die Arbeitsintensität deutlich an, deren Belastungen die Beschäftigten nicht mehr kompensieren können (ebd.: 73f.).

Restrukturierungen stehen explizit im Fokus einer weiteren Vertiefung. Die Beschäftigten fühlen sich, so die Interpretation der Antworten, im Wesentlichen als Objekt des Restrukturierungsprozesses.²⁹ Konträr zu den dargestellten Einschätzungen zur Arbeitsplatzsicherheit haben nur 16,7 % am Anfang und 9,5 % am Ende des Umstrukturierungsprozesses in hohem und sehr hohem Maß Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (summiert mit „in geringem Maß“ 58,4 % bzw. 63,4 %). Entlastungen durch die Ergebnisse der Umstrukturierungen erwarten die Beschäftigten nicht. Dies wird gestützt im Vorher-Nachher-Vergleich bzw. im „betroffen/nicht betroffen“-Vergleich der Aussagen zur Arbeitsintensität. Für die nicht von Umstrukturierungen Betroffenen ergibt sich ein Wert von 52 Punkten, für die Betroffenen am Ende des Prozesses ein Wert von 47, also eine Verschlechterung. Der letzte Wert wird im Umstrukturierungsprozess selbst nochmals unterschritten (Lindner/Bartl 2012: 75ff.). Die Ursache der Verbesserung zum Schluss wird darin vermutet, „dass die Beschäftigten individuelle Bewältigungsstrategien entwickeln, um die neuen Anforderungen erfüllen zu können“ (ebd.: 78). Gemeint sind damit subjektive Bewertungsrelativierungen der „leistbaren Beanspruchungs- und Belastungsniveaus“ (ebd.: 79), also eine Relativierung der Einschätzung der eigenen Belastungsgrenzen.

²⁹ So geben 89 % an, keine eigenen persönlichen Perspektiven erkannt zu haben, 80 % erkennen keine klare Linie, 79 % meinen, die Aufgabenfülle habe sich erhöht, 75 % meinen, die Arbeitsbelastung habe zugenommen, und für 60 % hat sich die Unruhe erhöht.

Angesichts der Befragungsergebnisse sind die getätigten ersten Schritte in den untersuchten Betrieben interessant (vgl. Lindner 2012). Hierbei lässt sich feststellen, dass die zuerst eingeführten Maßnahmen weitgehend dem Verhaltensansatz folgen. Auseinandersetzungen um die Durchführung der Befragungen in einigen Betrieben lassen den Schluss zu, dass es den Betriebsparteien zum Teil an Konsensfähigkeit für weitergehende (verhältnispräventive) Maßnahmen mangelt. Ebenfalls ist aber zu vermuten, dass die Personalräte wie die Personalverantwortlichen angesichts extern auferlegter Vorgaben und begrenzter Handlungsmöglichkeiten, aber eben auch aufgrund begrenzter Erfahrungen, tiefergehende Maßnahmen nicht in Erwägung ziehen oder ihre Umsetzbarkeit negativ bewerten.

3.1.3 Kommunalverwaltungen

Einen guten Überblick über die kommunalen Strategien im Bereich des Gesundheitsmanagements bietet die Studie: „Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen – Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation“ vom Bielefelder Forschungsteam Bernhard Badura und Mika Steinke aus dem Jahr 2009.³⁰ Die Ergebnisse spiegeln die grundsätzliche Tendenz wider, nämlich dass Verhaltensprävention (an der Person orientierte Maßnahmen) weitaus verbreiteter ist als Verhältnisprävention (an den Arbeitsbedingungen bzw. der Organisation orientierte Maßnahmen): „Betriebliche Gesundheitsförderung verstanden als Bereitstellung ganz überwiegend verhaltensorientierter Angebote zu Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung ist zumindest in den großen Kommunen ‚angekommen‘. Von einem systematisch angelegten und nachhaltig wirksamen Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind die meisten Stadtverwaltungen aber offenbar noch weit entfernt“ (Badura/Steinke 2009: 1). Im neuesten Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen (GKV/MDS 2012: 97) wird hingegen betont, dass „überwiegend Projekte [betrieblicher Gesundheitsförderung] durchgeführt [werden], die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten miteinander kombinieren“. Bei 166 von insgesamt 387 Projekten in der gesamten öffentlichen Verwaltung ist dies der Fall. Allerdings sind 157 Projekte rein auf Verhaltensorientierung, 27 Projekte allein auf Verhältnisorientierung ausgelegt (ebd.: 98). Insofern ist weiter davon auszugehen, dass verhaltensorientierte Maßnahmen überwiegen.

Trotz ihrer grundsätzlichen Kritik sehen Badura und Steinke (2009: 5) durchaus Fortschritte bei der betrieblichen Gesundheitspolitik, jedoch, so monieren sie, „es fehlt aber an Durchsetzung in der Fläche, an einer ausreichend stabilen Institutionalisierung, an organisationsbezogenen Interventionen, an Dokumentation der Ergebnisse“. Dieser Diagnose fügen sie die Empfehlung an, dass der Personalrat zukünftig zu einem

³⁰ In das Sample der Studie wurden 19 Kommunen bzw. Städte aufgenommen: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (Berlin), Bochum, Dortmund, Duisburg, Frankfurt (Main), Freiburg, Halle (Saale), Hamm (Westfalen), Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz, München, Nürnberg, Potsdam, Regensburg, Stuttgart und Wolfsburg. Trotz der Auswahl sei es, bezogen auf die betriebliche Gesundheitspolitik, nicht möglich, die am weitesten fortgeschrittenen deutschen Kommunen zu identifizieren.

Machtpromotor werden sollte. Da dies bisher kaum der Fall ist, wird dies von den Autoren „als eine zentrale Schwäche betrieblicher Gesundheitspolitik in der Kommunalverwaltung erachtet“ (ebd.). In der Konsequenz sehen sie eine Qualifizierung der Personalräte zu diesem Thema als wichtigen Schritt zu mehr mitarbeiterorientiertem Verwaltungshandeln, zu mehr Verwaltungseffizienz und auch zu besserer Servicequalität der Kommunalverwaltungen.

3.1.4 Maßnahmen und Ressourcen

Unternimmt man den Versuch zu klären, was effektiv getan wird, um die Gesundheit der Beschäftigten in den Verwaltungen zu erhalten, dann gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Immerhin geben im Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010“ (BMAS/BAuA 2012: 64) 39,0 % der Beschäftigten im öffentlichen Dienst an, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten wurden. Nur in der Industrie ist dieser Anteil größer (52,5 %), im Handwerk (22,5 %) und in Dienstleistungsbetrieben (24,1 %) ist er deutlich kleiner. Die Angebote wurden von ca. zwei Drittel der Befragten genutzt, im Handwerk sogar von mehr als drei Viertel. Dennoch ist die Zahl schwierig einzuordnen, bezieht sie sich doch auf den gesamten öffentlichen Dienst und gliedert sich nicht nach Verwaltungsebenen. Badura und Steinke (2009) führen aus, dass sich die Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. betrieblichem Gesundheitsmanagement in der öffentlichen Verwaltung auch über die Berichte der gesetzlichen Krankenversicherung zu ihren Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V schätzen lässt. Im Jahr 2006 führten die gesetzlichen Krankenkassen in 2.422 Betrieben Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung durch bzw. unterstützten diese. In 5.454 Betrieben wurden darüber hinaus ausschließlich AU-Analysen angefertigt (ebd.: 69). Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für betriebliche Gesundheitsförderung betragen insgesamt 32,6 Mio. Euro (ebd.: 69). Der Großteil der Aktivitäten fand dabei, wie bereits in den Jahren zuvor, im verarbeitenden Gewerbe statt (39 % aller Maßnahmen; ebd.: 13). Kooperationen der gesetzlichen Krankenkassen mit der öffentlichen Verwaltung bildeten lediglich einen Anteil von 8 % (ebd.), dies sind 2,608 Mio. Euro (eigene Berechnung, B.S.). Betrachtet man die Ressourcen bezüglich der Ausstattung der ausgewählten Städte, so ist die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch personell äußerst prekär: Die personellen Ressourcen belaufen sich bei den von Badura/Steinke (2009: 29) untersuchten 17 Städten zwischen 0,5 und 2 Stellen. Badura folgert, dass nicht selten ein Gesundheitsmanager für bis zu 15.000 Mitarbeiter zuständig ist. Die übrigen beiden Städte weisen jeweils vier Stellen auf und es ergibt sich hier mit 1:2.000 das günstigste Verhältnis zwischen betrieblichem Gesundheitsmanager und Beschäftigten. Dabei sollte beachtet werden, dass die angegebenen Stellen bzw. Stellenanteile lediglich eine relativ grobe Einschätzung erlauben, eine ganz genaue Bestimmung der mit betrieblicher Gesundheitsförderung befassten Stellen jedoch nicht möglich ist (ebd.: 29).

Blickt man auf die neuen Initiativen und Ankündigungen, dann lässt sich für die Zukunft zumindest ein Anstieg der Mittel antizipieren. Ähnlich wie bei den Bundesländern, jedoch ohne konkrete Geldbeträge, ist auf der Ebene der Bundesverwaltung eine eher grundsätzliche Maßnahme darzustellen: die „Gemeinsame Initiative zur Förderung des Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung“. Bundesregierung, Deutscher Gewerkschaftsbund sowie dbb beamtenbund und tarifunion unterzeichneten im Dezember 2009 diese Initiative, um in der Bundesverwaltung die Gesundheitsförderung fest in der Personal- und Organisationsentwicklung der Behörden zu verankern (BMI et al. 2009). Damit ergänzen die Akteure die Modernisierungs- und Fortbildungsvereinbarung, die sie 2007 abgeschlossen haben. Sie wollen damit den Krankenstand innerhalb der Bundesverwaltung verringern und den Gesundheitszustand der Beschäftigten verbessern. Die Initiative bietet den Rahmen dafür, dass einzelne Verwaltungen selbst aktiv werden können. Den Ausgangspunkt der „Gemeinsamen Initiative“ bilden die als problematisch erachteten Zahlen aus dem Gesundheitsförderungsbericht 2008, die sich seither nicht verbessert haben (vgl. BMI 2011b).

3.1.5 Zeitverzögerung zwischen Diagnose und Behandlung

Angesichts der Fülle an Publikationen zum Thema Gesundheitsmanagement zeigt sich, dass es nicht an alarmierenden Befunden fehlt. Dennoch, so das Zwischenfazit, fehlt es an systematischen Maßnahmen und die bereitgestellten Ressourcen sind nicht angemessen, obwohl selbst der klassische Arbeits- und Gesundheitsschutz dies gesetzlich vorschreibt. Der Schritt hin zu relevanten gesundheitsförderlichen Aspekten liegt in der Gestaltung der Arbeitsorganisation, der Leistungsvorgaben, der Arbeitszeit, der Work-Life-Balance, der Qualifizierung und der Wertschätzung der Beschäftigten sowie deren Fähigkeiten im Umgang mit den Belastungen. Diese Bausteine werden zumindest in den neuesten Initiativen und Maßnahmen thematisiert. Da etliche Initiativen relativ jung sind, gibt es kaum Literatur, die sich evaluierend über die bisherigen Schritte äußert. Es ist anzunehmen, dass mittelfristig auch die ersten Ergebnisse beispielsweise der „Gemeinsamen Initiative zur Förderung des Gesundheitsmanagements in der unmittelbaren Bundesverwaltung“ veröffentlicht werden. Derzeit sprechen die Zahlen noch eine andere Sprache. Laut neuestem Fehlzeitenreport (WiDO 2012) ist der höchste Krankenstand in der Branche „Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau“ mit 5,6 % zu finden, gefolgt von den Branchen „Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung“ (5,5 %) und „Verkehr und Transport“ (5,2 %). Die drei Spitzenreiter sind somit im Kern weiterhin im (zum Teil ehemals) öffentlichen Dienst zu finden.

3.2 Polizei: Belastungen wiegen schwer

Es fällt schwer, von der Polizei zu sprechen, gliedert sie sich doch sowohl regional als auch fachlich in verschiedene Bereiche und Organisationseinheiten. Mit circa 300.000 Beschäftigten stellt die Polizei nach dem Bildungswesen den zweitgrößten Fachanteil

beim Personal des ÖD in Deutschland. Seit der Wiedervereinigung weist allein der Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ein durchweg positives Vorzeichen (4,3 %) bei der Beschäftigtenentwicklung auf (Vesper 2012: 13). Grundsätzlich gilt: „Polizei ist Ländersache“. Das Grundgesetz begrenzt die polizeiliche Kompetenz des Bundes in Art. 73 (5) GG auf den Grenzschutz (der vom Bundesgrenzschutz wahrgenommen wurde, seit dem Jahr 2005 als Bundespolizei) und auf die „Zusammenarbeit des Bundes und der Länder“. Diese Zusammenarbeit betrifft die Kriminalpolizei und die internationale Verbrechensbekämpfung (Art. 73 (10) GG). Auf der Bundesebene existieren somit die beiden Polizeien Bundespolizei (BPol) und Bundeskriminalamt (BKA). Die Behördenorganisation innerhalb der Polizeien ist in keiner Form einheitlich. Während in Nordrhein-Westfalen 50 Behörden in Form von Polizeipräsidiien, Landratsbehörden und drei spezialisierten Landesämtern für die Polizeiarbeit zuständig sind, verfügt Hessen über drei zentrale Polizeibehörden und sieben Flächenpräsidien unter dem Landespolizeipräsidium (Frevel 2008: 4). Trotz der Bedeutung, so moniert Frevel, hat die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Organisation Polizei „keine Konjunktur“. Dies ändert sich, denn so haben jüngste Studien vor allem zur Bundespolizei über die Fachöffentlichkeit hinaus für Aufmerksamkeit gesorgt. Sowohl die Studie: „Organisationsprofile, Gesundheit und Engagement in Einsatzorganisationen“ der Hochschule Magdeburg-Stendal unter der Leitung von Prof. Dr. Beerlage („Beerlage-Studie“) aus dem Jahr 2009 als auch die Studie zur Berufszufriedenheit in der Bundespolizei (BPol) der TU Chemnitz von Prof. Strohmeier („Strohmeier-Studie“) im Auftrag der Gewerkschaft der Polizei aus dem Jahr 2010 sehen dringenden Reformbedarf bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Die Ergebnisse beider Studien stellen bei Beschäftigten der BPol Motivationsprobleme und eine überdurchschnittliche psychische Belastung fest. Bereits die Veröffentlichung der „Beerlage-Studie“, deren Auftraggeber das Bundesministerium des Innern (BMI) war, hat aufgezeigt, dass in erster Linie die Überlastung der Beschäftigten abgebaut werden müsse, bevor andere Motivationsmaßnahmen flankierend eingesetzt werden könnten.

In die gleiche Richtung geht die von Strohmeier verfasste Studie zur Berufszufriedenheit in der Bundespolizei. Die von der Gewerkschaft der Polizei in Auftrag gegebene Untersuchung betont die Berufsunzufriedenheit und Überlastung in der Bundespolizei. Ein zentrales Problem ist die massive Belastung (Strohmeier 2011c: 4); gut drei Viertel der Befragten (76,2 %) bewerten den dienstlichen Belastungsgrad als hoch bzw. sehr hoch – und nur gut ein Zehntel (11,5 %) beurteilt die Möglichkeit zum Ausgleich der dienstlichen Belastung als gut bzw. sehr gut. Eine besonders starke Belastung ergibt sich aus den „Wochenenddiensten“, der „Mehrarbeit“ und dem „Schichtdienst“. So bewerten mehr als vier Fünftel (83 %) der Betroffenen die (physische und psychische) Belastung durch den Schichtdienst als groß bzw. sehr groß. 71,9 % mussten schon einmal Wochenenddienst leisten, 70 % davon an mehr als 20 Wochenenden im Jahr (Strohmeier 2011a: 8). Als sehr stark werden die Belastung durch „lange Abordnungen“ in andere Behörden oder Regionen und die „heimatferne Verwendung“ empfunden. So bewerten knapp neun von zehn (87,3 %) der Betroffenen die Belastung durch

die heimatferne Verwendung als groß bzw. sehr groß. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in weiten Teilen in Frage gestellt. (ebd.: 3). Diese Befunde zeigen zudem ein weiteres Problem auf, das weder im Besoldungs- noch im Beförderungssystem kompensiert wird, im Gegenteil: Der Anteil derjenigen, die die Bezahlung im Verhältnis zu den beruflichen Aufgaben als nicht angemessen bewerten, liegt bei knapp drei Fünfteln (57 %) (ebd.: 27). Beurteilungen durch Vorgesetzte werden von über einem Viertel (28,8 %) als (überwiegend) unfair und von knapp der Hälfte (46,6 %) als teilweise unfair eingestuft (ebd.: 19). Dies ist vor dem Hintergrund, dass der dienstliche Belastungsgrad von 53 % als hoch und 23,2 % als sehr hoch eingeschätzt wird – eine Quelle für Frustrationen. Die (physische und psychische) Belastung in akuten Einsatzstresssituationen (z.B. persönliche Bedrohung) bewerten 1,1 % als sehr gering, 5,4 % als gering, 21 % als mittelmäßig, 38,9 % als groß und 24,3 % als sehr groß (3,2 % sind unentschieden). Dies zeigt sich auch daran, dass die Gefährdungen bei der Bewältigung dieser Aufgaben zugenommen haben. So sind z.B. die Angriffe auf Bundespolizisten in den letzten Jahren drastisch angestiegen. Ein Vergleich der Jahre 2006 und 2010 zeigt, dass sich die Zahl der Angriffe und Angreifer nahezu verdoppelt hat. 2006 waren es noch 654, 2010 wurden bereits 1.228 verzeichnet. Im Jahr 2006 standen der Bundespolizei 787 Angreifer gegenüber, 2010 waren es 1.468. Im Ergebnis stieg auch die Anzahl der verletzten Polizeivollzugsbeamten von 211 im Jahr 2006 auf 436 im Jahr 2010 (Strohmeier 2011b: 3). Insgesamt zeigen beide Studien in Kernbereichen eine sehr große Unzufriedenheit in der Bundespolizei, deren Ursachen auf die Fülle von Aufgaben und deren Wahrnehmung als Belastung zurückzuführen ist. Wie Beerlage bereits 2009 ausführt, werden diese Belastungen als durchschlagender bewertet als die Ressourcen (Beerlage et al. 2009: 28).

Einen landesspezifischen Fokus auf innerpolizeiliche Belastungsfaktoren weisen die Daten des polizeiärztlichen Zentrums bzw. des Ärztlichen Gutachterdienstes aus Sachsen-Anhalt auf (Bartsch/Maier/Pedal 2012; Pedal/Maier/Bartsch 2012) auf. In den von den Autorinnen und Autoren ausgewerteten 75 Arbeitssituationsanalysen mit 1.017 Befragten der Jahre 2005/2006 stehen vor allem organisatorische, technische und Führungsaspekte in der Kritik der Beschäftigten. Die eigentliche Polizeiarbeit ist demgegenüber als Belastungsfaktor (Abb. 4) eher nachrangig.

Abb. 4: Belastungsfaktoren im Polizeidienst

n=75 (Anzahl der Gruppen, die die Belastungen empfanden)

Quelle: Pedal et al. (2012)

Alle drei Befragtengruppen, obere und mittlere Führungskräfte sowie Linienbeschäftigte, sehen übereinstimmend den höchsten Veränderungsbedarf in der Organisation. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) nicht nur auf Verhaltensprävention setzen darf, um nicht zu scheitern. Sie betonen demgegenüber die hohe Bedeutung der Verhältnisprävention in der Polizeiarbeit. Die notwendige Veränderung des Führungsverhaltens liege jedoch außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des BGM. Notwendig sei neben der Reduzierung organisationaler Belastungen die Ressourcenstärkung der Polizeibeamtinnen und -beamten und eine in den Fokus zu rückende Vermeidung von Gratifikationskrisen.

Maßnahmen

Aufgrund der organisationalen Vielfalt der Polizei finden sich in unterschiedlichen Organisationseinheiten Bemühungen, mit den Arbeitsbelastungen umzugehen oder eben auch die Gesundheit zu fördern. Nicht erst seit der Veröffentlichung der oben darge-

stellten Studien gibt es Diskussionen um den Gesundheitszustand der Polizeibeamten. Im Arbeitsfeld Polizeivollzugsdienst haben beispielsweise die Bundesländer Bremen und Saarland einzelne Aktionen im Rahmen der Prävention ins Leben gerufen, in der Regel mit einer Anbindung an das (Dienst-)Sportangebot der Polizei. In Bremen wird zudem auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geachtet. Lediglich das Land Berlin hatte bereits mit einer Dienstvereinbarung im Jahr 2006 die aufbau- und ablauforganisatorischen Voraussetzungen für ein ganzheitliches BGF-Konzept geschaffen (Marker/Tetzner 2007: 10f.). Darüber hinaus werden seit dem Jahr 2003 auf Beschluss des Arbeitskreises II Innere Sicherheit der Innenministerkonferenz in allen Polizeien des Bundes und der Länder im Rahmen des Dienstsports Maßnahmen zur Umsetzung gesundheitspräventiver Bewegungsprogramme ergriffen (vgl. Götz 2006: 4).

Zwei Dissertationen, die eine von Weiler (2011), die andere von Walter (2011), beschäftigen sich mit der Wirkung von Präventionsmaßnahmen im Polizeivollzugsdienst. Die Arbeit von Weiler misst im Rahmen einer Längsschnittstudie die Auswirkungen eines präventiven Dienstsportprogramms bei der saarländischen Polizei auf Gesundheitsindikatoren und Krankenstand. Die Dissertation von Walter untersucht die Gesundheit, gesundheitsbedingende Einflussgrößen und die Arbeitsfähigkeit von deutschen Polizeibeamten des 5. und 6. Lebensjahrzehnts durch spezifisches Bewegungstraining. Trotz des Titels handelt es sich jedoch ausschließlich um Polizisten aus Baden-Württemberg. Bei Walters Studie bildet die Demografiethematik sozusagen auch implizit die Betrachtungsfolie, geht es doch darum, die Arbeitsfähigkeit der Beamtinnen und Beamten länger zu erhalten. In beiden Studien bringen die Maßnahmen graduelle Erfolge für die aufgestellten Gesundheitsindikatoren – beispielsweise Ausdauer, Beweglichkeit und Gewicht. Jedoch, so das Ergebnis der Untersuchungsgruppe im Saarland, bleibt der Krankenstand von sieben Tagen trotz Gesundheitsprogramm im Untersuchungszeitraum gleich. In beiden Dissertationen zeigt sich klar der verhaltenspräventive Ansatz, der jedoch im Fall der Altersthematik zumindest spezifisch zielgruppenorientiert ist.

Betrachtet man die eingangs dargestellten Studien zur Bundespolizei, zeigen die Ergebnisse, dass Einzelmaßnahmen zur Erhöhung der Berufszufriedenheit und Minderung der Aufgabenlast nur sehr bedingt wirksam sind. Sie lassen eine klare Tendenz in Richtung Verhältnisprävention erkennen. Zudem raten die Forscher selbst zu direkter Kommunikation mit den Beschäftigten anstelle weiterer Befragungen. An erster Stelle steht jedoch bei Strohmeier (2011c: 6) die Aufstockung des Personals. Daneben werden einzelne Maßnahmen wie die Regulierung bzw. Reduzierung der Wochenendeinsätze wie auch die Einführung von Lebensarbeitszeitkonten vorgeschlagen. Ein Ausbau der Betriebsmedizin und des Gesundheitsmanagements soll dem großen Anteil langfristiger Krankheitsfälle, den Folgen der starken Überalterung sowie der großen Burnout-Gefährdung in der Bundespolizei begegnen (ebd.: 8). Die Auswertungen von Bartsch et al. (2012) verweisen klar auf Veränderungsbedarfe in der Organisation und der Führungskultur in der Polizei.

Die große Unsicherheit bei der Bewältigung der festgestellten Probleme verdeutlicht ein aktuelles Praxisbeispiel aus der Bundespolizei. Mit dem Titel „Gefährdungsbeur-

teilung in der Bundespolizeidirektion Pirna“ (Rönn/Clarinc 2012) fragen die Autoren im zweiten Teil der Überschrift: „Beispiel guter Praxis?“ Die Präsentation anlässlich der Tagung „Potsdamer Dialog“ legt vielmehr offen, wie stark die Umsetzungsschwierigkeiten sind. Dies fängt bei technischen Fragestellungen an (Wie genau ist die Handlungshilfe 3.1 umzusetzen?) und mündet in der Feststellung, dass Gesundheitsmanagement nur funktionieren kann, wenn es als Führungsaufgabe fest in der Organisation verankert ist. Hier führen Rönn/Clarinc aus, wie dies in der Bundespolizeidirektion Pirna organisational bearbeitet wird, welche Teilerfolge erreicht wurden. Eine besondere Rolle spielt hierbei der Arbeitssicherheitsausschuss (ASA). Er fungiert als Kontroll- und Steuerungselement, wird mithilfe von drei Unterausschüssen mit Informationen versorgt und soll für auftretende Probleme zeitnahe Lösungen finden. Sowohl beim ASA als auch bei den Unterausschüssen haben die Führungskräfte der Bundespolizei den Vorsitz inne, um den nötigen Stellenwert nach innen und außen zu kommunizieren. Wie schwierig Instrumente aus dem Arbeitsschutz umzusetzen sind, zeigt das Fazit, in dem die Erfassung psychischer Belastungen als noch offener Punkt angesehen wird und für spezielle Arbeitsplätze der Polizei (ebd.: 21) kein adäquater Beurteilungsbogen gesehen wird.

Zwischenfazit

Für Teile der Polizei werden in den referierten Studien alarmierende Befunde im Bereich der Arbeitsbelastung und deren Folgen konstatiert. Es werden etliche Details und Ursachen benannt. Die Quantität und Qualität der Maßnahmen, diesen Problemen zu begegnen, ist noch überschaubar, aber die Debatte hat eingesetzt. Bei den Vollzugsbeamten der Bundesländer (Polizei ist überwiegend Länderangelegenheit) gibt es vereinzelte Beispiele für präventive Maßnahmen, es überwiegen jedoch verhaltenspräventive Ansätze.

3.3 Schulen/Lehrerinnen und Lehrer: Hohe psychische Belastung

Die Situation im Schulsektor verlief analog zu anderen Bereichen im öffentlichen Dienst. Auch der personalmäßig große Schulsektor ist geschrumpft, in den vergangenen zwei Jahrzehnten verringerte sich die Beschäftigung um insgesamt knapp 7 %. Vesper (2012: 14) zeigt auf, dass sich dieser Stellenabbau insbesondere in den 1990er Jahren vollzogen hat, danach blieb die Zahl der Beschäftigten weitgehend konstant. Ähnlich dem Krankenhaussektor wurde erst in den Jahren 2009 und 2010 das Personal wieder aufgestockt. Dies ist wahrscheinlich auf politische Beweggründe zurückzuführen, hatten doch die internationalen Vergleichsstudien des vergangenen Jahrzehnts immer schlechte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland hervorgebracht. Vesper (ebd.: 21) weist darauf hin, dass der Schuldienst mit durchschnittlich 62,7 Jahren das höchste Ruhestandeintrittsalter im ÖD ausweist. Auch die Erhöhung war hier am größten, im Jahr 1995 lag das Ruhestandsalter hier noch bei 58,2 Jahren im Durchschnitt.

Zentrale Indikatoren für die Lage und Entwicklung im Bildungssystem sind die Schüler-Lehrer-Relation und die erteilten Wochenunterrichtsstunden je Schüler. Ein detaillierter Blick zeigt, dass die erteilten Wochenunterrichtsstunden von 22,7 auf 23,7 seitens der Lehrer zugenommen haben (Vesper 2012: 14). Paradoxerweise, so Vesper weiter, kamen diese Stunden erst mit einer Verzögerung bei den Schülern auch an, so dass nun 1,44 Stunden pro Schüler errechnet werden. Diese Verbesserung ist jedoch auf rückläufige Schülerzahlen zurückzuführen und ergibt nun eine Schüler-Lehrer-Relation von 16:1. Dabei ist die Entwicklung nicht bei allen Schultypen gleich: Während in der Grund- und Hauptschule die Klassenfrequenzen mit 22 Schülerinnen und Schülern überschaubar sind, sind sie bei Gymnasien mit durchschnittlich 27 Schülerinnen und Schülern immer noch sehr hoch (ebd.). Für die Einschätzung der Belastung von Lehrkräften ist die Klassengröße jedoch nur ein Faktor. Mit den Parametern „Störungen im Unterricht“ sowie „Lärm und Stimmbelastung“ ließen sich passendere Prädiktoren für eine bessere Risikobeschreibung von Burnout und Stress benennen. Nübling et al. (2012: 61) erklären dies damit, dass es auch kleine, aber laute und große, aber leise Klassen gibt. Lehrkräfte in den kleinen und lauten weisen mehr Gesundheitsprobleme auf.

Insgesamt ist die Belastungssituation von Lehrkräften relativ gut erforscht. Etliche Studien zur Lehrgesundheit belegen die starke psychische Beanspruchung durch die Lehrtätigkeit (z.B. Vandenbergh/Hubermann 1999; Nübling et al. 2005; DAK/Leuphana 2011; Nübling et al. 2012). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen findet Schaarschmidt (2004) für den Lehrerberuf bei den psychischen Belastungen die kritischsten Beanspruchungsverhältnisse. Im Rahmen der „Potsdamer Lehrerstudie“ widerspricht Schaarschmidt dem Klischee des „Halbtagsjobbers“.

Gerade die Vorstellung des Halbtagsjobbers lässt sich mit Blick auf die Teilzeitverteilung der Beschäftigten differenzierter betrachten. Während 84 % der Männer in Vollzeit arbeiten, sind es bei den Frauen lediglich 40 %, d.h. mehr als die Hälfte der Lehrerinnen arbeitet in Teilzeit. Bemerkenswerterweise haben aber Frauen im Modell zum Burnout einen um vier Punkte höheren Wert (Nübling et al. 2012: 61). Dies erklären die Autoren damit, dass Frauen ihren Work-Privacy-Konflikt bereits durch eine Stundenreduzierung vorwegnehmen und dennoch in beiden Bereichen stark gefordert sind.

Insgesamt weisen die Befunde in eine Richtung: Für viele Lehrkräfte führt die Ausübung des Lehrerberufs auf Dauer zu erheblichen Beeinträchtigungen in puncto Gesundheit und Leistung, Frauen sind zudem noch etwas stärker betroffen als Männer. Die meisten Studien beziehen sich auf Gesundheit, Burnout und Stressreaktionen von Lehrkräften oder auf die Typisierung von Beschäftigten in diesem Beruf (z.B. vier Gruppen nach arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebnismuster; Schaarschmidt/Fischer 1997; Schaarschmidt 2004). In einigen Studien wurden auch die Arbeitsbelastungen erhoben und analysiert. Zwei Studien benennen hohe quantitative Arbeitsbelastung, starken Zeitdruck, längere Zeiträume intensiver Belastung und die Ausweitung der Arbeitstätigkeit auf zusätzliche Verpflichtungen außerhalb des Lehrens als wichtige

Charakteristika der Tätigkeit von Lehrkräften mit deutlichem Einfluss auf die psychische Gesundheit (Nübling et al. 2012: 11). Dennoch lässt sich der Anteil der Lehrkräfte mit gravierenden Gesundheitseinschränkungen nur schwer bestimmen. Dies hängt u.a. davon ab, welche Diagnoseinstrumente verwendet und welche Schwellenwerte für eine schwerwiegende gesundheitliche Beanspruchung herangezogen werden. Eine Schätzung aus dem Jahr 2011 geht davon aus, dass mindestens 20 % der Lehrkräfte gravierende Einschränkungen ihrer Gesundheit und damit Leistungsfähigkeit aufweisen (Krause/Dorsewagen 2011a, dies. 2011b). Resümierend, so die Analyse der Autoren des Handbuchs „Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen“, variieren die Belastungen nach Schultyp, Schulen und anderen Merkmalen (DAK-Gesundheit/Unfallkasse NRW 2012).

Vor diesem Hintergrund ist die Diskussion über Gefährdungsbeurteilungen in Schulen zu verstehen (Faber et al. 2009). Die Autoren sehen die Dienstherren in der Pflicht, diese Diskussion an den Schulen auch anzustoßen. Für eine Gefährdungsbeurteilung ist primär die Analyse der Belastungsfaktoren, d.h. eine Bestandsaufnahme der Situation am jeweiligen Arbeitsplatz maßgeblich. Die Analyse der Reaktionen der Beschäftigten auf die Belastungen (Beanspruchungen, Beschwerden, Outcome-Faktoren) bleibt weiterhin wichtig, um die Bedeutung der speziellen Belastungsfaktoren zu analysieren. In der DAK-Leuphana-Lehrerstudie benennen Lehrkräfte psychische Belastungen im Schulbereich als wesentliche Ursache für die Beeinträchtigung ihrer Gesundheit (DAK/Leuphana 2011: 3). Insbesondere die Unterrichtssituation wird als belastend erlebt. Wie oben beschrieben, sind Lärm, Stimmbelastung im Unterrichtsgeschehen, auch unabhängig von der Schülerzahl, wichtige Einflussfaktoren im Stresserleben von Lehrkräften. Zusätzlich können Belastungsfaktoren auch im baulichen, technischen oder organisatorischen Bereich liegen (Nübling et al. 2012: 61). Alles in allem deutet bei der Erhebung von Belastungen vieles auf die Notwendigkeit hin, die Analyse auf eine einzelne Schule und sogar auf die einzelne Lehrkraft abzustimmen.

Maßnahmen

Die Vielfalt an genannten Belastungen, von Lärm bis hin zu gewaltsamen Konflikten in der Schule, spiegelt sich auch in den vielfältigen Maßnahmen wider. Maßnahmen gegen psychische Belastungen aufgrund belastender Interaktionen (Beziehungscoaching) zielen auf die besonderen Stressbelastungen der Lehrkräfte. Ihnen werden Beratungsangebote zur Erhöhung ihrer Beziehungskompetenz zur Verfügung gestellt, die sie in die Lage versetzen sollen, Probleme mit Schülerinnen und Schülern, im Kollegium oder mit Vorgesetzten besser zu bewältigen bzw. zu verhindern.

Auf der anderen Seite setzen Maßnahmen dort an, wo es sich um gesundheitsförderliche Bedingungen handelt. Kieschke/Schaarschmidt (2007) haben basierend auf der Potsdamer Lehrerstudie auf die Notwendigkeit von präventiven Ansätzen hingewiesen und plädieren für die Vermittlung dieser Kompetenzen bereits im Lehramtsstudi-

um. Neben diesen Selbstkompetenzen gelten als weitere Faktoren für das psychische Wohlbefinden im Lehrberuf z.B. gute Kooperation im Kollegium (Dick 1999), gute Führungsqualität der Schulleitungen (Blasé et al. 1986; Kunz-Heim/Nido 2008), gute Kooperation mit Eltern und gemeinsame pädagogische Vorstellungen im Kollegium (Krause et al. 2006). Seit einigen Jahren steigt das Bemühen, im Rahmen von Organisationsentwicklung auch die Lehrergesundheit positiv zu beeinflussen. Die Arbeiten von Neuner (2009) und Neuner et al. (2011) zu der Evaluation von Maßnahmen in diesem Bereich geben einen guten Überblick, auch über die Wirksamkeit von Ansätzen. Ein Beispiel ist das Lehrer-Coaching-Programm, das Teil des von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA 2007) geförderten Projektes „Lange Lehren“ war. Das Manual beschreibt ein Angebot, das Lehrerinnen und Lehrern die Möglichkeit bieten soll, ihre Gesundheit zu schützen, indem sie ihre Kompetenz im Bereich der beruflichen Beziehungsgestaltung verbessern. Das Programm für die Durchführung von „Lehrer-Coachinggruppen“ orientiert sich am Modell der Balint-Arbeit (ursprünglich in der Ärzteschaft entwickelt) und wurde für Lehrkräfte weiterentwickelt. „Lehrer-Coachinggruppen nach dem Freiburger Modell“ erstrecken sich auf zehn Doppelstunden und werden durch medizinische oder psychologische Experten, die eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung haben sollten, moderiert (Bauer et al 2007).

Zwischenfazit

Die starke psychische Beanspruchung der Lehrkräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ist unbestritten. Neu ist, dass differenzierter an die Thematik herangegangen wird und dass seitens der GEW die Zuständigkeit der Arbeitgeber im Rahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes eingefordert wird. Der Markt für Maßnahmen scheint dabei sehr groß und unübersichtlich zu sein. Die unterschiedliche Qualität der Angebote wird jedoch zunehmend kritisch gesehen. Inhalt, Implementationsbedingungen und Reichweite der Maßnahmen sollten deshalb wissenschaftlich begleitet und belegt werden.

3.4 Kitas/Erzieherinnen und Erzieher: keine vorbildlichen Arbeitsbedingungen

In der Bundesrepublik Deutschland herrscht, wie aktuell breit diskutiert wird, im Vergleich zu anderen westeuropäischen Staaten Nachholbedarf bei der Kinderbetreuung in Kindertagesstätten. Die Einführung des Betreuungsgeldes ist möglicherweise ein Eingeständnis, dass die in jüngster Zeit erheblichen Anstrengungen im öffentlichen Bereich doch nicht ausreichen, um den Bedarf an professioneller Kinderbetreuung zu decken. Immerhin ist die Zahl der betreuten Kinder gestiegen, von 2,95 Mio. im Jahr 2006 auf 3,08 Mio. im Jahr 2010. In diesem Zeitraum hat sogar die Anzahl der Beschäftigten in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung zugenommen, der Zuwachs betrug 18 % und liegt nun bei 490.000. Betrachtet man die Beschäftigtendimension, so stellt Vesper (2012: 16) fest, dass lediglich ein Drittel der Einrichtungen von öffent-

lichen Trägern unterhalten werden. Vesper warnt jedoch vor voreiligen Schlüssen, denn die Beschäftigungsausweitung hat sich primär im Bereich der Teilzeitarbeit vollzogen, so dass sich die nominell verbesserte Betreuungsrelation wieder relativiert. Dies ist vor allem deshalb bedeutsam, weil die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) bereits in einer Auftragsstudie zu den Arbeitsbedingungen aus dem Jahr 2007 fragt, ob denn der Erzieherberuf ein „Teilzeitberuf“ sei. Etwa die Hälfte der damals 2.000 Befragten arbeitete in Teilzeit. Von sehr vielen scheint dies aufgrund ihrer familiären Lage so gewollt zu sein. Dennoch berichtet etwa ein Drittel der Teilzeitbeschäftigten, dass der Arbeitsmarkt nur Teilzeitbeschäftigten bereithalte oder dies vom Arbeitgeber so gewünscht sei. Dieser Befund lässt für die Autoren der Studie zwei Schlüsse zu: Vielen Erzieherinnen und Erziehern, die bereits Familie haben, kommt dies entgegen. Für diejenigen jedoch, die (noch) keine eigene Familie haben oder auf das Einkommen aus einer Vollzeitberufstätigkeit angewiesen sind, wird es offensichtlich schwierig, den Lebensunterhalt durch den Erwerb aus ihrem Job zu sichern. Genau dies scheint mehr und mehr ein Problem in diesem Berufsfeld zu sein.

Arbeitsbelastungen und mangelnde Anerkennung

Natürlich ist die Einkommenssituation ein großes Thema, doch die Kinderbetreuung ist von einer besonderen Ambivalenz gekennzeichnet: Zwischen dem, was von der Berufsrolle gefordert wird, und dem, was die in diesem Beruf Tätigen wahrnehmen, klafft ein große Lücke. Während die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2000 postulierte, dass Erzieherinnen und Erzieher Vorbilder einer gesundheitsförderlichen Haltung für Eltern und Kinder sein sollen (Khan 2010), zeigen etliche Studien, dass das Ausmaß der Belastungen des Berufs und der gesundheitlichen Situation den meisten Erzieherinnen und Erziehern selbst erheblich zusetzt. Unter anderem führten diese Befunde dazu, dass im Tarifvertrag für den Sozial- und Erziehungsdienst von 2009 ein individueller Anspruch auf eine Gefährdungsbeurteilung vereinbart wurde (Skrabs/Wegner 2010).

Exemplarisch sind die von Rudow (2004) erhobenen Daten zu sehen. Er hat dazu eine empirische Untersuchung mit 947 Erzieherinnen und Erziehern aus Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Dabei stellt er fest, dass mehr als 50 % der Befragten sich durch den Zeitdruck und die Gleichzeitigkeit von Aufgaben überfordert fühlen. Zudem geben 92 % an, dass die Ausbildung nicht mit den in der Realität geforderten Aufgaben Schritt hält. Betrachtet man andere, neuere Ergebnisse, so ist die oben formulierte Vorbildfunktion eine hehre Illusion. Die Daten, wie sie im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit entstanden sind, zeigen eine große Unzufriedenheit der Erzieherinnen und Erziehern. Dies fängt bei den Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz an. Die Arbeits- und Einkommensbedingungen von Erzieherinnen und Erziehern bewegen sich mit 59 Punkten beim DGB-Index im „unteren Mittelmaß“ der Indexbewertung (Fuchs/Trischler 2008b: 14). Insgesamt bewerten nur 8 % der Erzieherinnen ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als umfassend gut, 63 % als mittelmäßig und fast ein Drittel (29

%) berichten von Arbeits- und Einkommensbedingungen, die aufgrund fehlender Ressourcen und vielfältiger Belastungen als „schlecht“ bezeichnet werden. Khan (2012) warnt, dass diese Situation zu einer Gratifikationskrise führen könne. So äußern 69 % der Erzieherinnen, dass die vielfach fehlende Leistungs- und Bedürfnisgerechtigkeit des Einkommens und mangelnde berufliche Zukunftssicherheit für sie belastend seien (Fuchs/Trischler 2008a: 3). Ein Erklärungsansatz hierfür liegt in der weiten Verbreitung von niedrigen Bruttolöhnen: 31 % der vollzeitbeschäftigten Erzieherinnen und Erzieher beziehen ein Bruttoeinkommen von weniger als 2.000 Euro monatlich. Zum anderen arbeiten, wie erwähnt, viele Beschäftigte im Kita-Bereich unfreiwillig in Teilzeit bzw. in zu kurzer Teilzeit, auch darin äußert sich ein Einkommensproblem. Noch stärker sind Kinderpflegerinnen und -pfleger betroffen, sie verdienen weniger und weisen mit 62 % eine noch höhere Teilzeitquote auf als Erzieherinnen und Erzieher mit 50 %, und sie sind insbesondere bei den atypischen Beschäftigungsverhältnissen unter 21 Stunden mit einem Anteil von 32 % überproportional vertreten (GEW 2010b: 6). Hinzu kommt ein sehr hohes Arbeitspensum – vermutlich auch durch zu große Kindergruppen –, das vielfach als Belastung empfunden wird (51 %). Hier gibt es eine starke Differenz zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten. Letztere bewerten die Belastungen als etwas geringer, wohl auch deshalb, so Fuchs/Trischler (2008b: 16), weil „die Konfrontation mit Lärm und einem hohen Arbeitspensum (...) in der Regel nach 3 bis 4 Stunden weniger belastend wahrgenommen [wird] als nach 7 oder 9 Stunden“. Nichtsdestoweniger berichten 65 % der Erzieherinnen und Erzieher von einer hohen oder sehr hohen Lärmkonfrontation (ebd.: 21). Beides, zu hoher Leistungsdruck und eine hohe Lärmbelastung, sind stressverursachende Faktoren, die langfristig die Gesundheit der Beschäftigten schädigen. In der Konsequenz geben auch nur 13 % der Erzieherinnen und Erzieher an, während bzw. unmittelbar nach der Arbeit keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu empfinden. Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen, Erschöpfungszustände, Atemwegsprobleme und Hörverschlechterungen bilden die häufigsten Beschwerden. Unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen kann sich nur jeder Vierte (26 %) der Befragten vorstellen, gesund das Rentenalter zu erreichen. Im Vergleich mit Beschäftigten aus anderen Dienstleistungsberufen – hier liegt der Durchschnittswert bei 54 % – befindet sich die Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher am unteren Ende (ebd.: 51). Dies ist umso bedenklicher, als eine hohe Zahl an Berufsanfängern das Berufsfeld auch relativ schnell wieder verlässt. Anders formuliert: Nur zwei Drittel bleiben den Kindertagesstätten erhalten, der Rest wählt die Exit-Option (GEW 2010b: 3). Vor allem Personen mit Migrationshintergrund weichen schneller wieder in andere Berufsfelder aus.

Die Gründe für die negative Prognose für einen regulären Renteneintritt sind vielfältig. Neben Lärm, Gruppengröße, Arbeitsaufgaben werden auch die Arbeitsprozesse selbst als belastend wahrgenommen. Ein wesentlicher Aspekt ist die zu leistende Emotionsarbeit. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen ihre Emotionen regulieren: Erwünschte Emotionen sollen hervorgerufen und gezeigt, unerwünschte dagegen unterdrückt werden. Diese Form der Professionalität bedeutet für Erzieherinnen und Erzieher, sich auf

die soziale Situation der Kinder einzulassen und sie in ihrer Situation zu unterstützen, dabei die eigenen Gefühle zu kontrollieren und sich vor herablassenden, wenig wertschätzenden Konfrontationen zu schützen. Laut DGB-Studie berichtet „rund ein Viertel aller Erzieherinnen und Erzieher von subjektiven Belastungen durch emotionale Anforderungen. Allerdings ist gerade für Vollzeitkräfte festzustellen, dass diese mit 33 Prozent deutlich häufiger von emotionalen Anforderungen berichten. Besonders belastend ist für Erzieherinnen und Erzieher, dass sie bei der Arbeit anhaltend ihre Gefühle verbergen müssen“ (Fuchs/Trischler 2008b: 20). Die Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern wirken sich negativ auf Leistung und Engagement aus, rufen Arbeitsunzufriedenheit, funktionelle Gesundheitsstörungen sowie körperliche und/oder psychische Erkrankungen hervor. Forschungsergebnisse konstatieren Erzieherinnen und Erzieher und besonders Leiterinnen und Leitern ein hohes Burnout-Risiko. Rudow (2004) spricht von „emotionaler Erschöpfung“ und „reduzierter Leistungsfähigkeit“ (8 %) sowie von „Problemen in der Emotionsarbeit“ (17 %), die bei Leiterinnen und Leitern jeweils häufiger auftreten. Thinschmidt (2010) stellt bei 12,5 bis 15,5 % der untersuchten Erzieherinnen-/Erzieher-Gruppen Burnout-Symptome fest. Mit jeder neuen Erhebung steigen diese Befunde kontinuierlich an. Aber nicht nur die psychischen Anforderungen machen den Erzieherinnen und Erziehern zu schaffen. Die körperlichen Anforderungen sind hoch, und oftmals ist die Ausstattung schlecht, die gebeugte Sitzhaltung nimmt mit über 60 Minuten pro Arbeitstag den größten Anteil ein. Gebeugte und/oder gedrehte Sitzhaltungen werden insgesamt ca. 1,5 Stunden lang pro Arbeitstag eingenommen. Hierbei handelt es sich um eine kritische Belastung. Die ungünstige Körperhaltung beim Sitzen ist in erster Linie auf das kindgerechte Mobiliar zurückzuführen (Khan 2010).

Maßnahmen

Die Möglichkeiten zur Bewältigung der o.g. Belastungen sind in jeder Person und Organisation in verschiedener Weise vorhanden und ausgeprägt. Bezüglich der emotionalen Anforderungen greifen einige Kita-Teams auf regelmäßige Supervision oder Coaching zurück, deren Sitzungen die Fachkräfte in Veränderungs- und Anpassungsprozessen unterstützen und stabilisieren. Bei den körperlichen Anforderungen, vor allem durch die Lärmbelastung, bieten Akustikdecken und -böden ein wenig mehr Schutz. Mittlerweile gibt es einen Katalog an gesundheitsfördernden Maßnahmen. Der „GEW Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung“ nennt etliche (GEW 2010c). Vor dem Hintergrund der massiven Unzufriedenheit – Stichwort Gratifikationskrise – scheint jedoch eine grundsätzliche Herangehensweise sinnvoll. Dies zeigt sich daran, dass es gelungen ist, trotz anfangs massiven Widerstands der Arbeitgeber, dieses Thema überhaupt im Tarifvertrag zu verhandeln. Letztlich wurde ein individueller Anspruch der Beschäftigten auf die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung durchgesetzt. Dabei wurden sowohl ihre Beteiligung bei der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen als auch ihr Recht auf Unterrichtung über die Ergebnisse vereinbart. Im Ergebnis ergänzt

der Tarifvertrag die gesetzlich bereits vorliegenden Regelungen durch individuelle Rechtsansprüche. An einigen Stellen formuliert die Vereinbarung die Bedingungen für den Sozial- und Erziehungsdienst konkret aus, macht also Vorgaben z.B. für die Einrichtung einer Kommission und deren Geschäftsordnung. Zentrale Stellschrauben wie der durch Landesgesetze vorgeschriebenen Betreuungsschlüssel, d.h. wie viele Kinder eine Fachkraft maximal betreuen darf, bleiben davon unberührt. Mit Blick auf den prognostizierten Personalmangel im Erziehungswesen scheint hier ein erhöhter Handlungsbedarf gegeben zu sein. Dies wird noch bekräftigt, wenn man die Erzieherinnen und Erzieher selbst fragt, durch welche Maßnahmen ihre Arbeitssituation verbessert werden könnte. Knapp zwei Drittel von ihnen sehen dringenden Handlungsbedarf bei der Vorbereitungszeit, ferner fordern sie mehr Personal bzw. einen besseren Personal-Kind-Schlüssel. Die Forderungen nach regelmäßiger Teilnahme an Supervision wie auch nach einer besseren räumlichen und materiellen Ausstattung werden mit großem Abstand genannt. Ein Viertel der Erzieherinnen und Erzieher halten in diesem Bereich Verbesserungen für erforderlich (GEW 2007: 45).

Zwischenfazit

Trotz aller negativen gesundheitlichen Befunde und der dargestellten Gratifikationskrise empfinden Erzieherinnen und Erzieher eine hohe Identifikation mit ihrer Tätigkeit. Dies spiegelt sich in der relativ hohen Zufriedenheit wider: 23 % der befragten Erzieherinnen und Erzieher sind mit ihrer Arbeit vollständig zufrieden, 55 % sind alles in allem zufrieden, sehen aber noch Verbesserungspotenziale. Im Wesentlichen fußt die Zufriedenheit auf intrinsischer Motivation, d.h. Motivation durch die Tätigkeit selbst (Fuchs/Trischler 2008b: 42ff.). Doch trotz der messbaren Verschlechterungen hat sich keine signifikante Veränderung der Arbeitsbedingungen ergeben. Dies steht im Widerspruch zu politischen Entscheidungen wie dem Anspruch auf einen Kindergartenplatz, der noch mehr Personalbedarf generiert. Dazu kommt, dass belastende Arbeit auch noch schlecht bezahlt wird. Darunter leidet die Attraktivität des Berufsfelds. Dies wird durch die wachsende Anzahl an Berufsfeldwechslern belegt. Generell wurde mit der Reform der Erzieherausbildung schon ein Schritt zur Aufwertung des Berufsfeldes getan. Die systematische Verbesserung der Arbeitsbedingungen steht jedoch weiter an.

3.5 Arbeitsbedingungen und Gesundheit in Krankenhäusern

Bereits seit einigen Jahren ist die Krankenhausbranche in einem stetigen Wandel begriffen. In den Medien erhält dieser Wandel vor allem durch Demonstrationen und Streiks der Beschäftigten immer wieder Aufmerksamkeit. Hintergrund sind der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, steigende Patientenzahlen und der fortschreitende Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung. Die Folgen dieser Arbeitsbedingungen auf die Beschäftigten zu beschreiben und relevante Studien darzustellen, ist Ziel dieses Kapitels.

3.5.1 Privatisierung und marktwirtschaftlicher Druck

Anders als in den anderen untersuchten Bereichen dieser Literaturstudie gibt es hier eine starke Zweiteilung in privatwirtschaftlich und öffentlich organisierte Unternehmen. Zudem sind im Krankenhaus sehr viele verschiedene Berufsgruppen beschäftigt, so dass auch höchst unterschiedliche Anforderungs- und Belastungsprofile existieren. Die Darstellung konzentriert sich deshalb im Kern auf die Arbeitsbedingungen der Krankenpflegekräfte und teilweise der Ärzteschaft. Die wirtschaftliche Dimension des Untersuchungsgegenstands lässt sich erahnen, wenn man bedenkt, dass der Anteil der Krankenhäuser am BIP von 2,75 % (1995) auf 2,96 % im Jahr 2009 zunahm. Und dies, obwohl die Zahl der Krankenhäuser und auch die Anzahl der Betten in den vergangenen Jahren kontinuierlich abnahmen. Waren es im Jahr 1994 noch 2.337 Krankenhäuser mit 618.176 Betten, sanken beide Werte bis zum Jahr 2009 auf 2.084 Krankenhäuser und 503.341 Betten (Roth 2011: 11). Interessant erscheint in diesem Zusammenhang der Blick auf die Entwicklung der Bettenzahl nach Trägerschaft, die einen Trend hin zur Privatisierung der Krankenhausversorgung erkennen lässt (Marrs 2007: 502). Lag der Anteil der Betten in öffentlichen Einrichtungen 2002 noch bei 54 %, so nahm er bis 2009 um acht Prozentpunkte auf 46 % ab. Private Einrichtungen konnten hingegen ihren Anteil von 9 % im Jahr 2002 auf 18 % (2009) verdoppeln. Diese Entwicklung hatte auch Auswirkungen auf die Beschäftigtenstruktur. So beschreibt Simon (2007), dass zwischen 1995 und 2005 insgesamt ca. 104.000 Vollzeitstellen für nicht-ärztliches Personal in Allgemeinkrankenhäusern abgebaut wurden. Jedoch waren nicht alle Berufsgruppen von dieser Entwicklung in gleichem Maße betroffen: Der ärztliche Dienst nämlich wurde um circa 19.000 Vollzeitkräfte aufgestockt. Simon berechnet daraus ein Saldo mit einem Gesamtstellenabbau von ca. 85.000 Vollzeitkräften. Der größte Teil des Stellenabbaus entfiel mit ca. 44.000 Vollzeitstellen auf den Pflegedienst. Umso erstaunlicher sei dies, so Simon, wenn man bedenkt, dass im Jahr 2005 die Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser um 13,7 % unter dem Wert des Jahres 1995 und auch unter dem Wert des Jahres 1991 lag. Bereits damals wurde über einen Pflegeotstand in Krankenhäusern gesellschaftlich diskutiert.

Wie schon dargestellt, waren die Berufsgruppen in unterschiedlichem Maß vom Personalabbau der vergangenen Jahre betroffen. Grob gesagt sind die Pflegekräfte die Verlierer, während die Ärzteschaft Zugewinne aufweist, im Verwaltungsdienst blieb die Anzahl der Vollzeitkräfte dagegen konstant.

Für Marrs ist bereits seit den 1980er Jahren eine „schleichende“ Durchsetzung ökonomischer Prinzipien im Gesundheitswesen im Gang. Das Gesundheitswesen richtet sich seither zunehmend an Prinzipien marktwirtschaftlicher Steuerung aus; ökonomische Effizienz und Effektivität wurden zu Leitmaximen (Marrs 2008: 37f.). Marrs verweist hierbei auf die zentrale Rolle der Umstellung der Krankenhausvergütung auf das Fallpauschalensystem im Jahr 2003, was den Wettbewerbs- und Kostendruck

massiv erhöhte. Mit der Einführung dieses Systems wurden prozess- und ergebnisorientierte Formen der Unternehmenssteuerung wie Zielvorgaben und Kennziffern in den Krankenhäusern etabliert.

Eine Analyse der Kostendaten der Allgemeinkrankenhäuser zeigt jedoch, dass der Stellenabbau im Pflegedienst nicht allein durch die Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Fallpauschalensystems erklärt werden kann. Simon argumentiert, mehr als die Hälfte des Stellenabbaus wäre aufgrund der allgemeinen Budgetentwicklung nicht erforderlich gewesen, sondern erfolgte offenbar, um im Rahmen einer internen Umverteilung Mittel für andere Zwecke freizusetzen. Gewinner der internen Umverteilung war der ärztliche Dienst (Simon 2007: 3). Roth (2011: 11) weist auf eine deutliche Verlangsamung und Konsolidierung der Entwicklung seit dem Jahr 2007 hin. Insgesamt stiegen die Fallzahlen in den letzten Jahren an, was jedoch nicht durch eine Erhöhung des Krankenhauspersonals kompensiert wurde. Auffällig ist, dass die Beschäftigten in öffentlichen Einrichtungen deutlich weniger Fälle zu versorgen haben als in freigemeinnützigen oder gar in privaten Einrichtungen. Dabei sind jedoch Differenzen zwischen Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft augenfällig. Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Form haben deutlich weniger Personalbelastungszahlen (Fälle pro Vollzeitkraft) als öffentlich getragene Krankenhäuser in privater Rechtsform (Roth 2011: 16f.). Ein Indiz für eine Konvergenz der Arbeitsbedingungen in öffentlichen und privaten Einrichtungen ist die Wahl der Rechtsform.

Der Frauenanteil im Krankenhausbereich ist mit 74 % sehr hoch, wobei es erhebliche Differenzen zwischen den Berufsgruppen gibt: Während bei den medizinisch-technischen AssistentInnen (92 %) und den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (86%) nur wenige Männer anzutreffen sind, überwiegen diese im höherqualifizierten ärztlichen Bereich mit einem Anteil von 58 % (Roth: 2011: 14). Ein erheblicher und steigender Anteil der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit. Isfort und Weidner (2010: 24) verweisen darauf, dass der Anteil der teilzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden in allgemeinen Krankenhäusern von 34,71 % im Jahr 2000 auf über 45% im Jahr 2008 anstieg. Roth (2011: 14f.) wiederum errechnet aus den Zahlen des Statistischen Bundesamtes eine Teilzeitquote im Gesundheitsbereich von 31 %, wobei fast jede zweite beschäftigte Frau in Teilzeit arbeitet (45 %). Simon (2012: 67), der insgesamt die Verlässlichkeit der Beschäftigtenstatistiken im Pflegesektor hinterfragt, verweist darauf, dass der Beschäftigungszuwachs im gesamten Pflegesektor weitgehend nur durch die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung erfolgte. Er führt an, dass die Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege von 1999 bis 2009 um ca. 200.000 oder 23 % stieg, während die Teilzeitbeschäftigung im ca. 210.000 oder 60 % zunahm. Bezeichnungen des Pflegesektors als „Wachstumsbranche“ und „Jobmotor“ sieht er daher kritisch.

Für Isfort und Weidner (2010: 25f.) könnten dieser hohen Teilzeitquote Arbeitgeberstrategien oder aber auch der ausdrückliche Wunsch der Pflegenden zugrunde liegen. Für die Forscher könnte die steigende Teilzeitquote ein Indiz dafür sein, dass die Ar-

beitsbedingungen es den Pflegenden zunehmend erschweren, die Belastung im Rahmen einer Vollzeitstelle auf sich zu nehmen. Die Pflegekräfte verkürzen die Dienstzeiten und suchen sich ggf. ergänzend andere Betätigungsmöglichkeiten, um sich so dem Arbeitsdruck in Teilen entziehen zu können. Marrs (2008: 82ff.) belegt diese Beschäftigtenstrategie in qualitativen Interviews mit Pflegekräften. Um steigende Belastungen und Beanspruchungen auszugleichen beobachtet sie zwei Hauptstrategien bei Pflegekräften: einmal das Ausweichen auf eine Teilzeitstelle und zweitens die Suche nach anderen, weniger belastenden Arbeitsplätzen innerhalb des Krankenhauses. Im Berufswechsel vermutet sie eine dritte Hauptstrategie, die sie jedoch mit ihren Interviews von aktiven Pflegekräften nicht belegen kann.

Simon (2012: 61ff.) argumentiert, dass die Gründe für die starke Ausweitung von Teilzeitbeschäftigung in allen Pflegeberufen (einschließlich nicht-stationärer Kranken- und Altenpflege) in den Personaleinsatzstrategien der Arbeitgeber und den gestiegenen Arbeitsbelastungen liegen. Der steigende Kostendruck führe, so Simon, dazu, dass durch die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen die Flexibilität des Personaleinsatzes deutlich gesteigert werden könne und die Personalkosten minimiert würden. Der Personaleinsatz orientiere sich somit stärker an den Bedarfen im Tagesablauf und erfolge im Rahmen einer reduzierten Grundbesetzung plus deren Ergänzung durch Teilzeitbeschäftigte nach Arbeitsanfall, statt einer für die ganze Arbeitsschicht gleichen Personalstärke. Dadurch fallen Entlastungsmomente und Zeiten der Regeneration im Verlauf eines vollzeitigen Arbeitstages weg. Die Arbeitsbelastung der verbleibenden Vollbeschäftigten steige damit an und führe dazu, dass immer mehr Pflegekräfte ihre Arbeitszeit reduzieren, um ihre Gesundheit zu schützen. Simon verweist auf eine Befragung aus dem Jahr 2009, wonach ein Viertel der Beschäftigten erwogen habe, wegen Arbeitsüberforderung die eigene Arbeitszeit zu reduzieren. Um den Einkommensverlust zu kompensieren, übe ein Teil der Teilzeitbeschäftigten im Krankenhaus wiederum eine Nebenbeschäftigung in der ambulanten Pflege aus. Allerdings gibt es hierfür keine statistisch verlässlichen Angaben, nur ältere Hinweise aus dem Mikrozensus. Die Frage, ob es aktuell einen Fachkräftemangel im Pflegebereich gebe, beantwortet Simon dann auch aus dem starken Zuwachs der Teilzeitbeschäftigung heraus. Veränderte Personaleinsatzstrategien und individuelle Belastungsreduktion durch Teilzeit führten seines Erachtens zu einer enormen Zunahme der Teilzeitbeschäftigung. Individuelle Vereinbarkeitsstrategien sind für Simon hierbei weniger relevant. Der Fachkräftebedarf resultiere daher, so Simon, aus dem nicht ausgeschöpften Arbeitspotenzial der Pflegekräfte und weniger aus einem generellen Mangel an Arbeitskräften oder einer Zunahme der Arbeitsplätze. Entsprechend würden Rekrutierungsstrategien zu einem Überangebot an Pflegefachkräften und in Folge zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führen. Hingegen fehle es an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäfti-

gung ohne Gesundheitsbeeinträchtigungen erlauben.³¹ Abschließend verweist Simon (2012: 63f.) darauf, dass empirische Belege für die Eindeutigkeit seiner Argumentation fehlten. Er spricht von einer hohen Wahrscheinlichkeit und empfiehlt, die öffentliche und berufspolitische Aufmerksamkeit auf diese Aspekte zu lenken. Notwendig seien entsprechende Untersuchungen, um die tatsächlichen Gründe zu erfassen.

3.5.2 Belastungen in Krankenhäusern

Wie beschrieben, werden die Arbeitsbelastungen in Krankenhäusern als alarmierend empfunden. Die Forschung hierzu ist überschaubar. Jährlich gibt das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln das „Pflege-Thermometer“ heraus. Diese Pflege-Thermometer-Reihe versteht sich als eine Ergänzung und Erweiterung der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung des Bundes und der Länder. Die Herausgeber der Reihe stellen fest, dass es weiterhin an einer regelmäßigen, systematischen, umfassenden und vergleichbaren Berichterstattung zur Pflege in Deutschland fehlt (Isfort/Weidner 2010: 5). Eine weitere zentrale Quelle für die Darstellung der Arbeitsbelastungen bilden die Ergebnisse einer Befragung zur Arbeitssituation Krankenhausbeschäftigter mithilfe des DGB-Index Gute Arbeit. Hier zieht sich die starke Differenz innerhalb der Beschäftigten weiter durch.³² Die empfundenen Belastungen der Pflegekräfte werden nicht entsprechend honoriert. Fuchs (2008: 10) stellt dabei fest, dass kaum ein anderer Bereich von den Beschäftigten so negativ beurteilt wird wie die Dimension Einkommen. Die Bruttoeinkommen der KrankenpflegerInnen sind zum Teil niedrig, 20 % der Vollzeitkräfte beziehen ein monatliches Brutto von unter 1.500 Euro und weitere 20% zwischen 1.500 und 2.000 Euro. Das Gros der Beschäftigten (48 %) erhält zwischen 2.000 und 3.000 Euro. Nur 13 % erhalten 3.000 Euro und mehr. Dabei sind Sonderformen der Arbeit in diesem Bereich besonders häufig. Im Krankenhaussektor findet sich eine starke Verbreitung atypischer Arbeitszeiten. Über 60 % der Beschäftigten und 80 % des sog. „weißen Bereichs“ (ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsdienst) arbeiten immer bzw. oft am Wochenende und 40 % der Befragten leisten immer bzw. oft Nacht- bzw. Abendarbeit. Offensichtlich ist ein wesentliches Merkmal des Krankenhausbetriebs die permanente Anwesenheit des „weißen Bereichs“, damit die Patientenversorgung rund um die Uhr aufrechterhalten werden kann (Roth 2011: 21f.). Dementsprechend arbeiten die Vertreterinnen und Vertreter dieser Berufsgruppen überdurchschnittlich häufig am Wochenende bzw. abends und nachts und sind damit auch stärker dem Risiko gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen ausgesetzt.

31 Im deutsch-schwedischen Vergleich der Gründe unterschiedlich langer Beschäftigungsdauern im Pflegebereich wird auf die quantitative Überforderung der Pflegekräfte in Deutschland geschlussfolgert. Demnach führt ein ungünstiges Verhältnis von Pflegenden und zu Pflegenden zu Zeitdruck und zu einer Verkürzung von Regenerationszeiten. Überbelastung der Beschäftigten, steigende Unzufriedenheit und Abwanderungsüberlegungen werden als mögliche Folgen beschrieben (Theobald et al. 2012: 164).

32 Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die vergleichende Analyse in drei Kliniken im Rahmen eines Projekts von INQA (Input Consulting 2011). Auch hier zeigen sich erhebliche Differenzen zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Die Arbeitszufriedenheit Letzterer ist bis auf die Dimension Führungsqualität in allen Punkten schlechter als die Werte bei den ÄrztInnen (Isforth et al. 2010: 14ff.).

Die Unzufriedenheit mit dem Einkommen ist nicht neu. Wie Marrs (2008: 59ff.) darstellt, bestand vor Einführung des TVöD auf Seiten der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer eine hohe Unzufriedenheit mit den bestehenden Entgeltstrukturen. Diese Unzufriedenheit war zudem von der Unsicherheit geprägt, woran bei den nun möglichen Leistungsentgelten (siehe Kapitel 2.3) die Leistung bspw. einer Pflegefachkraft bemessen wird. Unmut äußerten die Pflegekräfte vor allem hinsichtlich der Entgelthöhe und der fehlenden finanziellen Honorierung der hohen Verantwortung und des besonderen Engagements ihrer Tätigkeit. Dass sich Weiterbildungsaktivitäten kaum im Entgelt widerspiegeln, ist ebenfalls eine Quelle für Unzufriedenheit. Ferner erleben viele Pflegebeschäftigten die Umstrukturierungen der vorangegangenen Jahre als eine negative Ökonomisierung. Sie bewerten den Dienst an den Patienten unter ethischen und hergebrachten berufsfachlichen Aspekten (was sich an ihren oben erwähnten hohen Angaben zum Sinngehalt der Tätigkeit widerspiegelt). Unter den neuen Prämissen können sie ihre Ansprüche nur noch begrenzt einlösen: „Die fortschreitende Ökonomisierung der ursprünglich ethisch-moralischen Grundlagen des Pflegeberufs führt bei vielen Pflegekräften zu persönlichen und teilweise auch fachlichen Dilemmata und bewirkt eine Infragestellung des Sinns ihrer beruflichen Tätigkeit“ (ebd.: 81).

Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst

Die Arbeitsbedingungen im weißen Bereich unterscheiden sich. So liegen in den DGB-Index-Angaben der Berufsgruppe „ärztlicher Dienst“ acht Dimensionen besser und sieben schlechter als die Branche. Besonders negativ fallen die Dimensionen „Emotionale Anforderungen“ (minus 12 Punkte), „Arbeitszeitgestaltung“ (minus 12 Punkte) und die „Möglichkeiten für Kreativität“ (minus 10 Punkte) aus (Roth 2011: 31). Im Kontakt zu kranken Menschen sind ÄrztInnen und Ärzte in hohem Maß emotional gefordert: 41 % der Befragten im ärztlichen Dienst geben an, dass ihre Arbeit in (sehr) hohem Maß von ihnen verlangt, ihre Gefühle zu verbergen. Daneben ist die Unzufriedenheit mit der Verlässlichkeit und der Planbarkeit der Arbeitszeit sehr hoch, 76 % geben an, sich nicht oder nur in geringem Maß auf ihre Arbeitszeitplanung verlassen zu können. Ein selbstbestimmter Überstundenausgleich ist für 69 % nicht oder kaum möglich. Hinzu kommen generell lange Schicht- und Bereitschaftsdienste. Ärztinnen und Ärzte stehen damit vor der Herausforderung, unter diesen schwierigen Umständen Privatleben und berufliche Anforderungen zu vereinbaren, ein starker Work-Privacy-Konflikt markiert den Beruf. Entgegen den allgemeinen Angaben ist die Zufriedenheit mit dem Einkommen gegenüber dem Branchendurchschnitt deutlich positiver (63 Punkte bzw. plus 27 Punkte), ähnlich überdurchschnittlich liegen die Dimensionen körperliche Anforderungen (74 bzw. plus 16 Punkte) und Sinngehalt der Arbeit (98 bzw. plus 8 Punkte), was einen sehr hohen Wert bedeutet (ebd.: 31f.).

Arbeitsbedingungen im Pflegedienst

In einigen Dimensionen fallen die Antworten der Berufsgruppe „Pflegedienst“ deutlich anders aus. Im Vergleich zur Branche schneiden fünf Arbeitsdimensionen besser und neun schlechter ab. Roth (2011: 33ff.) vergleicht wieder mit dem Branchendurchschnitt. Danach ist die Zufriedenheit mit der Arbeitsintensität mit minus 11 Punkten deutlich geringer (34) wie auch der Zufriedenheit mit den körperlichen (minus 9 bzw. 49 Punkte) und den emotionalen Anforderungen (minus 7 bzw. 53 Punkte) sowie mit dem Einkommen (minus 7 bzw. 39 Punkte). Vor diesem Hintergrund sieht Roth die Berufsgruppe Pflegedienst in Kliniken überdurchschnittlich hohen Belastungen ausgesetzt. Die hohe Arbeitsintensität wirkt sich negativ auf Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten aus. Ebenso negativ sei die Patientenversorgung davon betroffen. Dem DGB-Index zufolge sind 61 % der Pflegedienstbeschäftigten von Arbeitshetze betroffen (Roth 2011: 34).³³ Ursachen hierfür nennt der DGB-Index nicht. Roth bezieht sich daher auf andere Quellen. Danach seien die kürzere Aufenthaltsdauer und die steigende Anzahl an polymorbiden Patienten im Krankenhaus ursächlich für die Zunahme der Pflegeintensität und Pflegekomplexität. Gleichzeitig wurde im Pflegebereich kontinuierlich Personal abgebaut. Weniger Pflegekräfte haben also mehr Menschen zu versorgen. Zugleich verschoben sich ärztliche Aufgaben (eher implizit) auf die Pflegekräfte und administrative Aufgaben nahmen zu (ebd.: 34f.). Diese Befunde decken sich auch mit den Angaben des „Pflege-Thermometers 2009“, wobei Isfort/Weidner (2010: 53) neben dem Schichtsystem die eingeschränkte Möglichkeit planbarer Ruhephasen und Freizeiten als weiteren Parameter der Arbeitsbelastung anführen. Aufgrund von Erkrankungen von Kolleginnen und Kollegen und einer insgesamt hohen Arbeitsintensität sei deren Planbarkeit erheblich beschränkt. Zudem komme es immer wieder dazu, dass neben den regulären Wochenenddiensten noch zusätzlich „eingesprungen“ wird. Damit werde nicht nur die eigene Erholung gefährdet. Zugleich verstärke ein solches Einspringen die durch die regulären Arbeitszeiten schon hohen Anforderungen an die Flexibilität der Pflegenden und ihrer Angehörigen.

Positiv betrachtet, geben dennoch beide dargestellten Gruppen einen sehr hohen Sinngehalt ihrer Arbeit an. Mit 98 Punkten erleben die Ärzte und mit 92 Punkten die Pflegedienstkräfte ihre Arbeit als sehr sinnhaft (Roth 2011: 32, 34). Diese starke Quelle der Motivation zu schützen, sollte Anliegen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sein. Wie Isfort et al. (2012: 80) warnen, zeigen die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2012, „dass zentrale Empfehlungen von Fachgesellschaften hinsichtlich der personellen und der technischen Ausstattung nicht angemessen umgesetzt werden“. Besonders bei der personellen Ausstattung im Pflegebereich werde deutlich, dass die Betreuungsquoten nicht den Empfehlungen entsprechen. Dies habe nicht nur Auswirkungen auf die Ge-

³³ In der Analyse dreier konkreter Kliniken (Input Consulting 2011: 26) geben 74 % im ärztlichen und im Pflegedienst an, in (sehr) hohem Maß Arbeitshetze/Zeitdruck ausgesetzt zu sein, gefolgt von unerwünschten Unterbrechungen (73 %) und konflikthafter Kommunikationen zwischen den Berufsgruppen (61 %) sowie wenig Einfluss auf Organisation und Ablauf der Tätigkeit (45 %). Auffällig sind hier die gegenüber dem Gesamtindex der Branche meist erhöhten Belastungsanzeichen (ebd.: 13).

sundheit der Beschäftigten, sondern führe zu Einbußen bei der Patientensicherheit, insbesondere mit Blick auf vermeidbare Zwischenfälle. Für die Beschäftigten sehen Isfort et al. einen „Teufelskreislauf aus hohen Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals und daraus entstehenden ungünstigen Betriebsabläufen (...), die wiederum belastend auf die Pflegefachkräfte einwirken und bei ihnen mit erhöhten Krankheitsindikatoren in Verbindung gebracht werden müssen“ (ebd.). Die Forderung der Verfasser des *Pflege-Thermometers 2012* geht entsprechend dahin, „die Stärken und Zusammensetzungen der eingesetzten Schichten (Früh-, Spät-, Nachtschichten) im Lichte der Erkenntnisse dieser Studie“ weiterzuentwickeln (ebd.).

3.5.3 Maßnahmen

Vor dem Hintergrund der geschilderten Ergebnisse ist es erstaunlich, dass in vielen Krankenhäusern noch immer keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird: Nur 38 % der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger berichten, dass der Arbeitsplatz mindestens einmal nach möglichen Gefährdungen untersucht bzw. sie selbst nach Gesundheitsbelastungen gefragt wurden. Und wiederum nur 45 % dieser Gefährdungsbeurteilungen berücksichtigen – nach Angaben der Beschäftigten – ganzheitlich körperliche und psychische Gefährdungen (Fuchs 2008: 20). Fuchs sieht in einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung einen zentralen Anknüpfungspunkt, um die Arbeitsorganisation, die Arbeitszeitgestaltung, die Zusammenarbeit, den Informationsfluss und vieles mehr, kritisch auf mögliche gesundheitliche Gefährdungen zu beleuchten. Dies ist umso verwunderlicher, als es noch vor dem neuen Arbeits- und Gesundheitsschutzgesetz ernsthafte Bemühungen gegeben hat, die Situation im Krankenhaus zu verbessern. Müller (2009: 41) führt an, dass es bereits Ende der 1980er Jahre durch den BKK-Bundesverband ein Gesundheitszirkelkonzept gab, das so genannte „Düsseldorfer Modell“. Dieses Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde seit Beginn der 1990er Jahre den Mitgliedsunternehmen mit großem Erfolg angeboten. Obwohl der BKK-Bundesverband bis 1999 ca. 80 Gesundheitszirkel in Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größen durchführte, gab es bis Oktober 2008 wohl kaum zehn Krankenhäuser, in denen das Gesundheitszirkelkonzept mit Unterstützung des BKK-Bundesverbands umgesetzt wurde. Das wird auch darauf zurückgeführt, dass es nur wenige Betriebskrankenkassen mit eigenem Krankenhaus gab, zu den Ausnahmen gehörten die BKK Krupp und die BKK Hoesch (ebd.: 43).

Im 2009 abgeschlossenen Forschungsprojekt „Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Patientenversorgung – Eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten und Mitarbeitervertretungen in Krankenhäusern“ wurde im Rahmen eines Projektmoduls speziell das Thema „Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ auf einer Mikro- und Mesoebene untersucht (Knesebeck et al. 2009). Aus einer Zufallsstichprobe ergaben sich 291 teilnehmende Krankenhäuser, davon 35 Mitglieder des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGFK). Vor allem im Vergleich zeigte sich, dass die Mitglieder des DNGFK über ausgereifere Formen des betrieblichen

Gesundheitsmanagements verfügten. So war das Ziel Gesundheitsförderung bei 63,8 % der Mitglieder im Leitbild des Krankenhauses vorhanden. Bei den Nichtmitgliedern lag der Wert bei 34,6 %. Diese Form der Verteilung zieht sich durch die abgefragten Items. Müller (2009) verdeutlicht anhand der INQA-Datenbank „Gute Praxis“ ebenfalls, wie unzureichend die Umsetzung ist. Aus den im Jahr 2009 enthaltenen 300 Praxisbeispielen unter dem Stichwort „Krankenhäuser“ wählte sie 21 Projekte aus und stellte fest, dass die 14 Praxisprojekte zur Gesundheitsförderung in deutschen Krankenhäusern überwiegend in Mitgliedshäusern des DNGFK stattfinden. Auch die 2009 abgeschlossene Studie des Deutschen Krankenhausinstituts in Kooperation mit den Universitäten Hamburg und Düsseldorf verdeutlicht (Gereke 2009), dass es Fortschritte gibt, aber die Verbreitung von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) im Krankenhaus immer noch nicht besonders gut ist. Die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse kann somit nur auf Grundlage weiterer Studien beschrieben werden.

Die Aufwertung der Pflegeberufe verfolgen die Empfehlungen der Autoren des *Pflege-Thermometers 2012*. Diese sehen bei der tatsächlichen Aufwertung Handlungsbedarf. Die heute oft stattfindenden verdeckten Delegationen ärztlicher Aufgaben an Pflegekräfte sollen zukünftig in Aufgabenbeschreibungen klar und haftungsrechtlich sicher geregelt und (entgeltlich?) auch gewürdigt werden (Isfort et al. 2012: 83).

Zwischenfazit

Müller (2009) konstatiert, dass die wissenschaftlichen Befunde eindeutig sind und aus vielerlei anderen Gründen in Krankenhäusern massiver Handlungsbedarf besteht. Trotz der quantitativen und qualitativen Bedeutung von Krankenhäusern als Arbeitgeber werden sie offenbar kaum gezielt angesprochen. Sie sieht auch die Effekte, die über BGM auf die Qualität der Patientenversorgung zu erzielen sind, belegt, dennoch wird dies als ein zentrales Interventionsfeld in mehrfacher Hinsicht vernachlässigt. Viele Befunde sind nicht für alle Krankenhäuser durchgängig, aber es gibt übergreifende Tendenzen. Der Bereich des Pflegedienstes ist von Personalreduzierung betroffen, und das trotz steigender Fallzahlen und Erweiterung der Arbeitsaufgaben. Diese Anforderungen werden im Erleben der Beschäftigten nicht hinreichend entlohnt. Die enorme Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung scheint weniger vereinbarkeitsinduziert zu sein, als vielmehr durch kostenreduzierende Personaleinsatzstrategien forciert, die wiederum die Belastungen und die Teilzeitbeschäftigung als individuelle Ausweichstrategie steigen lassen. Bei den Ärzten ist dies anders, das Einkommen wird zumindest als zufriedenstellend empfunden, und es gab in den vergangenen Jahren sogar Personalzuwachs, dennoch werden emotionale Belastungen von fast der Hälfte der befragten Ärzte genannt. Durchgängig gilt für den „weißen Dienst“ im Krankenhaus, dass aufgrund der Patientenversorgung ein starker Work-Privacy-Konflikt vorhanden ist. Zudem existiert eine starke Geschlechterdifferenz, weibliche Beschäftigte sind überproportional vertreten – ausgenommen bei den Ärzten –, und sie befinden sich bei Einkommens- und Aufstiegschancen im Nachteil.

4 Zusammenfassung der Belastungsursachen

Die folgenden beiden Kapitel fassen den Forschungsstand hinsichtlich Belastungsursachen und weiterführendem Forschungsbedarf zusammen. Zunächst erfolgt ein Rückbezug der dargestellten Ergebnisse auf die Ausgangspunkte. Sodann werden in Kapitel 4 die Belastungsursachen zusammengefasst, wie sie sich in der Literatur finden. In Kapitel 5 werden, aufgeteilt auf zwei Unterkapitel, weiterführende Forschungsfelder zum Zusammenhang von Leistungs politik und Belastungen im ÖD skizziert.

Thema der Literaturstudie sind arbeits- und leistungspolitische Ursachen der hohen Belastungsanzeichen im ÖD und Maßnahmen zur Reduktion gesundheitlicher Belastungen. Ein Ausgangspunkt hierfür war die branchenübergreifende Feststellung einer leistungspolitisch intensivierten Subjektivierung der Arbeit. Eine Zunahme der Belastungen spiegelt sich etwa in der eingangs genannten Erhöhung der Fehltagelast in der Bundesverwaltung wider. Als Ursache hierfür kommt neben leistungspolitischen Aspekten auch die Alterung der Beschäftigten zum Tragen. Die aktuelle BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung von 2012 spricht von einer Stabilisierung der Anforderungen aus Arbeitsinhalt und -organisation auf zum Teil hohem Niveau bei teilweise Zunahme subjektiv wahrgenommener Belastungen. Die Ergebnisse des DGB-Index Gute Arbeit zeigen ebenfalls ein hohes Belastungsniveau. Ähnliche Indizien finden sich in weiteren ausgewerteten, sehr unterschiedlich angelegten Studien. Zu- oder Abnahmen von Belastungen sind jedoch nur begrenzt abbildbar. Zum einen wurden nur Studien aus den letzten Jahren ausgewertet, zum anderen sind vergleichbare Langfriststudien die Ausnahme. Nach Literaturlage hat die Erhebung des subjektiven Belastungsempfindens erst in den letzten Jahren durch die BiBB/BAuA-Befragungen und den DGB-Index an Bedeutung erlangt. Seither hat die Beschäftigtensicht in der Debatte erheblich an Bedeutung gewonnen. Über die ausgewerteten Studien hinweg ist von einem hohen subjektiven Belastungsempfinden der Beschäftigten im ÖD auszugehen.

Die in den letzten Jahren deutlich in den Vordergrund getretene Sicht der Beschäftigten auf ihre Arbeitsbedingungen ist markant. Hingegen fällt der Forschungsstand zu den arbeits- und leistungspolitischen Veränderungen im ÖD weder lückenlos noch einheitlich aus. Zu vielen der Merkmale, die auf eine intensivere Nutzung subjektiver Potenziale in der Arbeit schließen lassen, konnten Befunde präsentiert werden. Spezifischere arbeitssoziologische Studien zu den Rationalisierungsmustern und der Rolle des Subjekts im ÖD, insbesondere zu den mit Interaktionsarbeit verbundenen Anforderungen und Belastungen, liegen jedoch nur in begrenzter Zahl vor. Übergreifend aber lässt sich anhand der Ergebnisse sagen, dass der Arbeitgeber Staat die ihm bisher zugesprochene Musterrolle als Arbeitgeber eingebüßt hat. Doch es verbleiben Hinweise, dass bestimmte Dimensionen der Arbeitsqualität (für bestimmte Beschäftigtengruppen) beim Staat nach wie vor besser als in der Privatwirtschaft ausfallen. Ob sich das anhand aktueller Zahlen weiterhin bestätigen lässt, sei weiterführenden Forschungsaktivitäten

anheimgestellt. Von einem einheitlichen Arbeitgeber Staat mit einheitlichen Leistungsbedingungen zu sprechen, verbietet sich jedoch. Nicht nur, aber insbesondere in den privatisierten bzw. reorganisierten Bereichen zeichnen sich erheblich steigende Belastungsniveaus ab. Dabei verbleiben Wissenslücken, die einen vertiefenden Forschungs- und Dokumentationsbedarf der arbeits- und leistungspolitischen Veränderungen im ÖD anzeigen.

Wesentliche Ursachen des hohen Belastungsniveaus lassen sich im Spiegel der ausgewerteten Fachliteratur verdeutlichen. Zuvorderst gehören hierzu die Personalbemessung, Restrukturierungsmaßnahmen und Aufgabenzuwachs, die Steigerung der Arbeitsintensität und eine belastende Arbeitsorganisation, unzureichende Beteiligung der Beschäftigten und geringe Entlastungsmöglichkeiten in der Arbeitssituation. Der Personalabbau hat deutlichen Einfluss auf die Belastung der Beschäftigten. Allerdings dürfte sich allein aus einem Mehr an Beschäftigten keine hinreichende Belastungsreduktion ergeben. Auch in der Organisation der Dienststellen und der Arbeitsprozesse liegt eine erhebliche Belastungsursache. Insofern eröffnen sich bereits bei gegebener Personalausstattung Möglichkeiten zur Optimierung von Prozessen und Reduktion von Belastungen. Hinzu kommt das Wie der Reorganisationsprozesse selbst. Viele Beschäftigte empfinden diese als zusätzliche Belastungsquelle. Hieraus resultieren deutliche Anforderungen an die Führungsqualitäten im ÖD. Aus dem erlebten Arbeitsumfeld resultieren erhebliche Unzufriedenheiten der Beschäftigten. Diese verweisen u.a. auf Anerkennungsdefizite und drohen deren Arbeitsfähigkeit einzuschränken. Die vorliegenden Instrumente und Maßnahmen zur Belastungsreduktion und ihrer Bewältigung sind unzureichend verbreitet. Der Fokus ist hierbei seltener die Arbeits- und Leistungssituation. Sie bieten zu geringe Interventionsmöglichkeiten in die Organisation und ihren Kernbereich der Leistungssteuerung.

Nunmehr werden die wesentlichen Ursachen der Belastungen zusammengefasst. Gegenüber den in Kapitel 1.4 aufgelisteten möglichen Belastungsfeldern, die ein Suchraster für relevante Studien bildeten, folgt die thematische Darstellung den in der Literatur vorfindlichen Schwerpunktsetzungen.

Personalabbau und Personalbemessung

Als vordringlichste Ursache der Belastungen im ÖD wird immer wieder der Personalabbau der letzten Jahrzehnte genannt. Der Rückgang des Personals ist unstrittig, der Umfang des Abbaus ist schon weniger deutlich. Das Maß des Beschäftigungsabbaus bzw. die vorhandene Beschäftigungslücke im ÖD lassen sich nur annäherungsweise ermitteln. Nach den ausgeführten Berechnungen von Vesper (2012) beläuft sich der tatsächliche Beschäftigungsabbau auf 11 % (2010 zu 1991) und die Beschäftigungslücke heute auf knapp 100.000 Personen. In Relation zu den Gesamtbeschäftigten (4,541

Mio.) beträgt diese Lücke circa 2,2 %.³⁴ Zusatzbedarfe errechnet Vesper anhand der Personalausstattung pro Einwohner im Vergleich zum Durchschnitt der Bundesländer. So ermittelt er für die Finanzverwaltung 4.500 Vollzeitstellen und 24.000 Stellen für den Bereich öffentliche Sicherheit und Ordnung. Für den Bildungssektor kommt er mittels OECD bzw. EU-Vergleichen auf 55.000 zusätzliche Vollzeitstellen, und für den Bereich der Kinderbetreuung sind es 16.000 Stellen (ebd.: 47f.). Bei den genannten Zahlen wird der Beschäftigungsabbau durch die Nichteinrechnung der Teilzeiteffekte unterzeichnet. Etwas unter 32 % oder 1,16 Mio. der Beschäftigten im unmittelbaren ÖD sind heute teilzeitbeschäftigt (1991: 17 %), insbesondere bei den Ländern (knappes Drittel) und den Kommunen (40 %) (ebd.: 11).

Der Rückgang der Beschäftigtenzahlen legt einen Anstieg der Belastungen nahe. Allerdings sind die Zahlen nicht einfach zu interpretieren. Der Vergleich mit der durchschnittlichen Personalausstattung der Bundesländer oder der EU/OECD gibt hier Hinweise auf tatsächlich vorhandene Beschäftigungslücken. Die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung stellt ebenfalls ein Indiz dar. Aber auch die Bemessung der beschäftigten Personen nach Vollzeitäquivalenten liefert nur Annäherungswerte. Untersetzt werden müsste die Frage der Belastungszunahme durch einen intertemporalen Vergleich der Beschäftigungsbereiche, möglichst auf Dienststellenebene. Dabei wären das gewandelte Aufgabenspektrum sowie die veränderten Arbeitsabläufe, der Technikeinsatz und verfügbare Ressourcen sowie die Qualifikation des Personals einzubeziehen. Angesichts der vielfältigen Reorganisationsmaßnahmen der letzten Jahre dürfte die Durchführbarkeit solcher Studien begrenzt sein.

Steigerung der Arbeitsintensität durch Personalabbau und Aufgabenwandel

Deutlichere Hinweise auf eine Zunahme der Belastungen infolge geringer Personalkapazitäten resultieren aus Befragungen von Beschäftigten, Personalräten und Arbeitgebervertretern. Auch der Vergleich der Personalbesetzung mit Empfehlungen von Fachgesellschaften, wie im Pflegebereich, zeigt einen höheren Personalbedarf an. Die Befragungen geben Einschätzung über Ursachen erlebter Leistungsverdichtung wieder. Dabei steht Personalabbau als Ursache nicht allein, sondern in einer Verkopplung mit Aufgabenveränderungen, zusätzlichen Aufgaben, organisatorischen und technischen Veränderungen, Führungsverhalten u.a.m. Ein Beispiel hierfür findet sich in den dargestellten Befragungen zu leistungsorientierter Entlohnung (Tab. 6). Danach haben in den Augen von rund 88 % der befragten Arbeitgeber und Personalräte die Leistungsanforderungen in den letzten Jahren leicht oder stark zugenommen. Als ursächlich hier-

34 Kritik an mangelnder Personalausstattung und Kompetenz des ÖD wird immer wieder laut. So wies der Vorsitzender des mittelständischen Bauverbandes ZDB, Hans-Hartwig Loewenstein, im Zuge der Verschiebung der Eröffnung des neuen Berliner Flughafens darauf hin, dass die öffentliche Hand ihre Kompetenz als Bauherr stetig zurückgefahren habe: „Hier gibt es keine ausreichenden Strukturen mehr, keine Fachleute, keine Erfahrenen, die solche Baumaßnahmen wirklich steuern können“ (zitiert nach ntv 2013). Ähnliche Hinweise kommen z.B. aus der Lebensmittelüberwachung (Liebrich 2013).

für werden wachsende Aufgabenbereiche, der Stellenabbau und Haushaltsengpässe genannt. Ein weiteres Beispiel hierfür sind die Befragungen des Index Gute Arbeit. So gaben 32 % der Befragten an, einem (sehr) hohen Maß an Zeitdruck ausgesetzt zu sein. 41,5 % der Befragten machten wiederum die zu knappe Personalbemessung für den Zeit- und Termindruck verantwortlich (Abb. 3). Diese Ergebnisse bestätigen sich in der auf den Krankenhaussektor bezogenen Befragungsanalyse. Hier ist das überwiegend weibliche Pflegepersonal erheblich unzufrieden mit der Arbeitsintensität, 61 % von ihnen fühlen sich einem (sehr) hohen Zeitdruck ausgesetzt. In diesem Bereich wurde in den letzten Jahren umfänglich Personal abgebaut, man vergrößerte Stationen, erhöhte die Fallzahl, während der ärztliche Bereich aufgestockt wurde. Diese Problemlagen werden durch Befunde weiterer Studien gestützt. Auch in dem Bereich, der durchweg an Beschäftigung zunahm, nämlich öffentliche Sicherheit und Ordnung, ist die Arbeitsbelastung hoch.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Personalabbau und Aufgabenzuwachs zu einer Arbeitsverdichtung und zu einer Zunahme der Belastungen führte. Die genaue Größe des fehlenden Personals ist hingegen nicht eindeutig. Auf Gesamtbeschäftigenebene des ÖD fallen die vorgelegten Zahlen eher undramatisch aus. Darunter deuten die Ergebnisse auf einen deutlich höheren Personalbedarf. Dabei ist auch der Hinweis zu berücksichtigen, dass die Personalbesetzung nicht quer über alle Abteilungen und Dienststellen gleich ist (Badura 2012b). Vielmehr bestehen aus unterschiedlichen Gründen sogar innerhalb von Dienststellen erhebliche Unterschiede in der Personalbesetzung. Eine übergreifende Problematik liegt, worauf Vesper hinweist, in der Frage, wie viel Geld in das System durch politische Entscheidungen investiert wird. Weiterhin folgt die Personalbemessung keiner einfachen Formel. Leistungsbemessung ist in der Regel ein komplizierter Aushandlungsprozess in Betrieben und Dienststellen, der nur begrenzt auf objektiven Daten fußt und in dem oftmals erst ein Grundverständnis hergestellt werden muss, was Leistung ist (vgl. empirisch zum Angestelltenbereich des Privatsektors Nies/Kratzer 2011).

Alterung der Beschäftigten und steigende Ersatzbedarfe

Die Veränderung der Alterszusammensetzung im ÖD ist eine Folge des Personalabbaus und der damit zusammenhängenden restriktiven Einstellungspraxis. Daraus folgt eine doppelte Problematik: Zum einen muss der Staat mit älteren Beschäftigten Effizienz und Produktivität sichern, zum anderen kommen auf den Arbeitgeber Staat deutlich erhöhte Ersatzbedarfe bei wachsender Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt zu. Die Studien zur Alterung der Beschäftigten zeigen eine Zunahme gesundheitspolitischer Anforderungen in Unternehmen und Dienststellen an. Arbeitsunfähigkeitstage im ÖD steigen mit dem Alter an. Diesen Herausforderungen wird durch präventive Maßnahmen bei weitem nicht entsprochen. Der zukünftig steigende Ersatzbedarf erfordert eine vorausschauende Personal(einstellungs)politik. Erfolgen Neueinstellungen spät oder bleiben sie temporär aus, ist von einer Zunahme der Belastungen bei den verbliebenen Be-

schäftigten durch unbesetzte Stellen und Alterungseffekte auszugehen.

Einzelmaßnahmen reichen zur Bewältigung der (kommenden) Problemlagen nicht aus. Vielmehr betonen die Studien die Notwendigkeit einer Gesamtstrategie im Rahmen eines demografiesensiblen Personalmanagements. Elemente daraus sind die ganzheitliche und vielseitige Gestaltung von Aufgaben, Arbeitsautonomie, Abgabe von Verantwortlichkeit, Personalentwicklung und Weiterbildung sowie ein partizipativer Führungsstil, flexible Arbeitszeiten und Work-Life-Balance. Laufbahnplanung und Karrieremanagement im ÖD sind zu überdenken, was auch das Dienstrechts berührt. Nunmehr hat die Bundesregierung für die Bundesverwaltung ein entsprechendes Projekt „Demografiesensibles Personalmanagement“ aufgelegt (BMI 2012a), dessen Wirkungen zu analysieren wären.³⁵

Zeitdruck, Arbeitsintensität und Arbeitsorganisation

Viele Gesundheitsbeschwerden der Beschäftigten (Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen, allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung, Schlafstörungen, Nervosität und Reizbarkeit) werden in verschiedenen Befragungen auf hohen Zeitdruck und emotionale Anforderungen zurückgeführt. Ein deutlicher Teil der Befragten sieht sich nicht in der Lage, unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen bis zur Rente arbeiten zu können. Als Ursachen für den Zeitdruck werden zu knappe Personalbemessung und zu viele gleichzeitig zu erledigende Aufgaben und Projekte genannt. Insgesamt fallen die Werte im Vergleich ÖD und Privatwirtschaft nicht sehr unterschiedlich aus. Die Beschäftigten im ÖD geben jedoch höhere Belastung bei psychisch relevanten Beschwerden (Kopfschmerzen, nächtliche Schlafstörungen u.a.), sie gehen öfter zum Arzt und weisen steigende Arbeitsunfähigkeitstage mit dem Lebensalter aus. Zeitdruck, hohe Arbeitsintensität und Ausweitung der Arbeitstätigkeiten werden beispielsweise aus dem Schulbetrieb und seit längerem aus dem Bereich von Erzieherinnen und Erziehern berichtet. In der neueren BAuA-Befragung (Stressreport, BAuA 2013; Lohmann-Haislah 2012) stechen diese Bereiche mit einer deutlich erhöhten Anzahl überdurchschnittlicher Belastungsmerkmale hervor (allerdings unter Verzicht auf eine klare Abgrenzung von privaten und öffentlichen Bereichen). Noch deutlich höher belastet ist nach Angaben des Stressreports 2012 der Bereich Gesundheit und Sozialwesen.

Neben einer unzureichenden Personalbemessung finden sich auch arbeitsorganisatorische Ursachen: hoher Verwaltungsaufwand und langwierigere Kommunikationswege infolge von Reorganisationsmaßnahmen, ausbleibende Entscheidungen der Führungskräfte, viele parallel zu erledigende Arbeiten und häufige Arbeitsunterbrechungen. Die

³⁵ Als eine erste Maßnahme hierzu hat das BMI eine Anleitung für eine Altersstrukturanalyse zur Verfügung gestellt (BMI 2012b). Altersstrukturanalysen haben sich als zentrales Instrument des Einstiegs in die betriebliche Auseinandersetzung mit demografischen Aspekten herausgestellt. Altersstrukturanalysen allein geben jedoch noch keine Handlungsanleitung vor (vgl. Katenkamp et al. 2012; Buch/Ruf 2009: 39). Ferner wurde vom BMI (2012c) ein Leitfadens zur Ausgestaltung einer lebensphasenorientierten Personalpolitik vorgelegt.

gestiegene Arbeitsintensität hat also nicht nur ihre Ursachen im unzureichenden Personalschlüssel, sondern deutlich auch in betriebs- und arbeitsorganisatorischen Strukturen.

Reorganisationsprozesse und Bewältigungsstrategien der Beschäftigten

Neben dem Personalabbau haben Reorganisationsprozesse erhebliche Auswirkung auf die Gesundheitssituation der Beschäftigten. Der ÖD unterliegt seit einigen Jahren ebenso häufig solchen Prozessen wie der Industriebereich. Davon betroffene Beschäftigte weisen höhere Belastungsmerkmale auf. Jedoch sind einige der Wirkungen und Zusammenhänge der Belastungsdimensionen unklar. So ist z.B. nicht klar, ob die Belastungen nach erfolgten Reorganisationsprozessen zurückgehen oder ob es nur einen Gewöhnungseffekt gibt. In Einzelstudien wird vermutet, dass sich die Beschäftigten an die steigenden Belastungen „gewöhnen“, die Belastungen also relativieren, diese jedoch bestehen bleiben. Die genauen Prozesse und ihre Folgen einschließlich individueller Bewältigungsstrategien wären also zu erheben.

Gender: Teilzeit als individuelle Lösungsstrategie/Schichtarbeit

Als Aspekt der wenigen genderrelevanten Inhalte in den ausgewerteten Studien ist die bei den Pflegekräften dargestellte Teilzeitbeschäftigung von Frauen als individuelle Strategie der Belastungsreduktion hervorzuheben. Teilzeitbeschäftigung wird meist mit anderen, heterogenen Attributen verknüpft (Verbesserung der Vereinbarkeit einerseits, unfreiwillige Teilzeit, geringe Einkommen und Sozialleistungsansprüche andererseits). Empirische Hinweise gehen in die Richtung, dass Teilzeitbeschäftigung in diesem Beschäftigungsbereich vor allem eine Folge von neuen Arbeitseinsatzstrategien und demzufolge individuelle Arbeitszeitreduktion eine Kompensationsform gesteigerter Belastungen sind. Sollten sich diese Hinweise erhärten lassen, würde das ein anderes Bild auf Belastungsursachen und die Debatte um Fachkräfteengpässe werfen. Vollzeitarbeit in diesen Bereichen wäre dann dauerhaft für mindestens einen Teil der Beschäftigten nicht durchzuhalten, und das Potenzial von Teilzeitbeschäftigten zur Kompensation von Fachkräfteengpässen wäre zu hinterfragen.

Einen wesentlichen Belastungsfaktor im Pflegebereich, aber auch im Polizeidienst stellt die Schichtarbeit dar. Entsprechend arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen wären die Schicht- und Dienstplangestaltung fortzuentwickeln. Modellprojekte (vgl. etwa Diendorf et al. 2007) zeigen hierfür beteiligungsorientierte Pfade auf, finden aber nur unzureichende Verbreitung.

Führung, Beteiligung und fachliche Reflexionsmöglichkeiten

Kritische Anmerkungen zur Führung finden sich bei Beschäftigtenangaben zur Ursache von Zeitdruck oder hinsichtlich weiterzuentwickelnder Führungsqualitäten und

unterstützender Maßnahmen. In einer der Studien zur Polizei zeigt sich problematisches Führungsverhalten als zweithäufigste Belastungsursache. Insgesamt aber ist in der gesichteten Literatur die Thematik nicht sehr umfassend behandelt worden. Dabei kommt Führung ein wichtiger Stellenwert im Gesundheitsschutz zu (vgl. Badura 2012a; Badura et al. 2011). Zum Zusammenhang von Gesundheitsmanagement und Leistungsfragen sowie insbesondere in Bezug auf Beteiligungs- und Anerkennungsaspekte (s.u.) besteht hinsichtlich der Rolle der Führung, neuer Führungsqualitäten und betreffs möglicher Unterstützungsformen für Führungskräfte bzw. deren Implementationshemmnisse also Klärungsbedarf.

Insgesamt ist auf den weitgehend deskriptiven Charakter der referierten subjektiven Einschätzungen zu verweisen. Jedoch liegt in der Wahrnehmung der eigenen Arbeits- und Gesundheitssituation ein Ausgangspunkt für die Bestimmung von Ressourcen und von Prozessen der Verbesserung der Arbeitsqualität. Im Ressourcensinne können einige Wirkungen der Einführung von Leistungsentgeltbestandteilen im ÖD bewertet werden. Während den (materiell geringen) Leistungsentgelten eher eine zwiespältige Auswirkung auf das Arbeitsklima beigemessen wird, steigt mit ihrer Einführung die Zahl der Mitarbeitergespräche überdeutlich an. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Zielvereinbarungen zum Einsatz kommen. Naheliegend im Kontext des demografiesensiblen Personalmanagements und steigender psychischer Belastungen ist zu hinterfragen, welche Auswirkungen regelmäßige Mitarbeitergespräche auf die Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten entfalten können. Allgemein werden solche Gespräche als motivationsfördernd beschrieben. Vielfach stellen sie die einzige formelle Rückmeldung an Beschäftigte durch Führungskräfte dar. Sie kommen damit zumindest rudimentär den Beteiligungsansprüchen der Beschäftigten entgegen. Als ein Aspekt beteiligungsorientierter Führung wäre zu klären, wie solche Gespräche als regelmäßiges Führungsinstrument unabhängig von konkreten Leistungs- oder Zielvereinbarungsgesprächen Verbreitung finden könnten.

Beteiligungsansprüche und eine vertiefte Nutzung subjektiver Potenziale bei der Arbeit – bei gleichzeitig steigenden psychischen Belastungen und hoher Unzufriedenheit – verweisen auf die Notwendigkeit von Orten der Reflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitssituation. Gerade für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz gibt es mittlerweile etablierte Verfahren angeleiteter Reflexion und Belastungsbewältigung – Mediation, Supervision, Coaching, Intervision. Diese befassen sich mit der Optimierung von Interaktionen, auch und gerade im Berufsleben. Im Beschäftigungsbereich der Kindertagesstätten etwa finden sich Angebote wie Supervision als Möglichkeit der Auseinandersetzung mit belastenden Arbeitssituationen und des Austauschs unter Beschäftigten. An anderer Stelle werden Supervision und Mediation für Führungskräfte zur Verbesserung der Führungskompetenz empfohlen. Im Pflegebereich stellen die Kolleginnen und Kollegen und der Zugang zu Supervision eine erhebliches Entlastungsmoment dar, jedoch sind Möglichkeiten zur Reflexion fachlicher Probleme im Team in Deutschland im Vergleich beispielsweise zu Schweden bisher wenig verbreitet (vgl. Theobald et al. 2012: 91f., 138, 166).

Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen zur Abbildung und Verbesserung der Gesundheitssituation liegen wie beispielhaft genannt vor. Hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilung geht es nicht nur um deren unzureichende Anwendung. Die Studien verweisen vor allem auf die unzureichende Analyse ganzheitlich körperlicher und psychischer Belastungen und auf den Bedarf der Anpassung des Instruments an konkrete Problemlagen in den unterschiedlichen Beschäftigungsfeldern. Für Mitarbeiterbefragungen stehen standardisierte Instrumente zur Verfügung. Das Instrumentarium des DGB-Index Gute Arbeit findet mittlerweile auch auf Betriebsebene Anwendung und lässt dadurch Vergleiche zwischen Betriebsebene, Branche und Gesamtebene zu. Mit Mitarbeiterbefragungen sind im Betrieb zwei Problemfelder verbunden: die Akzeptanz dieser Befragungen durch Personal- und Beschäftigtenseite sowie die entscheidende Frage, was daraus folgt. Die Erhebung und Darstellung der Problemlagen führt zu Interpretations- und Handlungsbedarf. Folgen der Erhebung aus Beschäftigtensicht unzureichende Schritte, steigt die Unzufriedenheit eher an. Damit ist ein wesentliches Dilemma des Gesundheitsschutzes angesprochen. Viele der verhaltensorientierten Maßnahmen gehen an dem eigentlichen verhältnisorientierten Handlungsbedarf vorbei, auch aus Sicht vieler Beschäftigter. Es scheint in der Umsetzung an systematischen ganzheitlichen Ansätzen der Belastungsbewältigung zu fehlen. Eine weitere Anforderung lautet, Erhebungsinstrumente und Maßnahmen nicht pauschal im Betrieb einzuführen, sondern, wie das Beispiel der Gefährdungsbeurteilungen oder der Forschungsstand im Schulbereich aufzeigt, auf einzelne Dienststellen und gar Beschäftigtengruppen abzustimmen.

Insgesamt liegt eine Bandbreite von Konzepten und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vor. Auch kann auf vielfältige, hier in dieser Studie nur am Rande angesprochene Best-Practice verwiesen werden. Als eine ihrer wesentlichen Erfolgsbedingung wird immer wieder ein starker vorantreibender Akteur genannt, oft gepaart mit externen Förderprogrammen. Nach wie vor weiter zu evaluieren und systematisch auszuwerten ist die Übertragbarkeit von solchen guten Beispielen. Eine solche Evaluation könnte z.B. an den für den Deutschen Personalrätepreis 2012 nominierten Beispielen ansetzen, die den Gesundheitsschutz in den Mittelpunkt ihre Aktivitäten rückten (siehe Bundverlag 2012).

Selbst in Dienststellen, in denen Maßnahmen wie betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) eingeführt wurden, wird deren Qualität kritisch gesehen. Überwiegend sind die Maßnahmen verhaltensorientiert. Dabei gilt jedoch, dass die angewendeten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur begrenzt wissenschaftlich begleitet wurden und viele Initiativen erst seit kurzer Zeit bestehen. Die Qualitäts- und Verbreitungshindernisse liegen einerseits in unzureichenden personellen und finanziellen Ressourcen. Andererseits fehlt eine ausreichende Institutionalisierung einschließlich organisationsbezogener Interventionsmöglichkeiten, besonders in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsbedingungen. Vielfach handelt es sich

also um Elemente eines zusätzlichen Managementsystems, die nicht mit den Prozessen der betrieblichen Arbeits- und Leistungsregulierung verknüpft sind. Neben konzeptionellen Fragen der Integration von Managementsystemen wäre zu klären, ob z.B. ein systematisches beschäftigungsfeldinternes oder Beschäftigungsfelder übergreifendes Benchmarking weiterhelfen könnte. Auch wäre zu klären, inwiefern die aus der Privatwirtschaft stammenden Berichterstattungssysteme aus dem Kontext Corporate Social Responsibility auf den ÖD zu modifizieren sind (siehe hierzu Brandl 2011) und für die hier verhandelten Belange genutzt werden können. Die Arbeitsqualität im ÖD würde damit nach innen zu den Beschäftigten und nach außen zu den Bürgern transparenter werden. Die vorliegenden Gesundheitsberichte sind ein Anfang für ein solches Ansinnen. Allerdings zeigt sich, dass diese im Wesentlichen auf den Aspekt des Absentismus eingehen (Fehlzeiten und Unfälle) und weniger die in Kapitel 1 angesprochenen Einflussbereiche für präventive Gesundheitsförderung, ebenso wenig reflektieren sie die Arbeits- und Leistungsbedingungen systematisch.³⁶

36 Badura (2012a) spricht hierbei vom *Eisberg-Modell im Gesundheitsberichtswesen*. Er plädiert für eine Erweiterung auf diejenigen Aspekte, die die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten beeinflussen (psychische und physische Beeinträchtigungen sowie Organisationsmängel, siehe Abb. 1). Badura verwendet dabei den Begriff des Präsentismus (siehe Steinke/Badura 2011), also das Arbeiten trotz Beeinträchtigung und der damit einhergehenden Gefahr weiter verschlechternder Gesundheit und der Verminderung von Qualität und Produktivität.

5 Weiterführende Forschungsfelder

5.1 Arbeitsbedingungen und Akteurshandeln

Im vorangegangenen Kapitel wurde eine Vielzahl an nicht immer kongruenten Befunden zum Zusammenhang von Leistungsbedingungen und Belastungen im ÖD dargestellt. Wesentliche Problembereiche und Ursachen wurden damit angesprochen. Abschließend werden auf dieser Grundlage weiterführende Forschungsfelder in zwei Unterkapiteln umrissen. Während im ersten Unterkapitel allgemeinere Aspekte angesprochen werden, konzentriert sich das zweite Unterkapitel auf diejenigen Aspekte, die an die hohen subjektiven Unzufriedenheiten anknüpfen. Ziel ist hier nicht, eine abschließende Themenliste vorzulegen. Einzelne Forschungsbedarfe wurden bereits im vorgehenden Kapitel gestreift. Benannt werden sollen hier die aus Subjektivierungs- und Belastungssicht relevantesten Forschungsfelder. Auch sei die Empfehlung der BAuA (2013) vorangestellt, dass es in der Regel differenzierter Analysen bedarf, um konkrete Handlungsbedarfe abzuleiten.

Datenverfügbarkeit/Trendreports

In den betrachteten Beschäftigungsfeldern liegen kontinuierliche Erhebungen zum Zusammenhang von Arbeitspolitik und Belastungen nur ansatzweise vor. Einzelne wiederkehrende Berichte (Pflegethermometer, Gesundheitsberichte, BiBB/BAuA-Beschäftigtenbefragungen) liefern neben Einzelergebnissen Ansatzpunkte für Vergleiche und Verlaufsbetrachtungen. Diese Berichte werden zum Teil in großen Zeitabständen vorgelegt, bieten deskriptive Statistiken oder fokussieren auf Fehlzeiten, Unfallzahlen oder dergleichen (Absentismusfokus). So legt bspw. der aktuelle Unfallverhütungsbericht von BMAS und BAuA (2012) Daten aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen von 2005/2006 zugrunde. Erste Ergebnisse der Wiederholungsbefragung 2011/2012 wurden mit dem Stressreport 2012 (BAuA 2013) vorgelegt. Einen deutlichen Impuls hat die Erhebung der Arbeitsqualität aus subjektiver Sicht durch den DGB-Index Gute Arbeit erhalten. In mehreren Sonderauswertungen und betrieblichen Anwendungen wurden die Sichtweisen der Beschäftigten deutlich. Die meist deskriptiven Darstellungen wären um vertiefende Ursachenanalysen zu ergänzen. Eine in kürzeren Abständen wiederkehrende systematische und vergleichbare, umfassende Erhebung und Berichterstattung zu Belastungen und deren Ursachen in den verschiedenen Beschäftigungsfeldern wäre zu etablieren (Trendreports einschließlich Arbeitszeitentwicklung, s.u.). Arbeitsqualitätsdimensionen wären dabei subjektiv wie objektiv darzustellen. Dabei sollten die Statusgruppen im ÖD und die Unterschiede zwischen den Rechtsformen der Betriebe berücksichtigt werden. Vorhandene Vergleichsdimensionen zwischen ÖD und Privatwirtschaft wären entsprechend weiterzuentwickeln. Anreize zur Erstellung und

die Wirkung solcher Reports für öffentliche Unternehmen/Einrichtungen analog CSR-Berichten wären zu prüfen. Anknüpfungspunkte liegen vor („Pflege-Thermometer“, Gesundheitsförderberichte). Mithilfe solcher regelmäßiger Berichte dürfte ein Teil der Unstimmigkeiten von Angaben, etwa zur Relation verhältnis- und verhaltensorientierter Maßnahmen in Betrieben, zu klären sein.

Solche auf Beschäftigungsfelder wie auf Unternehmen/Betriebe/Dienststellen bezogene Berichtssysteme zu den Veränderungen der Arbeits- und Leistungs politik (einschließlich der mit den hier ausgewerteten Studien nur rudimentär erfassten qualifikatorischen Implikationen) und der Gesundheitssituation wären weiterzuentwickeln und auf ihre Relevanz zu prüfen. Wichtig dabei ist, dass die Berichterstattung nicht bei der Präsentation von Arbeitsunfähigkeitstagen etc. stehen bleibt. Mit diesen Daten lässt sich Absentismus (entfallende Arbeitsleistung) darstellen, die gravierenderen Leistungsbeeinträchtigungen durch Präsentismus (verminderte Arbeitsleistung durch körperliche, emotionale, kognitive und motivationale Beeinträchtigungen sowie Erkrankungen; vgl. Badura 2012b) müssten ebenfalls dargestellt werden. Dies erfordert nicht nur die Zusammenstellung vorhandener Daten, sondern auch entsprechende empirische Forschung. Hierzu gehört z.B. die Begleitung und Evaluation von Konzepten, der Implementation und den Wirkungen alternsgerechten Personalmanagements im ÖD oder auch des individuellen Anspruchs auf eine Gefährdungsbeurteilung im diesbezüglichen Tarifvertrag für den Sozial- und Erziehungsdienst.

Arbeitsorganisation und Restrukturierung

Trotz der im Vergleich zu Industriebetrieben ähnlich hohen Betroffenheit des ÖD von Reorganisationsmaßnahmen steht eine vergleichbare wissenschaftliche Begleitung aus. Der vor allem im verarbeitenden Gewerbe gewonnene Erkenntnisstand zur Gestaltung humaner Arbeitspolitik (z.B. vom Sofi in Göttingen zu den Voraussetzungen und Gestaltungsansätzen innovativer Arbeitspolitik; vgl. Kuhlmann et al. 2004; Kuhlmann 2008, 2012) findet im ÖD keine Entsprechung. Die Belastungswirkungen von Umstrukturierungsmaßnahmen wurden in vielen Studien überdeutlich. Es besteht somit Klärungsbedarf hinsichtlich einer belastungsoptimierten Gestaltung von Arbeits- und Restrukturierungsprozessen und einer Vertiefung der spezifischen Implementationsprobleme im ÖD über allgemeine Ressourcenengpässe hinaus.

Arbeitszeit, Teilzeit und Gender

Ein erhebliches Wissensdefizit besteht hinsichtlich der Arbeitszeiten. Die vorliegenden Arbeitszeitberichte weisen erhebliche Lücken aus (vgl. Zapf 2012). Vor dem Hintergrund der angesprochenen Ursachen der Auswertung der Teilzeitbeschäftigung im Pflegesektor wäre eine Analyse der Arbeitszeiten und davon ausgehender Belastungen nicht nur hinsichtlich verdeckter individueller Lösungen oder allgemein zum Thema

Vereinbarkeit relevant, sondern auch im Hinblick auf die im Kontext der Fachkräftediskussion gemachten Vorschläge der Erhöhung des Stundenumfanges der Teilzeitbeschäftigung insbesondere von Frauen (z.B. BA 2011). Wenn, wie Simon (2012) argumentiert, die Teilzeitbeschäftigung im Pflegebereich eine wesentliche Reaktion auf ansteigende Belastungen ist, wäre der Fachkräftebedarf hier zu relativieren. Somit ist der Frage nachzugehen, in welchem Ausmaß es sich bei der Teilzeitbeschäftigung im ÖD um eine Ausweichreaktion vor den Belastungen einer Vollzeitstelle handelt und wie die Gesamtbelastung inklusive Sorgearbeit aussieht. Auch ist in diesem Zusammenhang die Wirkungsanalyse von Nebenjobs angezeigt, eine relevante, aber zugleich statistisch kaum abgesicherte Form der Einkommenskompensation bei Teilzeit im Pflegebereich. Kommt es hier nur zu Verschiebungen der Gesamtbelastung? Führt die Kombination von Teilzeitbeschäftigung und Nebenjob zu einer qualitativen und quantitativen Veränderung der Belastungen oder gar zu einer Entlastung? Interessant ist ferner, inwiefern sich solche Optionen zwischen Frauen und Männern unterscheiden. Teilzeitbeschäftigung für Frauen stellt eine gesellschaftlich akzeptierte Beschäftigungsform dar. Wenn sich das auch auf andere anerkannte Kriterien stützt, so ist Teilzeitbeschäftigung nutzbar für individuelle Strategien der Belastungsreduktion, jedoch unter Inkaufnahme materieller Einbußen. Für Männer stellt sich die Frage, welche akzeptierten Strategien der Belastungsreduktion sie wählen (können) und welche materiellen Standards und soziale Sicherheit damit jeweils verknüpft sind.

Generell gilt, dass in den von uns ausgewerteten Studien der Genderaspekt nur empirisch, also nur dann hervortritt, wenn das Beschäftigungsfeld von Frauen dominiert wird (Pflege, Erzieherinnen/Erzieher). Nicht nur die Teilzeitfrage legt eine systematische Erhebung der unterschiedlichen Geschlechterbetroffenheit und -strategien bei Belastungen nahe. Jedoch sollte die Erstellung eines, wie die 20. Frauen- und Gleichstellungsministerinnen und -ministerkonferenz (GFMK; Arbeitsgruppe Geschlechterperspektive 2011: 63) anregte, Forschungsüberblicks zu den geschlechterrelevanten Erkenntnissen und Defiziten des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsmanagements umfassender mit den Belastungsursachen und individuellen Strategien verknüpft werden.³⁷

Vergleich privater und öffentlicher Betriebe

Besonders im Beschäftigungsfeld Pflege liegen erhebliche Abgrenzungsprobleme zwischen privaten und öffentlichen Betrieben sowie zwischen öffentlich-rechtlichen und öffentlich-privatwirtschaftlichen Betrieben vor. Privatisierung und Überführung von öffentlichen Einrichtungen in private Rechtsformen haben nunmehr das Statistische Bundesamt (2012: Tab. 2) zu einer grundlegenden Revision der Datendarstellung geführt. Ohne diese Differenzierungen im Detail verfolgten zu können, wurde deutlich,

³⁷ Hierbei könnte an den Fehlzeitenreport 2007 angeknüpft werden, der Geschlechteraspekte des betrieblichen Gesundheitsmanagement im Fokus hatte (Badura et al. 2007).

dass sich die Arbeitsbedingungen nicht (mehr) entlang der Kategorie privat-öffentlich unterscheiden. Unterschiede zeigen sich eher nach der gewählten Rechtsform des Betriebs. Die Angaben des Stressreports 2012 legen die Vermutung nahe, dass die Belastungen in den Bereichen höher ausfallen, die von (Teil-)Privatisierung bzw. der Wahl privater Unternehmensrechtsformen betroffen sind. Eine systematisch vergleichende Betrachtung der Arbeits- und Leistungspolitiken und deren Folgen in privaten und öffentlichen Betrieben unterschiedlichster Rechtsform mit ähnlichen Dienstleistungsangeboten wäre naheliegend.

Ländervergleiche standen hier ebenfalls nicht im Fokus. Bei den Vergleichen der Personalbesetzung im ÖD wäre zu hinterfragen, ob das europäische Mittelfeld, in dem sich Deutschland befindet, als Maßstab hinreichend geeignet ist. Beispiele für Vergleiche von (alterskritischen) Beschäftigungsfeldern bzw. zur Frage langandauernder (Vollzeit-)Arbeitsfähigkeit über Ländergrenzen hinweg liegen vor (Theobald et al. 2012), deren vertiefte Auswertung und Ausweitung auf mehrere Länder und Beschäftigungsfelder dürfte gewinnbringend sein.

Interaktionsarbeit

Zu der als spezifische subjektive Belastungsform der Dienstleistungserbringung eingeführten Interaktionsarbeit finden sich in den ausgewerteten Studien vielfältige Hinweise, aber kaum systematische Analysen. Einige Ergebnisse verweisen auf die mangelnde Möglichkeit, auf die sogenannten „Kunden“ einzugehen. Im Fall von Pflegekräften etwa widerspricht dies ihrer beruflichen Identität, woraus eine Belastung für die Beschäftigten resultiert. An anderer Stelle werden emotionale Anforderungen als Belastungsursache vermutet. Bei Lehrkräften wiederum wird deutlich, dass nicht die Klassengröße, sondern Koproduktionsaspekte (Lärm, Leistungserbringung durch die Schüler) erhebliche psychische Belastungen erzeugen. Andere Hinweise deuten, wie im Bereich Reorganisationsmaßnahmen, auf problematische Bewältigungsprozesse. Diese Aspekte sowie die Gestaltungsmöglichkeiten von Interaktionsarbeit zur Erreichung einer hohen Dienstleistungsqualität und einer hohen Zufriedenheit der Dienstleistungserbringer wären zu vertiefen. Dabei sollte darauf geachtet werden (vgl. Böhle 2010b: 466ff.), welche Umgangsformen Beschäftigte bei erweiterten Handlungs- und Dispositionsspielräumen in ihrer Arbeit entwickeln und wie diese im Ergebnis wirken: be- oder entlastend. Nachzuspüren wäre damit insgesamt den gesundheitsförderlichen Aspekten subjektiver Arbeit. Vertiefend zu klären wären die Implementationsbedingungen und Wirkungen der Formen der Reflexion und Auseinandersetzung mit der Arbeits- und Leistungssituation (unterjährige Mitarbeitergespräche, Supervision u.a.m.). Ebenso wäre zu erheben, welche betrieblichen Maßnahmen solche Wirkungen im Kontext von subjektiver interaktiver Arbeit entfalten. Bedingungen und Übertragungsfaktoren guter Beispiele der Gestaltung von subjektiver Leistungs politik sollten ermittelt werden.

Leistungsbemessung und Akteurshandeln

Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Analyse von Strategien und Effekten der Regulierung der Leistungsproblematik. Wie oben erwähnt, ist die Personal- und Leistungsbemessung in der Regel ein komplexer Aushandlungsprozess. Insofern ist relevant, wie die Personalbemessungsprozesse stattfinden, welche Strategien die beteiligten Akteure wählen, inwiefern Gesundheitsaspekte eine Rolle spielen und letztlich, ob und wie die Beschäftigten dabei einbezogen werden. Hierzu sagen die ausgewerteten Studien wenig aus. So ist z.B. unklar, warum Personalräte jenseits allgemeiner Überlastungsphänomene die Chance der Einführung von leistungsorientierter Bezahlung (LOB) kaum zur aktiven Gestaltung von Leistungs politik nutzten. Hinweise auf mögliche Antworten liefern die Untersuchungen der Entgeltrahmenabkommen in der Metall- und Elektroindustrie, insbesondere die Einführung von Leistungs entgelten bei Angestellten (vgl. Brandl/Wagner 2011). Hier war das betriebsrätliche Handeln ähnlich geprägt. Erklärungen dafür liegen vor allem in der Unklarheit des Leistungsbegriffs und in der Unerfahrenheit mit den neuen Leistungsinstrumenten (Nies/Kratzer 2011). Anders als in der Metall- und Elektroindustrie dürfte bei den Personalräten jedoch die Ferne der Betriebsräte zu den Angestellten als Grund für deren begrenzte Aktivitäten eher ausscheiden. Unter Maßgabe des deutlich geringeren Forschungsstands zu Personalräten ist zu vermuten, dass die Gründe in den Personalvertretungsgesetzen und dem Selbstbild der Personalräte liegen. Traditionell orientieren sie sich eher an rechtlichen Abläufen und einer auf die Klärung von Einzelfällen und der Abwehr von Benachteiligungen bezogenen Vertretungspolitik. Zwar wird zunehmend von einem Hineinwachsen der Personalräte in eine Gestaltungsrolle ausgegangen, komplexe Arbeitsorganisationen führten demnach bei den Personalräten, die dies wollten und vermochten, zu einem Schwenk von Einzelfallbewältigung hin zu präventiver Arbeitsgestaltung. Jedoch stehen dem weiterhin die einzelfallorientierten und defensiv angelegten Personalvertretungsgesetze entgegen (vgl. Kißler et al. 2011: 135f.). Diese müssten also an die neuen Herausforderungen angepasst werden und den Personalräten mehr Einflussmöglichkeiten im Bereich von Belastungen und deren Ursachen geben. Empirisch wäre zu klären, welche Gründe das Handeln der Personalräte bestimmen.

Neben der Frage, warum die Personalräte nur in begrenztem Umfang aktiv wurden, wäre zu klären, was sie zusammen mit den Beschäftigten tun können, um Leistungs politik in den Dienststellen umzusetzen und damit einen Hebel für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit zu haben. Diese Forschungsdefizite und Fragestellungen betreffen ebenso die Personalseite wie die Dienststellenleitungen. Auch bei diesen Akteuren wären der Umgang mit gesundheitlich bedenklichen Arbeitsbedingungen und die jeweiligen Gründe zu erheben. In diesem Zusammenhang relevant ist die Frage der Wirkung leistungsorientierter Bezahlung. Geringe materielle Effekte, Aufwand und Konfliktpotenzial lassen Überlegungen zu, über andere Formen der Motivations- und Leistungssteigerung nachzudenken. Eben schon angesprochen wurde die Prüfung beteiligungsorientierter, die Leistungsbedingungen reflektierender Instrumente. Über-

greifend ist zu fragen, wie ein betrieblicher leistungspolitischer Diskurs etabliert werden kann, der die Probleme der Beschäftigten aufgreift und zur Implementation von Lösungen führt, ohne die Beteiligten zu überfordern. Rolle und Unterstützung der Führungskräfte wären hierzu weiterzuentwickeln.

Aushandlungs- und Beteiligungsprozesse bei Einführung verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen

Anknüpfend an den vorgenannten Kontext ist es relevant, der Frage nachzugehen, warum trotz der geschilderten Problemlagen in der Regel verhaltensorientierte Maßnahmen in den Betrieben und Dienststellen überwiegen. Allgemeine Ergebnisse hierzu wurden angesprochen: Ressourcen-/Personalengpässe, nachgelagertes Managementsystem, insgesamt also die Wertigkeit von Gesundheitserhalt. Darüber hinaus wäre im betrieblichen Aushandlungs- und Gestaltungsprozess zu klären, welche Schlüsse Personalräte und die Leitungsebene aus Befragungsergebnissen ziehen, welche Maßnahmen sie einleiten wollen, welche aus welchen Gründen eingeleitet werden und welche nicht, welche Fortschritte erzielt und welche Beteiligungsformen der Beschäftigten praktiziert werden und wie die Beschäftigten auf die eingeführten primär verhaltensorientierten Maßnahmen reagieren.

Zum letztgenannten Aspekt liegen durchaus kritische Ergebnisse aus dem ÖD (Radunz/Kretschmer 2011: 395f.) und der Privatwirtschaft vor (vgl. Kuhlmann 2012; Hürtgen/Voswinkel 2012). Danach sehen Beschäftigte eine deutliche Diskrepanz zwischen den von ihnen benannten Problemlagen und den eingeführten Maßnahmen. Sie verlangen insbesondere von Betriebsratsseite erheblich weitergehende Aktivitäten. Mitunter wird der Betriebsrat dann von den Beschäftigten eher beim Management denn als ihre Interessenvertretung verortet. Nachzugehen wäre somit der Frage, wie beteiligungsorientierte Strategien entwickelt und umgesetzt werden können.

5.2 Ursachen und Folgen hoher subjektiver Unzufriedenheiten

In Befragungen äußern die Beschäftigten erhebliche Unzufriedenheiten mit ihren Arbeitsbedingungen, die nicht immer mit objektiven Ergebnissen konform gehen. Unzufriedenheit ist eine wesentliche Belastungsquelle und führt zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Badura 2012a). Sowohl Ursachen als auch Umgangsformen mit diesen Unzufriedenheiten werfen weiterführende Fragestellungen auf.

Einkommen

Bei der Konkurrenz um Arbeitskräfte wurde dem Staat bisher ein Attraktivitätsvorteil gegenüber der privaten Wirtschaft unterstellt, der sich aus sicherer Beschäftigung und guten Arbeitsbedingungen ableitete. Neuere Studien lassen sich diesbezüglich so

interpretieren, dass der Staat seine Musterrolle als Arbeitgeber eingebüßt hat, er also zu einem „normalen“ Arbeitgeber geworden ist. Allerdings verbleiben Forschungslücken. Die Beschäftigten im ÖD bewerten in verschiedenen DGB-Index-Umfragen die Kategorien Einkommen, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsintensität und Zukunftsaussichten/Arbeitsplatzsicherheit am schlechtesten. Diese Bewertungen sind mit Blick auf Studien mit anderer Datengrundlage (Tab. 1) und die Ursachen dieser Bewertungen zu hinterfragen.

Besonders die Einkommenskategorie lässt Fragen offen. Zwar geben neuere Studien, die die Wirkungen des TVöD bzw. des TV-L in ihren Daten schon erfassen, Hinweise auf einen Lohnrückstand des öffentlichen Dienstes gegenüber der Privatwirtschaft, jedoch sind diese Hinweise nur begrenzt belastbar. Nach Daten, die die Wirkungen des TVöD noch nicht erfassen, profitieren hingegen insbesondere Beamtinnen und Beamte sowie Frauen, aber auch generell niedrig Qualifizierte und Beschäftigte in Ostdeutschland von Einkommensvorteilen des ÖD gegenüber der Privatwirtschaft. Insofern bleibt die Frage nach den Lohndifferenzen zwischen ÖD und privatem Sektor als Forschungsfeld und als mögliche Unzufriedenheits-/Belastungsursache bestehen. Dieser Frage wäre differenziert nach Branchen, Berufsfeldern, Dienststellen, Statusgruppen, Qualifikationsstufen und ggf. berufsbiografisch vergleichend nachzugehen. Zu klären wäre, ob die vorliegenden Ergebnisse die Einkommensdifferenz bestätigen und ob der „gefühlte“ Einkommensabstand größer als der reale ist.

Jedoch ist auch die subjektive Seite der Einkommenskategorie selbst zu hinterfragen. Insbesondere wäre der Frage nachzugehen, woraus die Unzufriedenheit mit dem Einkommen bei den Beschäftigten resultiert. Die Spannung zwischen den an objektiven Vergleichsdaten festgemachten (geringen) Differenzen und den subjektiv geäußerten Unzufriedenheiten wäre aufzulösen. Zu hinterfragen ist hierbei, ob diese Unzufriedenheiten eher allgemeiner Natur sind (insgesamt zu geringe Entlohnung) oder ob sie aus der (vermeintlich) höheren Entlohnung bei privaten Arbeitgebern resultieren, ob sie spezifische Unzufriedenheiten mit der Abschaffung der Senioritätsentlohnung durch den TVöD widerspiegeln oder ob sie ihre Ursachen in der Heterogenität der Entlohnungsgrundsätze innerhalb des ÖD finden oder eine Unzufriedenheit signalisieren, für die die verwendeten Fragebögen keine direkte Antwortmöglichkeit offerierten.

Aufstiegsmöglichkeiten und Beschäftigungssicherheit

Ähnliche Fragen können an die Bewertung der Kategorie Aufstiegsmöglichkeiten gestellt werden. Zu fundieren wäre, woran die unzureichenden Aufstiegsmöglichkeiten von den Beschäftigten gemessen werden. Die Beschäftigten im ÖD bewerten diese Kategorie neben dem Einkommen am schlechtesten. In betrieblichen Befragungen fallen die Werte oft noch schlechter aus. Auch ältere Beschäftigte zeigen sich oft unzufrieden. Unklar bleibt, ob es sich um Unzufriedenheiten mit einem im Vergleich zu Vorgängerkohorten nicht stattfindenden oder verzögerten Regelaufstieg bzw. -beförderung han-

delt. Möglich ist aber auch, dass die Unzufriedenheit mit der Einkommenssituation oder der Leistungsintensität so groß und die Einschätzungen darüber, am konkreten Arbeitsplatz etwas ändern zu können, so gering ist, dass ein Aufstieg Verbesserung verheißt. Solche Aufstiegschancen, wenn es sich tatsächlich um Leitungs- und höherwertige Fachpositionen handelt, dürften jedoch begrenzt bleiben. Unklar ist, inwiefern die Beschäftigten bei ihrer Berufswahl die Aufstiegssituation in ihren Zielbeschäftigungsfeldern reflektierten (bspw. Erzieherinnen/Erzieher, Lehrerinnen/Lehrer).

Bei der Kategorie Arbeitsplatzsicherheit verhält es sich ähnlich. Hinter den hierzu oftmals geringen Werten stecken womöglich nicht (nur) Sorgen um den Arbeitsvertrag, sondern ggf. Ängste um die Weiterarbeit im engeren Tätigkeits-, Aufgaben- oder örtlichen Umfeld, deren Gründe zu klären wären. Ebenso möglich ist aber auch, dass erlebte Umstrukturierungen oder die allgemein diskutierte Arbeitsplatzunsicherheit oder aber eine Schlechterstellung gegenüber älteren Beschäftigtengenerationen die Unzufriedenheit mit der Kategorie Arbeitsplatzsicherheit beeinflussen.

Anerkennungsdefizite und normative Erwartungen

Die Unzufriedenheiten verweisen darauf, dass die dem ÖD zugeschriebenen positiven Beschäftigungskriterien (etwa Arbeitsplatzsicherheit, Aus- und Weiterbildung, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle) und die immer wieder sehr hohen Werte zum Sinngehalt der Arbeit als Kompensationsmechanismus versagen. Im arbeitssoziologischen Diskurs werden die Unzufriedenheiten u.a. als Anerkennungs-lücken verhandelt. Die hohen subjektiven Zuschreibungen an die Beschäftigung, die sich mit dem Begriff der „normativen Subjektivierung“ (vgl. Baethge 1991; Kleemann et al. 1999; Kleemann/Voß 2010) belegen lassen, scheinen am konkreten Arbeitsplatz nicht eingelöst zu werden. Das Missverhältnis wird auch als Gratifikationskrise (Siegrist) analysiert. Eine solche Krise meint, dass ein Missverhältnis zwischen betrieblichen und/oder selbst formulierten Anforderungen, Leistungsverausgabung und betrieblichen Gegenleistungen besteht bzw. empfunden wird. Liegt ein Missverhältnis vor, führt dies zu überhöhter Leistungsverausgabung, zu Unzufriedenheiten und Stressreaktionen. Laut Siegrist (2012) erreichen Büroberufe erhöhte (15 %), Lehrerinnen/Lehrer und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter einen sehr hohen Wert (über 25 %). Auch Schmidt und Neubach (2008) verweisen in ihrer Auswertung von Daten aus Landesverwaltungen auf das Auseinanderklaffen von Zielen und Werten einer Person als mögliche Ursache für psychische Belastungen und Unzufriedenheiten. Wenn dieses Auseinanderklaffen die Stammbeschäftigten stärker betrifft als die Randbeschäftigten (worauf einiges hindeutet), dann würde eben diese Beschäftigtengruppe zu einer gefährdeten Ressource für das Unternehmen werden. Vertiefend zu klären wäre also die Frage, ob und warum die gebotenen Arbeitsbedingungen von den Beschäftigten im Sinne eines reziproken Tauschs monetärer als auch nicht-monetärer Aspekte nicht mehr als ausreichend angesehen werden. Weiterhin zu hinterfragen wären Herkunft und Passungsmöglichkeiten der hohen Sinnzuschreibungen, ebenso wie sie im Arbeitsprozess als Ressource besser

genutzt werden könnten und eine Gratifikationskrise zu vermeiden wäre.

Veränderung von Sinnstrukturen im Generationenvergleich

Bei den besonders Unzufriedenen könnte sich eine funktionale Distanz zum Arbeitgeber herausbilden, die sich negativ auf Betriebskultur und Bindungstendenzen auswirken dürfte. Die subjektiven Sinnstrukturen versagen im besten Fall nicht als Kompensationsmechanismus, sondern sie führen zu einer unternehmensanalogen Haltung im Sinne des Arbeitskraftunternehmers. Eine solche Haltung kann Beschäftigte vor dem Auseinanderklaffen der Wertmuster bewahren, für den Arbeitgeber ginge damit aber auch eine Ressource verloren. Denn eine auf subjektive Leistungen angewiesene, aber funktional eng begrenzte Arbeitsorganisation würde, trifft sie auf derart subjektivierte Beschäftigte, erhebliche Passungs- und Bindungsprobleme verursachen. Sofern Fachkräfte knapp werden, würde sich dadurch der Druck auf andere Kompensationsfaktoren oder auf eine erhöhte Passung von Subjekt und Arbeitsorganisation erhöhen. Es wäre also hoch interessant zu verfolgen, wie sich die arbeitsbezogenen Sinnstrukturen und die Einstellungen zum Beruf und zum Arbeitgeber im Vergleich eher Zufriedener und eher Unzufriedener entwickeln. Besonders relevant dürfte hierbei auch der Vergleich nach Arbeitsverhältnis und Alter sein, also wie sich bei den jüngeren und atypisch Beschäftigten sowie den Stammbeschäftigten unterschiedlicher Qualifikationsstufen die Einstellungen über die Jahre entwickeln. Im Alters- und Alterungsvergleich ist ferner interessant, was als Normalmaß der Belastung erlebt wird und inwieweit dabei Erfahrungen und kumulierte Belastungen einfließen. Insgesamt wäre unter Einbezug der vorgenannten möglichen Kohorteneffekte interessant, ob sich Kohorten- oder Alterungseffekte hinsichtlich Belastungserleben und Sinnstrukturen sowie Einstellungen zur Arbeit und zum Arbeitgeber abbilden lassen.

6 Literatur

Abel M. H./Sewell J. (1999): Stress and burnout in rural and urban secondary school teachers. In: The Journal of Educational Research, Vol. 92, No. 5, S. 287-293.

Arbeitsgruppe Geschlechterperspektive (2011): Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bericht der Arbeitsgruppe „Geschlechterperspektive für wirksameren Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gemäß Auftrag der 20. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren (GFMK), Wiesbaden.

Augurzky B./Tauchmann, H./Werblow A. (2009): Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI-Materialien, Heft 49, Essen.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2011): Perspektive 2025 – Fachkräfte für Deutschland, Nürnberg.

Badura, B. (2012a): Führung, Gesundheit, Produktivität vom sorglosen zum achtsamen Umgang mit Gesundheit. Elemente eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vortrag bei der IHK Ostwestfalen. Minden, 29.05.2012. www.ostwestfalen.ihk.de [Zugriff am 26.11.2012].

Badura, B. (2012b): Führung, Gesundheit und Produktivität. Vom sorglosen zum achtsamen Umgang mit Gesundheit. Vortrag im Forum VIII „Wie bleiben Beschäftigte gesund?“ des Schöneberger Forums 2012. 29.11.2012, Berlin. <http://www.schoeneberger-forum.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.) (2012): Fehlzeiten-Report 2012. Schwerpunktthema: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt, Berlin.

Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.) (2011): Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Berlin.

Badura, B./Hehlmann, T./Walter, U. (Hrsg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zu einer gesunden Organisation, Berlin.

Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.) (2007): Fehlzeiten-Report 2007: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin.

Badura, B./Steinke, M. (2009): Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation. Abschlussbericht, Düsseldorf.

Baethge, M. (1991): Arbeit, Vergesellschaftung und Identität. Zur zunehmenden normativen Subjektivierung der Arbeit. In: Soziale Welt, Jg. 42, Heft 1, S. 6-19.

Baethge, M. (2011): Qualifikation, Kompetenzentwicklung und Professionalisierung im Dienstleistungssektor. In: WSI-Mitteilungen, Ausgabe 09/2011. Schwerpunktheft „Dienstleistungsarbeit zwischen Niedriglohn, Professionalisierung und Innovation“, S. 447-455.

Banner, G. (2008): Logik des Scheiterns oder Scheitern an der Logik? Kommentar zu Lars Holtkamp „Das Scheitern des Neuen Steuerungsmodells“. In: dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, Heft 2/2008, S. 447-455.

Bartsch, N./Maier, F./Pedal, W. (2012): Die Bedeutsamkeit von administrativen Stressfaktoren. Psychosoziale Belastungssituation von Polizeibeamten. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1/2012. S. 62-66.

BAuA (2007): Positive Bilanz des Verbundprojektes „Lange Lehren“. <http://www.inqa.de> [Zugriff am 26.11.2012].

BAuA (2013): Stressreport Deutschland 2012. Die wichtigsten Ergebnisse. <http://www.baua.de> [Zugriff am 31.01.13].

Bauer, J./Unterbrink, T./Zimmermann, L. (2007): Gesundheitsprophylaxe für Lehrkräfte. Manual für Lehrer-Coachinggruppen nach dem Freiburger Modell, Freiburg/Dresden.

Beckmann, M. (2012): Gute Arbeit und gute Dienstleistungen. Elemente einer gewerkschaftlichen Dienstleistungspolitik. In: Gegenblende Januar/Februar 2012. <http://www.gegenblende.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Beerlage, I./Arndt, D./Springer, S. (2009): Organisationsprofile, Gesundheit und Engagement im Einsatzwesen. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums des Inneren. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Endbericht, Bonn.

BGW (Hrsg.) (2009): bgw forum 2009. Gesundheitsschutz in Krankenhaus und Klinik. 8.-10. September 2009 in Hamburg. Tagungsband. <http://www.bgw-online.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Bispinck, R./WSI-Tarifarchiv (2010): Tarifpolitischer Jahresbericht 2010: Beschäftigungssicherung und gedämpfte Lohnentwicklung. Düsseldorf.

Blasé, J. J./Dedrick, C./Strathe, M. (1986,): Leadership behavior of school principals in relation to teacher stress, satisfaction, and performance. *Journal of Humanistic Education and Development*, 24(4), 159-169.

BMAS/BAuA (2012): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund/Berlin/Dresden.

BMI (2010): Gesundheitsförderungsbericht 2009 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik, Berlin.

BMI (2011a): Der öffentliche Dienst des Bundes. Daten zur Personalstruktur 2011, Berlin.

BMI (2011b): Gesundheitsförderungsbericht 2010 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik, Berlin.

BMI (2011c): Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes, Berlin.

BMI (2012a): Demografiesensibles Personalmanagement in der Bundesverwaltung. Empfehlungen zur Gestaltung, Berlin.

BMI (2012b): Demografiesensibles Personalmanagement in der Bundesverwaltung. Praxisorientierte Empfehlungen zur Altersstrukturanalyse und zur Nutzung vorhandener IT-Tools, Berlin.

BMI (2012c): Demografiesensibles Personalmanagement in der Bundesverwaltung. Leitfaden zur Ausgestaltung einer lebensphasenorientierten Personalpolitik, Berlin.

BMI (2012d): Gesundheitsförderungsbericht 2011 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik Berlin.

BMI/dbb beamtenbund und tarifunion/DGB (2009): „Gemeinsame Initiative zur Förderung des Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung“ vom 10. Dezember 2009, Berlin.

Bogumil, J./Grohs, St./Kuhlmann, S./Ohm, A. K. (2007): Zehn Jahre Neues Steuerungsmodell. Eine Bilanz kommunaler Verwaltungsmodernisierung, Berlin.

Böhle, F. (2010a): Arbeit als Handeln. In: Böhle, F./Voß, G. G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, S. 151-176.

Böhle, F. (2010b): Arbeit und Belastung. In: Böhle, F./Voß, G. G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, S. 451-481.

Böhle, F. (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. In: WSI-Mitteilungen, Ausgabe 09/2011, S. 456-461.

Brandl, S. (2011): CSR Reporting für kommunale Unternehmen. Instrumente, Chancen und Anknüpfungspunkte. In: Sandberg, B./Lederer, K. (Hrsg.): Corporate Social Responsibility in kommunalen Unternehmen? Wirtschaftliche Betätigung zwischen öffentlichem Auftrag und gesellschaftlicher Verantwortung, Wiesbaden, S. 393-405.

Brandl, S./Wagner, H. (Hrsg.) (2011): Ein Meilenstein der Tarifpolitik wird besichtigt. Die Entgelttarifverträge in der Metall- und Elektroindustrie: Erfahrungen – Resultate – Auseinandersetzungen, Berlin.

Buch, E. von/Ruf, U. P. (2009): Beschäftigungsfähigkeit für den demografischen Wandel. Voraussetzungen, Handlungsansätze und Ergebnisse betrieblicher Maßnahmen zur Gestaltung des demografischen Wandels in Unternehmen. Projektabschlussbericht, Bielefeld/Düsseldorf.

Bundverlag (2012): Ausgezeichnete Personalräte, Frankfurt/M.

Bürger, E. (2006): Grundsatzerklärung der Leitenden Polizeiarzte in Bund und Länder vom 18.05.2006. DPolBl., Jg. 24, Nr. 4, S. 2.

BZpB (Bundeszentrale für politische Bildung) (2011): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Band I. Bonn.

Clemens, W. (2010): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Beschäftigungssituation und Beschäftigte in öffentlichen Verwaltungen. <http://www.boeckler.de> [Zugriff am 26.11.2012].

DAK/Leuphana (2011): Lehrergesundheit. Was hält Lehrer gesund? <http://www.schulberatung.bayern.de> [Zugriff am 26.11.2012].

DAK-Gesundheit/Unfallkasse NRW (Hrsg.) (2012): Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen. 2., erweiterte Auflage, Köln.

DGB-Index (2010): DGB-Index Gute Arbeit – Der Report 2010. Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen, Berlin.

DGB-Index (2011): Die Arbeitsqualität im öffentlichen Dienst aus Sicht der Beschäftigten. Sonderauswertung öffentlicher Dienst, Berlin.

Dick, R. v. (1999): Stress und Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf. Eine Analyse von Belastung und Beanspruchung im Kontext sozialpsychologischer, klinischpsychologischer und organisationspsychologischer Konzepte, Marburg.

Diendorf, A./Resch, M./Wrage, W. (2007): Selbstverantwortete Arbeitszeitplanung im Team. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier Nr. 134, Düsseldorf.

Dunkel, W./Wehrich, M. (2010): Arbeit als Interaktion. In: Böhle, F./Voß, G. G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, S. 177-200.

Ellguth, P./Kohaut, S. (2011): Der Staat als Arbeitgeber: Wie unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen zwischen öffentlichem Sektor und der Privatwirtschaft? In: Industrielle Beziehungen, Heft 1-2, S. 11-38.

Ernst, G./Kopp, I. (2011): Interaktionsarbeit als zentrales Element der Dienstleistungsinnovation. In: Schröder, L./Urban, H.-J. (Hrsg.): Gute Arbeit. Folgen der Krise – Arbeitsintensivierung – Restrukturierung, Frankfurt/M., S. 261-273.

Eurofound (2012): ERM report 2012 – After restructuring: Labour markets, working conditions and life satisfaction. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Faber, U./Jenter, A./Nübling, M. (2009): Psychische Belastungen im Schulbereich als Aufgabe des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. In: Schröder, L./Urban, H-J. (Hg): Gute Arbeit. Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften. Ausgabe 2009, Frankfurt/M., S. 308-320.

Ferber, J./von Schwarzkopf, H. (2009): Qualitätsmanagement und Zertifizierungen im Gesundheitswesen – Chancen für den Arbeitsschutz. In: Hofmann, F./Reschauer, G./Stöbel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Bd. 22, Freiburg im Breisgau, S. 55-65.

Frevel, B. (2008): Polizei, Politik und Wissenschaft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Heft 48/2008, S. 3-9.

Fuchs, T. (2007): Der DGB-Index Gute Arbeit. <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Fuchs, T. (2008): Arbeitsqualität aus der Sicht von Krankenpfleger/innen. Ergebnisüberblick DGB-Gute Arbeit Index 2007/2008. <http://www.verdi-gute-arbeit.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Fuchs, T./Kistler, E. (2009): DGB-Index Gute Arbeit – Entwicklung und arbeitswissenschaftliche Potenziale. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.): Arbeit, Beschäftigungsfähigkeit und Produktivität im 21. Jahrhundert, Dortmund, S. 337-340.

Fuchs, T./Trischler, F. (2008a): Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit (Kurzfassung). <http://www.gew.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Fuchs, T./Trischler, F. (2008b): Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit (Langfassung), Stadtbergen.

GDP (2011): „Chronische Überlastung in Bundespolizei muss unverzüglich gestoppt werden“. Pressemeldung: Gewerkschaft der Polizei (GdP) stellt „Studie zur Berufszufriedenheit bei der Bundespolizei“ vor. www.gdp.de [Zugriff am 26.11.2012].

Gensch, R. W. (2008): Welche Chancen hat gute Arbeit im Krankenhaus? In: Hofmann, F./Reschauer, G./Stöbel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Bd. 21. Freiburg im Breisgau, S. 39-51.

Gereke, S. (2009): DKI-Studie zur betrieblichen Gesundheitsförderung: DNGfK-Mitglieder erzielen bei der Krankenhausbefragung gute bis sehr gute Ergebnisse. In: DNGfK Netz Nachrichten, Heft 01/09, S. 3-4.

GEW (2010): Ergänzende Zahlen zur Pressemitteilung der GEW Thüringen zum Thema Lehrergesundheit vom 2.8.2010. Pressemitteilung vom 02.08.2010. GEW Thüringen. <http://www.teachersnews.net/> [Zugriff am 26.11.2012].

GEW (Hrsg.) (2007): Wie geht's im Job? KiTa-Studie der GEW, Frankfurt/M.

GEW (Hrsg.) (2010b): Die berufliche, familiäre und ökonomische Situation von Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen Sonderauswertung des Mikrozensus. Im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung der GEW, Frankfurt/M.

GEW (Hrsg.) (2010c): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst, Frankfurt/M.

GKV/MDS (Hrsg.) (2012): Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011, Essen/Berlin.

Holtkamp, L. (2008): Das Scheitern des Neuen Steuerungsmodells. In: dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, Heft 2/2008, S. 423-446.

Hürtgen, S./Voswinkel, S. (2012): Ansprüche von „NormalarbeitnehmerInnen“ auf eine Vielfalt im Leben. Vortrag im Rahmen der Tagung „Erhalt von Arbeits- und Lebenskraft. Eine arbeitspolitische Herausforderung“, 18./19.10.2012. Universität Kassel.

Input Consulting (2011): Gute Arbeit im Dienstleistungssektor. Abschlussbericht des INQA-Projekts gsub-Dok-Nr. HdA-I.010.2009. <http://www.inqa.de/> [Zugriff am 26.11.2012].

Isfort, M./Weidner, F. (2010): Das Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, hrsg. vom Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

Isfort, M./Weidner, F./Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus, hrsg. vom Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

Jörges-Süß, K./Süß, S. (2011): Leistungsorientierte Bezahlung in der öffentlichen Verwaltung: Eine neoinstitutionalistische Analyse. In: Industrielle Beziehungen, Heft 1-2/2011, S. 99-118.

Katenkamp, O./Martens, H./Georg, A./Naegele, G./Sporket, M. (2012): Nicht zum alten Eisen! Die Praxis des Demographie-Tarifvertrages in der Eisen- und Stahlindustrie, Berlin. Keller, B. K. (2010): Arbeitspolitik im öffentlichen Dienst. Ein Überblick über Arbeitsmärkte und Arbeitsbeziehungen, Berlin.

- Khan, A. (2010): Die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern – Informationen zu Belastungen und Ressourcen. In: *Praktische Arbeitsmedizin*, Ausgabe Nr. 18, Februar 2010, S. 2.
- Khan, A. (2012): Erzieher_innen sind MehrWert! Arbeit-Grenzen-Zeit ... Gesundheit. Vortrag in der Jahrestagung des Netzwerks Kita und Gesundheit in Niedersachsen am 9.12.2012, Hannover. <http://www.gesundheit-nds.de> [Zugriff am 26.11.2012].
- Kieschke, U./Schaarschmidt, U. (2007): Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In: M. Rothland (Hrsg.): *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle – Befunde – Interventionen*, Wiesbaden. S. 81–98.
- Kißler, L./Greifenstein, R./Schneider, K. (2011): Die Mitbestimmung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Einführung, Wiesbaden.
- Kleemann, F./Matuschek, I./Voß, G. G. (1999): Zur Subjektivierung von Arbeit. Beitrag im Projektverbund „Arbeit und Ökologie“ von DIW – WI – WZB. WZB Discussion Paper P 99-512, Berlin.
- Kleemann, F./Voß, G. G. (2010): Arbeit und Subjekt. In: Böhle, F./Voß, G. G./Wachtler, G. (Hrsg.): *Handbuch Arbeitssoziologie*, Wiesbaden, S. 415-450.
- Knesebeck, O. von dem/Grosse Frie, K./Klein, J./Blum, K./Siegrist, J. (2009): Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Patientenversorgung und betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus – Eine Befragung von Ärzten und Krankenhäusern – Projekt der Hans-Böckler-Stiftung. Projektbericht, Düsseldorf.
- Köppl, C. (2011): Ausgebrannt. Öffentlicher Dienst taugt nicht mehr als kurzfristiges Sparobjekt. In: *Behörden Spiegel*, Dezember 2011, S. 1.
- Krause, A./Dorsewagen, C. (2011a): Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer. In: Bamberg, E./Ducki, A./Metz, A.-M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*, Göttingen, S. 139-157.
- Krause, A./Dorsewagen, C. (2011b): Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer: Mehr Achtsamkeit beim Umgang mit Veränderungen. In: *ErgoMed*, Jg. 35, Heft 2, S. 76-80.
- Krause, A./Philipp, A./Schüpbach, H. (2006): Altersdiversität in Lehrerkollegien: Zusammenarbeit und Konflikte zwischen Altersgruppen an Schulen. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, Jg. 60, Heft 3/2006, S. 197-205.
- Kroos, D./Tepe, M. (2010): Lukrativer Staatsdienst? Lohndifferenzen zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft. In: *WSI-Mitteilungen*, Ausgabe 1/2010, S. 3-10.
- Kuhlmann, M. (2008): Innovative Arbeitspolitik im Angestelltenbereich: der Fall Auto5000, Forschungsbericht, Göttingen.

Kuhlmann, M. (2012): Alter(n)sgerechte Arbeitspolitik. Vortrag im Rahmen der Tagung „Erhalt von Arbeits- und Lebenskraft. Eine arbeitspolitische Herausforderung“, 18./19.10.2012, Universität Kassel.

Kuhlmann, M./Sperling, H. J./Balzert, S. (2004): Konzepte innovativer Arbeitspolitik, Berlin.

Kunz-Heim, D./Nido, M. (2008): Burnout im Lehrberuf. Definition - Ursachen - Prävention. Ein Überblick über die aktuelle Literatur. Aarau (Schweiz).

Landesregierung BW/BBW/DGB (2011): Gemeinsame Initiative zum Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung. Stuttgart. <http://www.blv-bw.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Landesregierung NS/DGB (2002): Vereinbarung gemäß § 81 NPersVG zum Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung. Hannover. <http://www.hs-hannover.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Liebrich, S. (2013): „Skandale sind kein Zufall“. Interview mit Martin Müller, Vorsitzender des Bundesverbandes der Lebensmittelkontrolleure (BVLK). In: Süddeutsche Zeitung vom 23.3.2013.

Lindner, M. (2012): „Das Bundesfachgruppenprojekt ‚Gute Arbeit‘ in den deutschen Bau- und Liegenschaftsbetrieben“. In: Schröder, L./Urban, H.-J. (Hrsg.): Gute Arbeit. Zeitbombe Arbeitsstress – Befunde, Strategien, Regelungsbedarf. Frankfurt/M., S. 387-400.

Lindner, M./Bartl, G. (2012): Arbeitsqualität aus Sicht der Beschäftigten in den deutschen Bau- und Liegenschaftsbetrieben. Untersuchungsbericht, Berlin.

Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, hrsg. vom BAuA, Dortmund/Berlin/Dresden.

Marker, H. J./Tetzner, M. (2007): Ansätze einer Betrieblichen Gesundheitsförderung. Deutsche Polizei, Jg. 56, Heft 12, S. 10-11.

Marrs, K. (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen, Ausgabe 9/2007, S. 502-507.

Marrs, K. (2008): Arbeit unter Marktdruck – Die Logik der Steuerung in der Dienstleistungsarbeit, Berlin.

Matuschek, I. (2010): Konfliktfeld Leistung: Eine Literaturstudie zur betrieblichen Leistungspolitik, Berlin.

Müller, B. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus – Bestandsaufnahme und Ausblick. Projektabschlussbericht, Düsseldorf.

Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2011): Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation, Berlin.

Neuhaus, K./Metz, A.-M. (2005): Reduzierung psychischer Fehlbelastungen bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin/Heidelberg, S. 141-155.

Neuner, R. (2009): Vergleichende Darstellung und Bewertung von Maßnahmen zur Verhinderung oder Verminderung von psychischen Arbeitsbelastungen im Schulbereich, Düsseldorf.

Neuner, R./Bauer, J./Nübling, M./Rose, U./Krause, A. (2011): Evaluation von Maßnahmen zur Verringerung von psychischen Arbeitsbelastungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 54, Heft 8, S. 958-964.

Nies, S./Kratzer, N. (2011): Mit ERA auf dem Weg zu einer neuen Leistungspolitik bei Angestellten. In: Brandl, S./Wagner, H. (Hrsg.): Ein „Meilenstein der Tarifpolitik“ wird besichtigt. Berlin, S. 157-182.

ntv (2013): Berliner Flughafen-Desaster. Baubranche weist Schuld von sich. 09. Januar 2013. <http://www.n-tv.de> [Zugriff am 09. Januar 2013].

Nübling, M./Vomstein, M./Haug, A./Nübling, T./Stößel, U./Hasselhorn, H. M./Hofmann, F./Neuner, R./Wirtz, M./Krause, A. (2012): Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg – Erhebung psychosozialer Faktoren bei der Arbeit, Freiburg.

Nübling, M./Wirtz, M./Neuner, R./Krause, A. (2008): Ermittlung psychischer Belastungen bei Lehrkräften – Entwicklung eines Instruments für die Vollerhebung in Baden-Württemberg. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, Jg. 58, Heft 10, S. 312-313.

Pedal, W./Maier, F./Bartsch, N. (2012): Gesundheitsmanagement in der Landespolizei Sachsen-Anhalt. Erfahrungsbericht der Polizei des Landes Sachsen-Anhalt. Vortrag zur Fachtagung „Suchtberatung im behördlichen Gesundheitsmanagement“ am 21.-24.05.12 in Königswinter/Rhein. <http://www.bag-sucht.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Prümper, J./Richenhagen, G. (2009): Der DGB-Index „Gute Arbeit“ – eine arbeitswissenschaftliche Bewertung. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.): Arbeit, Beschäftigungsfähigkeit und Produktivität im 21. Jahrhundert, Dortmund, S. 341-344.

Radunz, V./Kretschmer V. (2011): Betriebliches Gesundheitsmanagement und krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Schwerpunktthema: Führung und Gesundheit, Berlin, S. 393-403.

Richter, F./Pohlandt, A. (2009): Lernförderliche Arbeitsgestaltung, Arbeitszufriedenheit und Anspruchsniveau. In: Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, Jg. 18, Heft 2, S. 107-122.

Rönn, H./Clarinc, H.-M. (2012): Gefährdungsbeurteilung in der Bundespolizeidirektion Pirna – Beispiel guter Praxis?, Präsentation anlässlich der Tagung „Potsdamer Dialog“. <http://www.uk-bund.de> [Zugriff am 26.11.2012].

Roth, I. (2011): Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten. Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit. Studie im Auftrag der Verdi-Bundesverwaltung Bereich Innovation und Gute Arbeit, Berlin.

Rudow, B. (1993): Die Arbeit des Lehrers. Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrerbelastung und Lehrgesundheit, Bern.

Rudow, B. (2011): Die gesunde Arbeit: Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Personalführung, 2. Auflage, München.

Rudow, B. (2004): Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen: Hohe Psychische Belastung. In: Bildung und Wissenschaft, Heft 6/2004, S. 6-13.

Sauer, D. (2011): Von der „Humanisierung der Arbeit“ zur „Guten Arbeit“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Heft 15/2011, S. 18-24.

Schaarschmidt, U. (Hrsg.) (2004): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim und Basel.

Schaarschmidt, U./Fischer, A. W. (1997): AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 18 (3), S 151–163.

Schmidt, K.-H./Neubach, B. (2008): Persönliche Ziele, Organisationsziele und Indikatoren der Arbeitsbeanspruchung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Heft 2/2008, S. 87-96.

Schmidt, W./Müller, A. (2012): Leistungsentgelt in den Kommunen. Bundesweite Erhebung zur Umsetzung § 18 TVöD-VKA. Erste Befunde, April 2012, Tübingen.

Schmidt, W./Müller, A./Trittel, N. (2011a): Leistungsentgelt im öffentlichen Dienst: Intentionen, Wirkungen und Akzeptanz. In: Industrielle Beziehungen, Heft 1-2, S. 78-98.

Schmidt, W./Müller, A./Trittel, N. (2011b): Der Konflikt um die Tarifreform des öffentlichen Dienstes, Berlin.

Seibt, R./Khan, A./Thinschmidt, M./Dutschke, D./Weidhaas, J. (2005): Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Fb 1049. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven.

- Senatorin für Finanzen (Hrsg.) (2010): Gesundheitsmanagement im bremischen Öffentlichen Dienst – Handlungshilfe und Dienstvereinbarung, Bremen.
- Siegrist, J. (2012): Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz und ihre Folgen. Vortrag im Rahmen des 11. DGPPN-Hauptstadtsymposium Burnout – Der Preis für die Leistungsgesellschaft? 07.03.2012, Berlin.
- Simon, M. (2007): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005, Hannover.
- Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009, Studie für den Deutschen Pflegerat, Hannover.
- Skrabs, S./Wegner, A. (2010): Trotz Krise: Tariflicher Gesundheitsschutz im Sozial- und Erziehungsdienst. In: WSI-Mitteilungen, Ausgabe 7/2010, S. 382-384.
- Statistisches Bundesamt (2011): Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Diensts 2010. Fachserie 14, Reihe 6, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012): Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Diensts 2011. Fachserie 14, Reihe 6, Wiesbaden.
- Steinke, M./Badura, B. (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung, hrsg. vom BAuA, Dortmund.
- Striewe, F./Schwering, G. (2011): Partizipation und Belastung von Unternehmensberatern – Empirische Befunde zu den Risiken und Nebenwirkungen „wissensintensiver“ Arbeit. In: Arbeit, Jg. 20, Heft 2, S. 75-93.
- Strohmeier, G. (2011a): Studie zur Berufszufriedenheit in der Bundespolizei. Zusammenfassung und Bewertung der wesentlichen Ergebnisse. Chemnitz, <http://www.gdp.de> [Zugriff am 26.11.2012].
- Strohmeier, G. (2011b): Studie zur Berufszufriedenheit in der Bundespolizei. Gedruckte Vorlage für die Bundespressekonferenz am 08.04.2011, hrsg. von der Gewerkschaft der Polizei, Berlin.
- Strohmeier, G. (2011c): Maßnahmenempfehlungen zur Reduzierung der Überbelastung und Sicherstellung der Aufgabenerfüllung in der Bundespolizei. <http://www.klartext2010.de> [Zugriff am 26.11.2012].
- Theobald, H./Szebehely, M./Preuß, M. (2012): Kontinuierliche Erwerbstätigkeit in der Pflege – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Abschlussbericht, Vechta/Stockholm.
- Thinschmidt, M. (2010): Gesunde Erzieherinnen und Erzieher. Starke Kinder. Impulsvortrag anlässlich der Fachtagung des Brandenburger Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen am 05.11.2010, Potsdam.

UK – Unfallkasse des Bundes (Hrsg.) (2011): Gute Fragen für mehr Gesundheit – Die Mitarbeiterbefragung des Bundes für ein fundiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wilhelmshaven.

Vandenberghe, R./Huberman, A. (Hrsg.) (1999): Understanding and preventing teacher burnout. A source book of international research and practice, Cambridge.

Verdi (2011): So bewerten die Beschäftigten in den Dienstleistungs-Branchen die Arbeitsbedingungen. Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten – 2. Verdi Bereich Innovation und gute Arbeit, Berlin.

Vesper, D. (2012): Finanzpolitische Entwicklungstendenzen und Perspektiven des Öffentlichen Dienstes in Deutschland. Gutachten im Auftrag des IMK, Berlin/Düsseldorf.

Voswinkel, S. (2010): Von neuen Freiheiten und Zwängen. Zum Ambivalenz der Sichtbarkeit von Arbeit. In: Forschung Frankfurt, Heft 2/2010, S. 51-53.

Walter, U. N. (2011): Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung bei der Polizei. Eine empirische Untersuchung zur Wirksamkeit eines physischen Aktivitätsprogramms bei Polizeibeamten des 5. und 6. Lebensjahrzehnts in Deutschland, Konstanz.

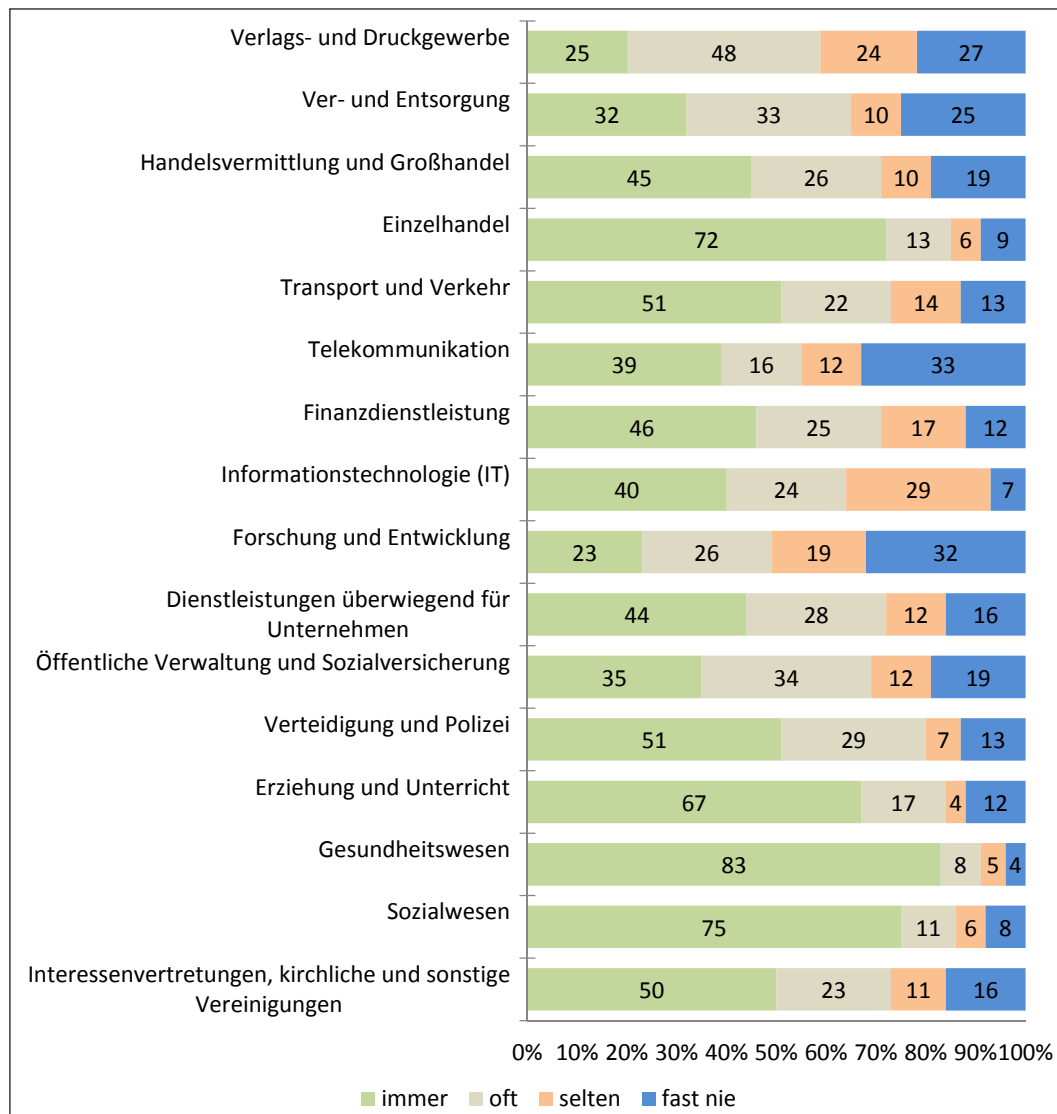
Weiler, T. (2011): Auswirkungen eines präventiven Dienstsportprogramms bei der Polizei auf Gesundheitsindikatoren und Krankenstand, Saarbrücken.

WIdO (2012): Fehlzeiten-Report 2012. Zu viel berufliche Flexibilität schadet der Psyche. Pressemitteilung vom 16. August 2012, Berlin. www.wido.de [Zugriff am 26.11.2012].

Zapf, I. (2012): Flexibilität am Arbeitsmarkt durch Überstunden und Arbeitszeitkonten. Messkonzepte, Datenquellen und Ergebnisse im Kontext der IAB-Arbeitszeitrechnung. IAB Forschungsbericht 3/2012, Nürnberg.

7 Anhang

Abb. A1: Interaktionsarbeit nach Wirtschaftszweigen



Quelle: Verdi (2011: 10)

Abb. A2: Teilindizes des DGB-Index Gute Arbeit

<p>Teilindex „Ressourcen“</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten → Qualifizierungsangebote → Lernförderliche Arbeitsbedingungen 2. Möglichkeiten für Kreativität → Möglichkeiten, eigene Ideen einzubringen 3. Aufstiegsmöglichkeiten → Betriebliche Aufstiegschancen 4. Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten → Arbeit selbstständig einteilen und planen → Einfluss auf die Arbeitsmenge → Einfluss auf die Arbeitszeitgestaltung 5. Informationsfluss → Erhalt aller notwendigen Informationen → Klare Anforderungen 6. Führungsqualität → Wertschätzung/Beachtung durch die Vorgesetzten → Gute Arbeitsplanung durch die Vorgesetzten → Hoher Stellenwert von Weiterbildung/Personalentwicklung 7. Betriebskultur → Förderung der Zusammenarbeit → Kompetente/geeignete Geschäftsführung/Behördenleitung 8. Kollegialität → Hilfe/Unterstützung durch Kolleg/innen 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Sinngehalt der Arbeit → Arbeit, die für die Gesellschaft nützlich ist 10. Arbeitszeitgestaltung → Selbstbestimmter Überstundenausgleich möglich → Verlässliche Arbeitszeitplanung → Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Arbeitszeitplanung <p>Teilindex „Belastungen“</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Arbeitsintensität → Störungen durch unerwünschte Unterbrechungen → Arbeitshetze/Zeitdruck → Mangelnde Arbeitsqualität infolge hoher Arbeitsintensität 12. Emotionale Anforderungen → Verbergen von Gefühlen → Herablassende/unwürdige Behandlung 13. Körperliche Anforderungen → Körperlich schwere Arbeit → Körperlich einseitige Arbeit → Lärm, laute Umgebungsgeräusche <p>Teilindex „Einkommen und Sicherheit“</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Berufliche Zukunftsaussichten und Arbeitsplatzsicherheit → Angst um berufliche Zukunft 15. Einkommen → Angemessenes Verhältnis von Einkommen und Leistung → Ausreichendes Einkommen → Ausreichende Rente aus beruflicher Tätigkeit
--	---

Quelle: DGB-Index (2011: 6)

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, zu Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Forschungsförderung finanziert und koordiniert wissenschaftliche Vorhaben zu sechs Themenschwerpunkten: Erwerbsarbeit im Wandel, Strukturwandel – Innovationen und Beschäftigung, Mitbestimmung im Wandel, Zukunft des Sozialstaates/Sozialpolitik, Bildung für und in der Arbeitswelt sowie Geschichte der Gewerkschaften.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft.

Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf

Telefon: 02 11/77 78-0
Telefax: 02 11/77 78-225

