

# Gesundheitsförderung in Kommunen

## Ergebnisse einer Befragung der 80 größten Städte Deutschlands

Kerstin Wüstner

Organisationen schützen und fördern die Gesundheit ihrer Beschäftigten mit vielfältigen Maßnahmen. Welche Bedeutung werden der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen beigemessen und welche Ressourcen werden bereitgestellt? Basierend auf einer Befragung der 80 größten Städte Deutschlands wird im Ergebnis deutlich, dass Städte in den letzten Jahren viel im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements unternommen haben. Zugleich ist zu erkennen, dass Zeit- und Stressmanagementkurse, die auf der individuellen Verhaltensebene ansetzen, nicht ausreichend sein dürften. Vielmehr müssen – auch organisationale – Ressourcen zur Verfügung stehen, die zunehmende Arbeitsverdichtung zu bewältigen. Des Weiteren sollten soziale Ressourcen v.a. mit Blick auf Konfliktbewältigung und Wertschätzung gestärkt werden. Dazu können auch kurzfristig kostengünstige Formen wie kollegiale Beratungsrunden und Konfliktmanagement institutionalisiert werden. Beratungsangebote zu Themen, die für die psychosoziale Gesundheit wichtig sind (z.B. Burnout, Work-Life-Balance), sind eine weitere relevante Ressource.

### Arbeitsgesundheit in Organisationen

Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement sind Konzepte, mit denen in Organisationen versucht wird, das psychische, körperliche und soziale Wohlbefinden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu schützen und zu fördern.<sup>1</sup> Unter einer salutogenetischen Perspektive werden dabei sowohl die Risiken, die die Gesundheit

beeinträchtigen können, als auch Ressourcen, die sie zu schützen vermögen, berücksichtigt.<sup>2</sup> Dabei können Prävention und Intervention an verschiedenen Zeitpunkten ansetzen. Zugleich lässt sich unterscheiden, ob Maßnahmen vornehmlich auf das Individuum (Verhaltensprävention) oder die Organisation (Verhältnisprävention) abzielen.<sup>3</sup>

Präventive Maßnahmen können sich – je nach zeitlichem Eingriffspunkt – auf

drei Ebenen bewegen: auf der primären, sekundären und tertiären.<sup>4</sup> Auf der Ebene der primären Prävention wird im organisationalen Kontext noch vor dem Auftreten einer Krankheit analysiert, in welchen Bereichen Gefährdungspotenziale vorliegen, um so Risikogruppen mit dem Ziel zu bestimmen, hier potentielle Belastungsgrößen möglichst zu reduzieren. Dazu müssen die Risikoparameter identifiziert werden.<sup>5</sup> Auf der Ebene des Individuums kann Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Unterstützung gegeben werden, individuelle Belastungs- und Bewältigungsmuster zu erkennen.<sup>6</sup> Auf übergeordneter Ebene dienen der primären Prävention verschiedene Gesetze und Verordnungen, z.B. im Bereich der Arbeitssicherheit oder des Arbeitsschutzes.<sup>7</sup> Die sekundäre Prävention versucht zu vermeiden, dass eine bereits eingetretene Befindlichkeitsstörung oder Krankheit voranschreitet, z.B. durch Korrekturen der Arbeitsgestaltung oder psychosoziale Beratung durch Betriebsärzte.<sup>8</sup> Die tertiäre Prävention ist bemüht, nach einer Krankheit rehabilitativ zu unterstützen, Folgekrankheiten zu vermeiden und die Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag zu erleichtern.<sup>9</sup> Unter dem Begriff der primordialen Prävention wird schließlich noch die allgemeine Gesundheitsförderung verstanden, die etwa über



**Prof. Dr. Kerstin Wüstner**

Hochschule für  
Wirtschaft und Recht  
Berlin

- 1 Vgl. hierzu die Definition der WHO 1948 (vgl. WHO 2006).
- 2 Vgl. Antonovsky 1979, diese Betrachtung setzt mit der Betonung wahrgenommener Stressoren und Bewältigungspotenziale einen psychologischen Schwerpunkt. Unabhängig davon beeinflussen selbstverständlich auch physikalische Einflussgrößen die Gesundheit (z.B. Strahlung, Lärm, Noxen).
- 3 Vgl. Richter/Wegge 2011.
- 4 Vgl. Richter/Wegge 2011, die Differenzierung ist analytischer Natur – die Übergänge sind teilwei-

se fließend, beispielsweise zwischen der primären und sekundären Prävention. Dies hängt auch davon ab, wann von einer Krankheit gesprochen wird.

- 5 Vgl. Hurrelmann et al. 2012, Richter/Wegge 2011.
- 6 Vgl. Berger et al. 2013.
- 7 Vgl. Baur 2013.
- 8 Vgl. Richter/Wegge 2011, Berger et al. 2013.
- 9 Vgl. im Allgemeinen Richter/Wegge 2011, Ulich/Wülser 2012, im Speziellen z.B. das sog. Hamburger Modell, vgl. Angerer et al. 2014.

eine Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder speziell von Führungskräften gestärkt wird.<sup>10</sup>

Im betrieblichen Alltag gibt es kein „Patentrezept“, wie Organisationen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schützen und fördern können. Vielmehr müssen Organisationen ihre spezifischen Risikogrößen erfassen, um darauf aufbauend entsprechende Ressourcen bereitzustellen: „Grundsätzlich müssen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme den Strukturen in Unternehmen und den arbeitsteiligen Herausforderungen, denen sich die Beschäftigten stellen müssen, Rechnung tra-

schützen und fördern können.<sup>13</sup> Es ist also zu differenzieren, ob nur gelegentlich Einzelmaßnahmen ergriffen werden, oder ob gesundheitsbezogene Ziele formuliert wurden, darauf aufbauend ein ganzheitliches, systematisches Gesundheitsmanagement etabliert wird und ergriffene Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt evaluiert werden – um diese Erkenntnisse wiederum für die weitere Ausrichtung des Gesundheitsmanagements heranzuziehen. Der Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt sich hierbei auch in den zur Verfügung gestellten Ressourcen, z.B. für Personalstellen gibt es Gesundheitsbeauftragte und Gesundheitscoaches und falls ja, für wie viele Beschäftigte sind

exemplarisch und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## Gesundheitsbezogene Datenerhebung

Belastungsscreenings, Gefährdungsbeurteilungen, Arbeitsplatzbegehungen und Gesundheits-Check-ups helfen, Risikogruppen zu identifizieren.<sup>16</sup> Mitarbeiterbefragungen liefern ebenfalls relevante Daten dazu, wo besonders belastete Bereiche vorliegen, beispielsweise auch bedingt durch Führung, Unternehmenskultur und Arbeitsklima, aus denen spezifische Belastungen resultieren können.<sup>17</sup> Mitarbeiterbefragungen haben den Vorteil, die Makroebene, etwa der Organisationsleitung oder von Bereichsverantwortlichen, zu verlassen und dafür die Sichtweise der Betroffenen einzuholen, damit es nicht zu widersprüchlichen Wahrnehmungen kommt, nach denen beispielsweise Verantwortungsträger meinen, bereits genug für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getan zu haben, diese jedoch noch relevanten Handlungsbedarf sehen.<sup>18</sup>

## Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung

Grundsätzlich sind Organisationen gefordert, Maßnahmen der Arbeitsgestaltung zu ergreifen, um rechtliche Vorgaben umzusetzen und beispielsweise im Bereich der Arbeitssicherheit dafür Sorge zu tragen, dass Schutzmaßnahmen bekannt sind und eingehalten werden (können).<sup>19</sup> Es kann gesundheitsförderlich sein, zudem im Bereich der Personalgewinnung und -entwicklung auf einen günstigen Person-Job-Fit zu achten, damit es weder zur Über- noch zur Unterforderung kommt.<sup>20</sup>

In den Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung fallen Unterstützungsangebote speziell für Führungskräfte zur „gesunden Führung“, Trainingsmaßnahmen in sozialen Kompetenzen und

# »Im betrieblichen Alltag gibt es kein ‚Patentrezept‘, wie Organisationen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schützen und fördern können.«

gen. Eine strukturierte Vorgehensweise in einem partizipativen, kollegialen Umfeld unter Einbeziehung der zentralen Akteure und eine enge Anbindung an die unternehmensinternen Strukturen und Abläufe sind ein zentrales Moment für eine erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung“.<sup>11</sup>

## Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Grundlegend ist, wie betriebliche Gesundheitsförderung in der Unternehmenspolitik verankert ist.<sup>12</sup> Handelt es sich um kurzfristig ausgerichtete Einzelmaßnahmen, lässt sich in Anlehnung an Kaminski eher von betrieblicher Gesundheitsförderung sprechen, während ein umfassenderes Konzept mit langfristigem Ziel als betriebliches Gesundheitsmanagement besser im Stande ist, organisationale Rahmenbedingungen (Strukturen, Prozesse, konkrete Arbeitsgestaltung) zu schaffen, die die Gesundheit der Beschäftigten

sie verantwortlich oder für Maßnahmen, die auf den verschiedenen Präventionsebenen ansetzen.<sup>14</sup>

Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst ein sehr breites Spektrum an möglichen Maßnahmen. Sie können direkten Bezug zur Gesundheitsförderung aufweisen, aber auch indirekt wirken und dem Gesundheitsschutz dienen, z.B. über das Führungsverhalten.<sup>15</sup> Nachfolgend werden einige Maßnahmen angesprochen, die im Kontext des Gesundheitsschutzes/der Gesundheitsförderung häufig genannt werden. Die Darstellung ist jedoch nur

10 Vgl. Hurrelmann et al. 2012, Richter/Wegge 2011.

11 Mock 2015, S. 351.

12 Vgl. Ulich/Wülser 2010.

13 Vgl. Kaminski 2013, Neuner 2016.

14 Vgl. z.B. Meyer et al. 2015, je nach personeller und inhaltlicher Ausgestaltung kann auch eine Sozialberatung eine gesundheitsförderliche Ressource sein, vgl. Neuner 2016.

15 Vgl. z.B. Gregersen et al. 2014.

16 Vgl. Moock 2015, Neuner 2016.

17 Vgl. Riedel-Heller et al. 2013, Wildo 2016.

18 Vgl. dazu auch Wüstner 2016.

19 Vgl. Baur 2013.

20 Vgl. Kauffeld/Grohmann 2011.

Teamentwicklungsmaßnahmen.<sup>21</sup> Diese Beispiele reflektieren die besondere Bedeutung der Führung und des Arbeitsklimas für die Gesundheit der Beschäftigten.<sup>22</sup>

Organisationen können nicht nur über Arbeitszeitmodelle Gesundheit schützen und fördern, sondern auch über kurze Auszeiten und Rückzugsmöglichkeiten während der Arbeit (z.B. Einrichten eines Sozial-, Ruhe- oder Gesundheitsraums).<sup>23</sup> Etablieren Organisationen Gesundheitszirkel, so werden auf diese Weise eine Struktur und Prozesse geschaffen, die es erlauben, sich in einem partizipativen Setting fortlaufend mit jeweils aktuell relevanten gesundheitsbezogenen Themen auseinanderzusetzen, Probleme zu analysie-

beitsprozess so zu integrieren, dass Risiken möglichst vermieden und Ressourcen genutzt und gestärkt werden.<sup>27</sup>

Anderen Personengruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf können Hilfsangebote vermittelt werden, z.B. bei den Themen Alkoholsucht oder „Doping“ am Arbeitsplatz.<sup>28</sup> Angebote können sich hierbei sowohl an suchtkranke Beschäftigte als auch an deren Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen richten.

### Gesundheitsbezogene Informationen und Schulungen

Gesundheitsbezogene Informationsbroschüren, Informationen im Intranet oder regelmäßige Gesundheitsberichte können

Veränderung dysfunktionaler Einstellungen (z.B. Perfektionismus), gesundheitliche Beeinträchtigung zu verhindern oder abzumildern.<sup>31</sup>

### Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit

Bei den Ressourcen, die vor allem die körperliche Gesundheit schützen und fördern, sollen an dieser Stelle ebenfalls nur Beispiele herausgegriffen werden. Zu nennen sind ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze, Sportangebote, Programme zur Bewegungsförderung, bspw. ein Kooperationsvertrag mit einem Fitnesscenter oder eine „Rückenschule“.<sup>32</sup> Wie bedeutsam körperliche Bewegung ist, zeigen auch Daten zu Rückenschmerzen und Beschwerden, die mit sitzenden Tätigkeiten verbunden sein können.<sup>33</sup> Des Weiteren sind Entspannungsangebote (z.B. autogenes Training, Yoga) und Gesundheitskurse zu Themen rund um die körperliche Gesundheit sowie eine Ernährungsberatung oder das Anbieten von gesundheitsbewussten Speisen in der Kantine ressourcenstärkend.

### Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Spezielle Ressourcen für die psychische Gesundheit sind das Offerieren von psychosozialer Beratung, Supervision und individuellem Coaching sowie das Institutionalisieren von regelmäßigen kollegialen Beratungsrunden oder Balint-Gruppen, die sich ursprünglich im Bereich der Medizin, danach aber auch in anderen Professionen etabliert haben, z.B. bei Pädagoginnen und Pädagogen, Theologinnen und Theologen oder Juristinnen und Juristen.<sup>34</sup> Ebenso stellen Konfliktmanagement und Mediation eine potenzielle Ressource dar.<sup>35</sup> Im Arbeitskontext sind darüber hi-

## »Gerade angesichts der so genannten Überalterung der Belegschaft im öffentlichen Dienst ist die Bedeutung einer altersgerechten Arbeitsgestaltung nicht zu unterschätzen.«

ren und Lösungsmöglichkeiten zu eruieren.<sup>24</sup>

Eine weitere Ressource kann sein, Erkenntnisse aus Fehlzeiten abzuleiten und diese ggf. in ein Fehlzeitenmanagement einfließen zu lassen. Mit Blick auf langzeiterkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Rückkehrgespräche, Wiedereingliederungsmanagement und eine spezielle Betreuung wertvolle Ressourcen sein.<sup>25</sup>

Gerade angesichts der so genannten Überalterung der Belegschaft im öffentlichen Dienst ist die Bedeutung einer altersgerechten Arbeitsgestaltung nicht zu unterschätzen.<sup>26</sup> Ein (Dis)Ability Management kann hier als zusätzlich greifende Ressource in einer Organisation verstanden werden, denn bei diesem geht es darum, leistungsgewandelte, langzeitkranke oder behinderte Mitarbeitende in den Ar-

wichtige Informationen und Daten liefern und kommunizieren. Ein anderes organisationales Angebot sind Gesundheitstage.<sup>29</sup> Darüber hinaus können Organisationen ihre Beschäftigten zu allgemeinen Gesundheitsthemen schulen.<sup>30</sup>

Auf der Ebene des Individuums helfen beispielsweise Aufklärung über Überlastungsanzeigen, Psychoedukation und eine

21 Vgl. Moock 2015, Neuner 2016.

22 Vgl. Matyssek 2012, Gregersen et al. 2014, Wildo 2016.

23 Vgl. Moock 2015.

24 Vgl. Moock 2015.

25 Vgl. Richter/Wegge 2011, Ulich/Wülser 2012, Moock 2015, vgl. zum Hamburger Modell Angerer et al. 2014.

26 Vgl. Robert Bosch Stiftung 2009.

27 Vgl. Ulich/Wülser 2010.

28 Gemeint ist das so genannte Neuroenhancement, d.h. die Einnahme leistungssteigernder Medikamente ohne medizinische Indikation, vgl. DAK 2009, 2015 und zudem Moock 2015.

29 Vgl. Moock 2015.

30 Vgl. Neuner 2016.

31 Vgl. Berger et al. 2013, Riedel-Heller et al. 2013.

32 Vgl. Moock 2015.

33 Vgl. Raspe 2012.

34 Vgl. Moock 2015, Neuner 2016, zu Balint-Gruppen vgl. König 2004.

35 Vgl. Moock 2015.

naus Angebote zum Stress- und Zeitmanagement sowie zu den Themen Mobbing, Depressionen, Stress, Burnout und Work-Life-Balance mögliche Ansatzpunkte, die psychosoziale Gesundheit zu fördern.<sup>36</sup>

### Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Eine Evaluation der ergriffenen Maßnahmen dient der Überprüfung, ob die Ziele des Gesundheitsmanagements erreicht wurden. Der Fokus kann dabei auf den Prozessen oder spezifischen Maßnahmen liegen. Beispielsweise kann eine Analyse von Managementsystemen untersuchen, wie gut das Gesundheitsmanagement in die betriebliche Unternehmenspolitik integriert ist, in welcher Weise Beteiligte,

stärkte Motivation sein. Auf der Ebene der Arbeitsgruppe beschreiben sie eine Belastungsoptimierung und Ressourcenstärkung als Nutzenpotenziale. Produktivitätserhöhungen, Kosteneinsparungen und verbesserte Einstellungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Nutzenpotenziale auf der Ebene der Organisation sein. Konkret kann dies in einer reduzierten Fehlzeitenquote, einer geringeren Fluktuation oder einem gestärkten organisationalen Commitment seinen Niederschlag finden.<sup>38</sup>

### Gesundheitsmanagement in der öffentlichen Verwaltung

Zwei Befragungen aus den Jahren 1994 und 2004 von Führungskräften der öffentlichen Verwaltung – zwar nur aus den beiden Bundesländern Hessen und

folgt von den Themen Stressbewältigung, Ermittlung psychischer Belastung, Entspannung, Gefährdungsbeurteilung und Bewegungsprogramme. Bezogen auf die psychische Gesundheit wurde von etwa einem Drittel der Befragten Beratungsbedarf gesehen. Diese Daten lassen vermuten, dass zu diesem Zeitpunkt – also vor mehr als zehn Jahren – das Hauptaugenmerk auf dem Arbeits- und Gesundheitsschutz lag und vornehmlich dazu Maßnahmen ergriffen wurden.

Eine Auswertung des IAB-Betriebspanels 2004, dessen Daten auf Repräsentativbefragung von Arbeitgebern basieren, lässt erkennen, dass über alle Branchen hinweg etwa jede fünfte Organisation Gesundheitsschutz über das gesetzlich Vorgegebene hinaus durchgeführt hat. Dazu zählten Krankenstandsanalysen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel und Kurse zum gesundheitsgerechten Verhalten.<sup>40</sup> 44 Prozent der Befragten aus dem Bereich öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung hatten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ergriffen, 13 Prozent nutzten Mitarbeiterbefragungen (insbesondere zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) und sechs Prozent hatten Gesundheitszirkel etabliert. Ein Viertel der Befragten führte Krankenstandanalysen durch. In Organisationen der öffentlichen Verwaltung/Sozialversicherung gab es zudem vielfältige Kursangebote zum gesundheitsgerechten Verhalten.<sup>41</sup>

Nach Daten aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006, an der 20.000 Personen teilnahmen, erklärten (bezogen auf den öffentlichen Dienst) 39 Prozent, es gäbe in ihrer Organisation Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die von etwa zwei Dritteln der Befragten in Anspruch genommen wurden.<sup>42</sup>

Ein Beispiel für eine qualitative Studie zum Gesundheitsmanagement im kom-

## »Bezogen auf die psychische Gesundheit wurde von etwa einem Drittel der Befragten Beratungsbedarf gesehen.«

v.a. Führungskräfte, partizipieren können oder inwiefern die Ressourcenausstattung ausreichend ist, um die gesetzten Ziele auch erreichen zu können. Dazu wird manchmal ein Fragebogen zur Selbstbewertung herangezogen.<sup>37</sup>

Werden Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft, besteht allerdings die Problematik der begrenzten Aussagekraft der Evaluation. Klare Aussagen über Ursache-Wirkungszusammenhänge sind kaum möglich. Ulich und Wülser schlagen vor, auf den verschiedenen Wirkungsebenen (Individuum, Arbeitsgruppe, Organisation) Nutzenpotenziale in den Blick zu nehmen, um auf diese Weise ein möglichst umfassendes Bild davon zu erhalten, welche Auswirkungen eingeleitete Maßnahmen nach sich gezogen haben. Auf der Ebene des Individuums können diese z.B. eine Verringerung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder ge-

Thüringen – zufolge, hätten 2004 fast alle befragten Dienststellen (n = 153) Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert (knapp 93 %).<sup>39</sup> Der Arbeits- und Gesundheitsschutz erfuhr nach dieser Befragung größere Wertschätzung als die betriebliche Gesundheitsförderung: 77 Prozent der befragten Führungskräfte erhofften sich, mit ersterem die Arbeitsergebnisse der Dienststelle zu steigern, während ein allgemeiner Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung „nur“ von etwa der Hälfte der Befragten zugestanden wurde. Nachdem laut eigener Aussagen 1999 ca. 60 Prozent der Einrichtungen Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt hatten, lag der Wert 2004 bei 64 Prozent, wobei 28 Prozent auch psychosoziale Faktoren einbezogen hatten. Des Weiteren wurde in den Studien nach wahrgenommenem Beratungsbedarf gefragt. Der größte Bedarf wurde beim Thema Mobbing verortet (ca. 31 %), ge-

36 Vgl. Neuner 2016.

37 Vgl. Ulich/Wülser 2010.

38 Vgl. Ulich/Wülser 2010.

39 Vgl. hierzu und zum Folgenden Gröben/Wenninger 2006.

40 Vgl. Hollederer 2007.

41 Vgl. Hollederer 2007.

42 Vgl. BMAS/BAuA 2012.

munalen Bereich stammt von Badura und Steinke aus dem Jahr 2009. Die Autoren führten mit Vertreterinnen und Vertretern von 19 Städten, „die als besonders engagiert beim Thema betriebliche Gesundheitspolitik gelten“, Interviews, um den Stand des Gesundheitsmanagements zu erfassen.<sup>43</sup> Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass vor allem auf der Ebene der Verhaltensprävention Maßnahmen angeboten worden waren, so z.B. „Angebote zu Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung“.<sup>44</sup> Selten wäre ein systematisch angelegtes und nachhaltig effektives betriebliches Gesundheitsmanagement vorzufinden gewesen: „Die politische Führung der Kommunen hat ganz offensichtlich in der großen Mehrheit der Fälle die Bedeutung verstärkter Mitarbeitero-

Fällen nicht für eine der wichtigsten Herausforderungen in der kommunalen Personalarbeit für die nächsten Jahre erachtet. Gesundheitsmanagement ist in der Wahrnehmung der Befragten auch nicht sonderlich bedeutsam, um auf den demographischen Wandel zu reagieren.“<sup>46</sup>

Eine Analyse des DBB zur Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in den Bundesländern mit Stand 2016 legt dar, dass in den meisten Bundesländern inzwischen organisationspolitische Verankerungen in Form von Handlungsleitfäden, Prozess- oder Dienstvereinbarungen oder Rahmenkonzepte vorgenommen wurden. Wie diese in der Praxis umgesetzt werden, ist sehr unterschiedlich und die einzelnen Maßnahmen

zu sein. In den letzten Jahren haben sich in Organisationen dennoch umfangreichere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements etabliert. Vor diesem Hintergrund war es ein Anliegen der im Folgenden vorgestellten Studie, die davon abgeleiteten Fragen zu beleuchten:

- Welchen Stellenwert haben Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich?
- Welche Maßnahmen werden ergriffen? Welche Ressourcen werden bereitgestellt?
- Findet eine Evaluation statt und falls ja, wie?

## Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich: Ergebnisse einer Befragung

### Der Fragebogen

Zunächst wurden wesentliche Risiken/Stressoren auf der einen Seite und Ressourcen auf der anderen Seite recherchiert und eine Auswahl in einem neunseitigen Fragebogen aufgenommen.<sup>49</sup> Ein umfangreicher Teil des Fragebogens widmete sich diesen Facetten der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Tab. 1).

Die Städte wurden zudem gefragt, ob sich bestimmte Maßnahmen aus ihrer Sicht besonders bewährt hätten. Diese konnten sie in einem offenen Feld benennen. Ferner wurde erhoben, ob die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung evaluiert werden. Indikatoren, die hier herangezogen wurden, sind: Zufriedenheit der Beschäftigten mit den Maßnahmen, allgemeinen Arbeitszufriedenheit, wahrgenommene/s Gesundheit/Wohlbe-

## »Die beispielhaft herangezogenen Studien belegen, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich schon vor etlichen Jahren vergleichsweise oft ergriffen wurden.«

rientierung durch Gesundheitsförderung noch nicht voll erkannt. Ein planvoller, an validen Daten und längerfristigen Zielen orientierter Einsatz der bereitgestellten Ressourcen und Mitarbeiter ist allenfalls ansatzweise zu erkennen.“<sup>45</sup> Problematisch erachteten die Autoren u.a. die selten vorfindbare Verankerung des Themas Gesundheit in der gesamten Organisationspolitik, eine als schwach wahrgenommene Unterstützung durch den Personalrat, fehlende Gesundheitsexpertinnen und -experten und unzureichende Erhebung valider Daten.

Eine Online-Umfrage unter den Mitgliedsstädten und -gemeinden der Landesverbände des Deutschen Städte- und Gemeindebundes im Jahr 2011 zu dem Thema „Personalmanagement der Kommunen im demografischen Wandel“ macht deutlich, dass die Befragten Gesundheitsmanagement in den meisten

umfassen z.T. ein sehr breites Spektrum an Instrumenten der Verhaltens- und Verhältnisprävention.<sup>47</sup>

### Zwischenfazit

Die beispielhaft herangezogenen Studien belegen, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich schon vor etlichen Jahren vergleichsweise oft ergriffen wurden, es jedoch den Anschein erweckt, als handelte es sich vor allem um den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz und im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements eher um ein Bündel an Einzelmaßnahmen. Zudem schien der betrieblichen Gesundheitsförderung trotz spezifischer Herausforderungen (z.B. Überalterung der Belegschaft) und eines relativ hohen Krankenstandes im öffentlichen Dienst<sup>48</sup> nur eine mittelmäßige Bedeutung beigemessen worden

43 Badura/Steinke 2009, S. 57.

44 Badura/Steinke 2009, S. 57.

45 Badura/Steinke 2009, S. 57f.

46 Vgl. publecon GmbH 2012. Eine Rücklaufquote war leider nicht angegeben. Werden die Zahlen des Deutschen Städte- und Gemeindebundes zugrunde gelegt, nach denen dieser ca. 14.000 kreisangehörige Städte und Gemeinden vertritt (www.dgst.de), so läge der Rücklauf bei n = 766 bei fünf Prozent.

47 DBB 2016.

48 Vgl. Robert Bosch Stiftung 2009, DAK 2015.

49 Vgl. ausführlicher dazu Wüstner 2016.

allgemeine Ressourcen	spezielle Ressourcen für die körperliche Gesundheit	spezielle Ressourcen für die psychische Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zielvereinbarungen zur Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung</li> <li>▪ Gesundheitsbeauftragte</li> <li>▪ Gesundheitscoach</li> <li>▪ Sozialberatung</li> <li>▪ Gesundheitstage</li> <li>▪ Gesundheitsraum</li> <li>▪ Gesundheitszirkel</li> <li>▪ Belastungsscreenings</li> <li>▪ Arbeitsplatzbegehungen</li> <li>▪ Gesundheits-Check-ups</li> <li>▪ Gefährdungsbeurteilungen</li> <li>▪ Mitarbeiterbefragungen, die auch Gesundheitsfragen beinhalten</li> <li>▪ gesundheitsbezogene Informationsbroschüren</li> <li>▪ gesundheitsbezogene Informationen im Intranet</li> <li>▪ regelmäßige Gesundheitsberichte</li> <li>▪ altersgerechte Arbeitsgestaltung</li> <li>▪ Disability Management</li> <li>▪ Fehlzeitenmanagement</li> <li>▪ Rückkehrgespräche</li> <li>▪ Wiedereingliederungsmanagement</li> <li>▪ spezielle Betreuung langzeiterkrankter MA</li> <li>▪ Hilfsangebote für Alkoholsucht am Arbeitsplatz</li> <li>▪ Hilfsangebote für „Doping“ am Arbeitsplatz</li> <li>▪ Schulungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen</li> <li>▪ Unterstützungsangebote speziell für Führungskräfte zur „gesunden Führung“</li> <li>▪ Trainingsmaßnahmen in sozialen Kompetenzen</li> <li>▪ Teamentwicklungsmaßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze</li> <li>▪ Ernährungsberatung</li> <li>▪ gesundheitsbewusste Speisen in der Kantine</li> <li>▪ Entspannungsangebote (z.B. autogenes Training, Yoga)</li> <li>▪ Sportangebote</li> <li>▪ „Rückenschule“</li> <li>▪ Gesundheitskurse zu Themen rund um die körperliche Gesundheit</li> <li>▪ Programme zur Bewegungsförderung</li> <li>▪ Kooperationsvertrag mit einem Fitnesscenter</li> <li>▪ Impfberatung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychosoziale Beratung</li> <li>▪ Supervisionen</li> <li>▪ individuelles Coaching</li> <li>▪ Balint-Gruppen</li> <li>▪ regelmäßige kollegiale Beratungsrunden</li> <li>▪ Konfliktmanagement</li> <li>▪ Schulungen zu Themen rund um die psychische Gesundheit</li> <li>▪ Angebote zum Thema Stressmanagement</li> <li>▪ Angebote zum Thema Zeitmanagement</li> <li>▪ Mediation</li> <li>▪ hausinterne Beratung bei Fragen rund um das Thema Mobbing</li> <li>▪ hausinterne Beratung bei Fragen rund um das Thema Depressionen</li> <li>▪ hausinterne Beratung bei Fragen rund um das Thema Stress</li> <li>▪ hausinterne Beratung bei Fragen rund um das Thema Burnout</li> <li>▪ hausinterne Beratung bei Fragen rund um das Thema Work-Life-Balance</li> </ul>

Tab. 1: Übersicht über einbezogene Ressourcen

finden der Beschäftigten, erlebte Stressoren, Zufriedenheit mit bereitgestellten Ressourcen, Veränderungen der Fehlzeiten, der Gesundheitsquote, Zahl an Arbeitsunfällen, Fluktuation und Produktivität. Zuletzt wurde die Frage gestellt, ob auch Längsschnittdaten erhoben werden, um Veränderungen nach getroffenen Maßnahmen zu messen.

## Die Befragten und der Rücklauf

Aus dem vielfältigen öffentlichen Dienst wurde der kommunale Bereich herausgegriffen und hierbei eine Eingrenzung auf die 80 größten Städte Deutschlands für die Befragung vorgenommen.<sup>50</sup> Es wurde an jeweils zwei Stellen ein Fragebogen und Anschreiben geschickt, und zwar an den Personalbereich/das Gesundheitsmanagement und den Personalrat. So wurden zwei eventuell unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt. Die Datenerhebung fand im Sommer/Herbst 2014 statt.

Etwa zwei Drittel der befragten Städte schickten einen weitgehend vollständig ausgefüllten Fragebogen zurück. Die

anderen reagierten gar nicht (ca. 29%) und vier legten Gründe dar, weswegen sie nicht teilnehmen könnten/dürften/wollten.

Auf eine differenzierte Auswertung der Ergebnisse nach den jeweils befragten Stellen (Personalbereich/Gesundheitsmanagement/Personalrat) wird im Folgenden allerdings verzichtet, weil der beantwortende Funktionsbereich nicht immer genannt wurde, die Befragten manchmal den Fragebogen gemeinsam ausgefüllt hatten und deswegen die vergleichbaren Zahlen bei einer Anzahl von 52 Städten zu gering wären.

## Ergebnisse

Als erstes wird dargelegt, welche allgemeine Bedeutung den jeweiligen Formen der Prävention/Gesundheitsförderung aus Sicht der Befragten beigemessen wird (vgl. Abb. 1).

Die primäre und tertiäre Prävention sowie die allgemeine Gesundheitsförderung werden für ähnlich wichtig befunden. Im organisationalen Kontext ist dies ein na-

heliegendes Ergebnis. Die wahrgenommene Bedeutsamkeit von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der körperlichen Gesundheit ist zwar in allen Bereichen etwas größer als die der Maßnahmen für die psychische Gesundheit, doch ist der Unterschied nur gering.

Zu bedenken ist an dieser Stelle, dass die Ergebnisse den Ist-Zustand wiedergeben. Die überwiegende Zahl der Befragten äußert zugleich, der psychischen Gesundheit werde in der Organisation noch nicht das ausreichende Maß an Aufmerksamkeit geschenkt, d.h. sie würden sich also eine andere gelebte Bedeutsamkeit wünschen.<sup>51</sup>

Interessant sind die Antworten zu möglichen Informationsquellen. Fast alle Befragten führen Arbeitsplatzbegehungen durch. Die Mehrzahl nutzt Mitarbeiterbefragungen, die auch gesundheitsbezoge-

<sup>50</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt 2013.

<sup>51</sup> Vgl. den Ergebnisbericht zu wahrgenommenen Stressoren und Herausforderungen aus derselben Studie, Wüstner 2016.

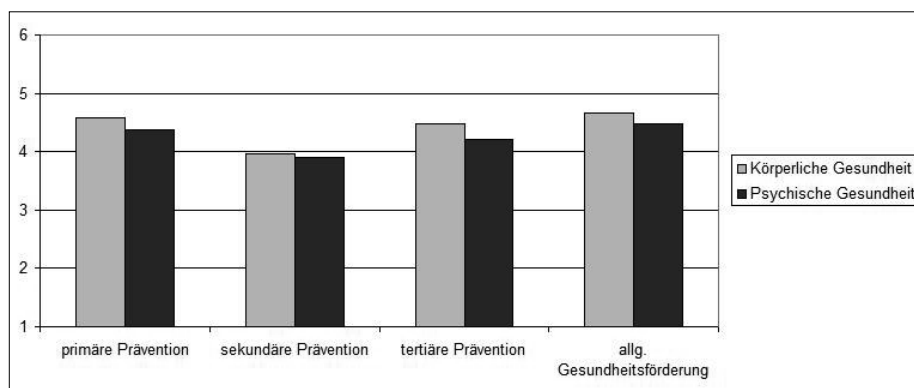


Abb. 1: Wahrgenommene Bedeutsamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (angegeben sind Mittelwerte).

Gefragt wurde: „Für wie bedeutsam werden folgende Maßnahmen der Prävention/der Gesundheitsförderung in Ihrer Organisation erachtet?“ Die Präventionsformen wurden in Klammern wie folgt erläutert: primäre Prävention (Verhinderung einer Krankheitsentstehung), sekundäre Prävention (frühzeitige Erkennung einer Krankheit) und tertiäre Prävention (Milderung der Krankheitsfolgen). Vorgegeben war eine sechsstufige Skala von „bedeutungslos“ (Wert 1) bis „von größter Bedeutung“ (Wert 6).

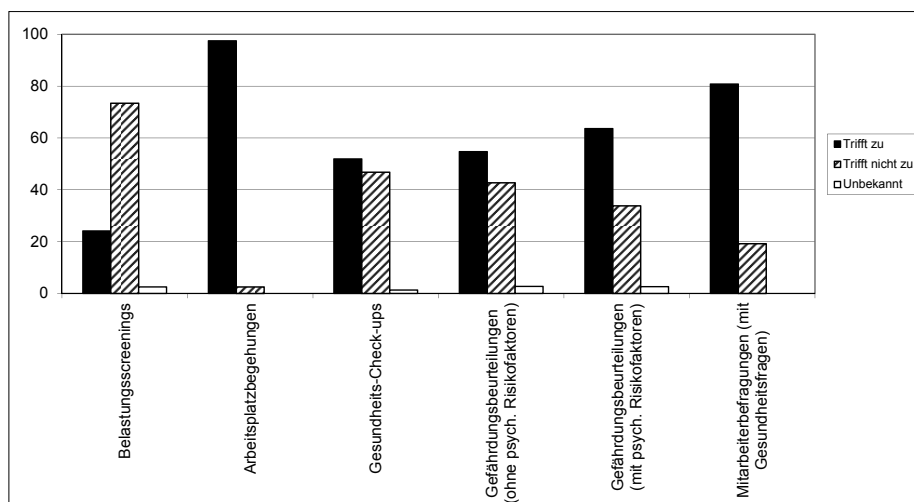


Abb. 2: Gesundheitsbezogene Datenerhebung, Angaben in Prozent. Gefragt wurde: „Welche allgemeinen Ressourcen gibt es in Ihrer Organisation?“

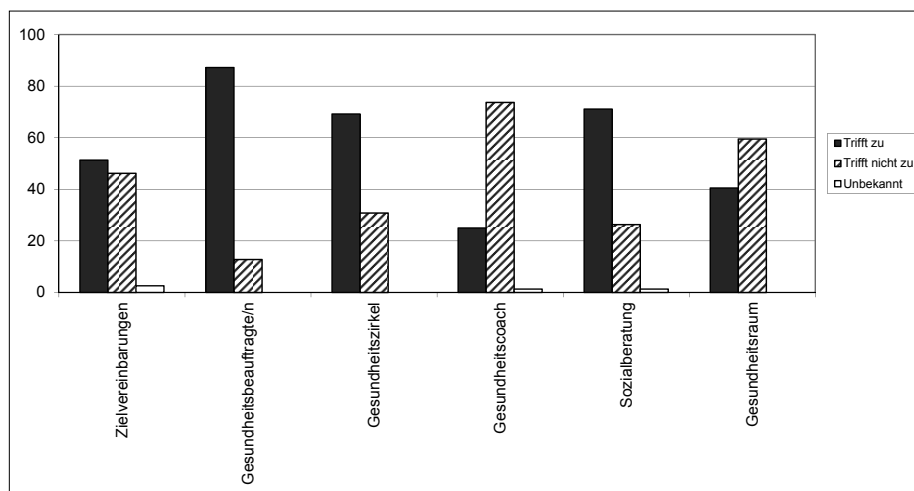


Abb. 3: Organisationale Ressourcen, Angaben in Prozent

ne Fragen enthalten, sowie Gesundheits-Check-ups. Vergleichsweise selten werden Belastungsscreenings vorgenommen. Auffällig sind die Ergebnisse zu den Gefährdungsbeurteilungen. Psychische Belas-

tungen sind immer öfter ursächlich für Arbeitsunfähigkeitstage der Beschäftigten<sup>52</sup> und es wird gefordert, sie ebenso in Gefährdungsbeurteilungen zu integrieren. Dabei wird es jedoch als besondere Her-

auforderung wahrgenommen, psychische Belastungen zu „messen“, was dazu führt, dass sie nicht immer einbezogen werden.<sup>53</sup> Aus diesem Grund wurde im Fragebogen differenziert nach einer Gefährdungsbeurteilung ohne psychosoziale Risikofaktoren und einer Gefährdungsbeurteilung mit psychosozialen Risikofaktoren gefragt. Den Ergebnissen zufolge führen die meisten Städte eine Gefährdungsbeurteilung durch. Auf den ersten Blick erscheinen die beiden Zahlen jedoch widersprüchlich: So erklären 55 Prozent, die bei ihnen durchgeführte Gefährdungsbeurteilung enthalte keine psychosozialen Risikofaktoren. Es wäre zu erwarten, dass die restlichen dann eine Gefährdungsbeurteilung mit psychosozialen Risikofaktoren umsetzen (vorausgesetzt, sie haben dieses Instrument etabliert). Doch sind es knapp 64 Prozent, die erklären, bei ihnen umfasse die Gefährdungsbeurteilung auch psychosoziale Risikofaktoren. Eventuell liegt die Erklärung für die beiden Werte darin, dass in manchen Organisationsbereichen die eine Form, in anderen die andere etabliert wurde und so – wie bei einigen Städten der Fall – beide Fragen bejaht wurden. Zwei Befragte erklären, gar keine Gefährdungsbeurteilung zu haben.

## Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung

In der knappen Mehrzahl der befragten Städte gibt es Zielvereinbarungen zur Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei 46 Prozent ist dies nicht der Fall (vgl. Abb. 3). Die meisten Organisationen haben Gesundheitsbeauftragte und Gesundheitszirkel. In der überwiegenden Zahl der Fälle gibt es auch eine Sozialberatung.

Im offenen Feld haben Befragte dargelegt, dass sich die betriebsärztliche Sprechstunde und vor allem der Abschluss einer Dienstvereinbarung „Gesundheitsmanagement“ bewährt hätten. Positiv wird auch die Beteiligung der Beschäftigten an Gesundheitszirkeln und Workshops zur Bestandsaufnahme und Maßnahmenentwicklung im Rahmen des Gesundheitsmanagements beschrieben. Mehrfach

<sup>52</sup> Vgl. TK 2013.

<sup>53</sup> Vgl. Beck et al. 2012.

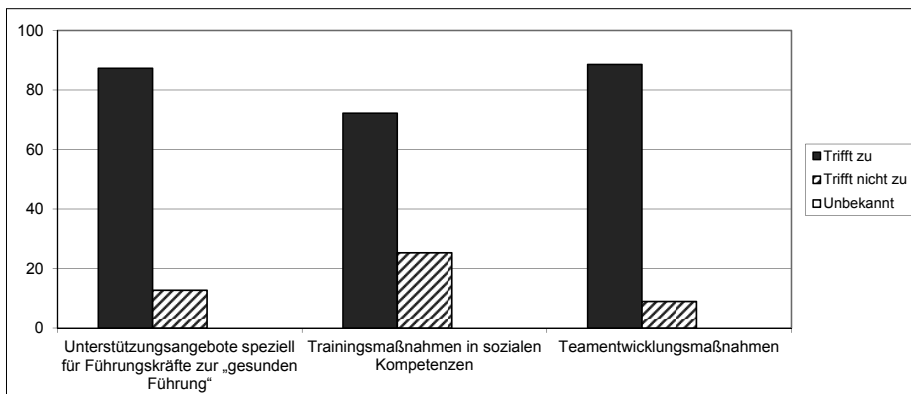


Abb. 4: Soziale Ressourcen, Angaben in Prozent

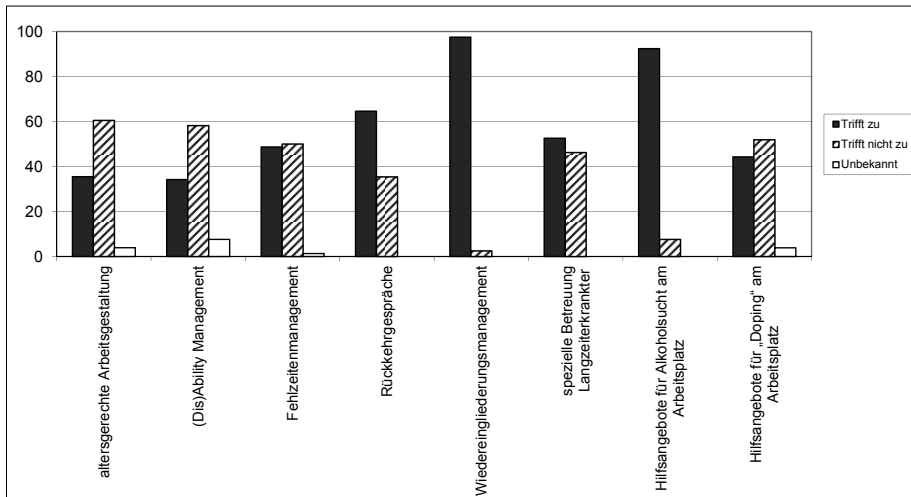


Abb. 5: Spezifische Ressourcen, Angaben in Prozent

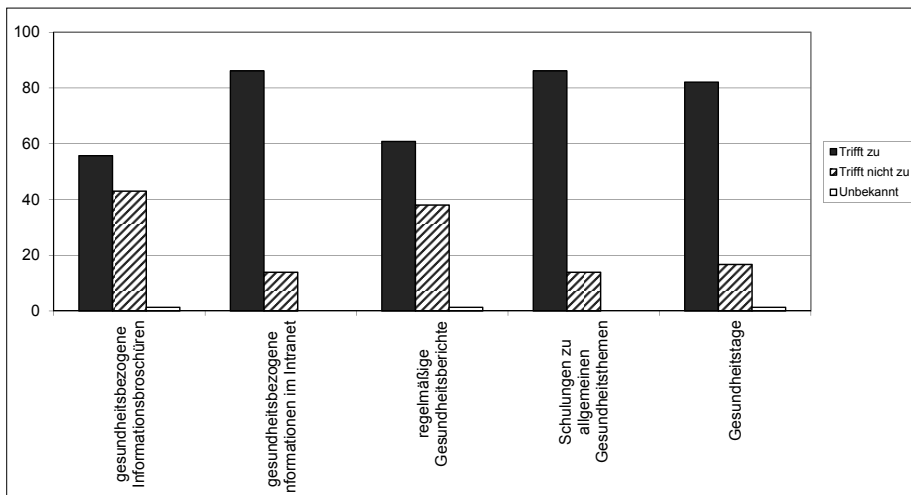


Abb. 6: Allgemeine Ressourcen – Gesundheitsbezogene Informationen und Schulungen, Angaben in Prozent

erklären Befragte, die Einführung eines Gesundheitsmanagements mit zentraler Steuerungsstelle und das Schaffen der Position „Gesundheitsmanager“ wären besonders wichtig gewesen.

Die meisten Befragten bieten Unterstützungsangebote speziell für Führungskräfte zur „gesunden Führung“ und Trainingsmaßnahmen in sozialen Kompetenzen an

und führen Teamentwicklungsmaßnahmen durch. Führungskräfte Schulungen und Coaching für Führungskräfte werden im offenen Feld als besonders günstige Maßnahmen genannt, die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schützen bzw. zu fördern (vgl. Abb. 4). Dies ist den Befragten zufolge auch ein zentraler Ansatzpunkt – denn betrachtet man die wahrgenommenen Stressoren, so

stehen bei den sozialen Stressoren fehlende Wertschätzung und Konflikte mit dem Vorgesetzten an den ersten beiden Stellen.<sup>54</sup>

Fehlzeitenmanagement ist etwa in der Hälfte der befragten Organisationen etabliert (vgl. Abb. 5). Interessant ist, dass zugleich nur ein geringer Anteil die Ansicht geäußert hat, das Thema Fehlzeiten erfahre noch nicht das ausreichende Maß an Aufmerksamkeit.<sup>55</sup> Dies bedeutet, dass ein Teil derer, die noch kein Fehlzeitenmanagement eingeführt haben, auch keine Notwendigkeit dafür sehen dürften.

Fast alle Befragten setzen ein Wiedereingliederungsmanagement um. Rückkehrgespräche bieten über 60 Prozent an, eine spezielle Betreuung für langzeiterkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine knappe Mehrzahl. Vor allem das Wiedereingliederungsmanagement und Rückkehrgespräche werden im offenen Feld von den Befragten als sehr bewährte Instrumente angemerkt.

Hilfsangebote für Alkoholsucht am Arbeitsplatz gibt es in fast allen Organisationen – für das Thema „Doping“ (Neuroenhancement) ist dies bei den meisten nicht der Fall (vgl. Abb. 5). 70 Prozent der Befragten erklären, das Thema Alkohol am Arbeitsplatz sei ausreichend berücksichtigt. Anders verhält es sich beim Neuroenhancement – hier sehen knapp zwei Drittel noch Handlungsbedarf.<sup>56</sup>

Angesichts der seit Jahren diskutierten „Überalterung“ der Belegschaft im öffentlichen Dienst, wäre eine altersgerechte Arbeitsgestaltung womöglich eine günstige Ressource. Bisher wird sie jedoch kaum genutzt. Auch das (Dis)Ability Management ist nur bei einer vergleichsweise geringen Anzahl etabliert (vgl. Abb. 5).

## Gesundheitsbezogene Informationen und Schulungen

Die Mehrzahl der Befragten stellt gesundheitsbezogene Informationen ins Intranet,

54 Vgl. wahrgenommene Stressoren und Herausforderungen in Kommunen, Wüstner 2016.

55 Vgl. Wüstner 2016.

56 Vgl. Wüstner 2016.



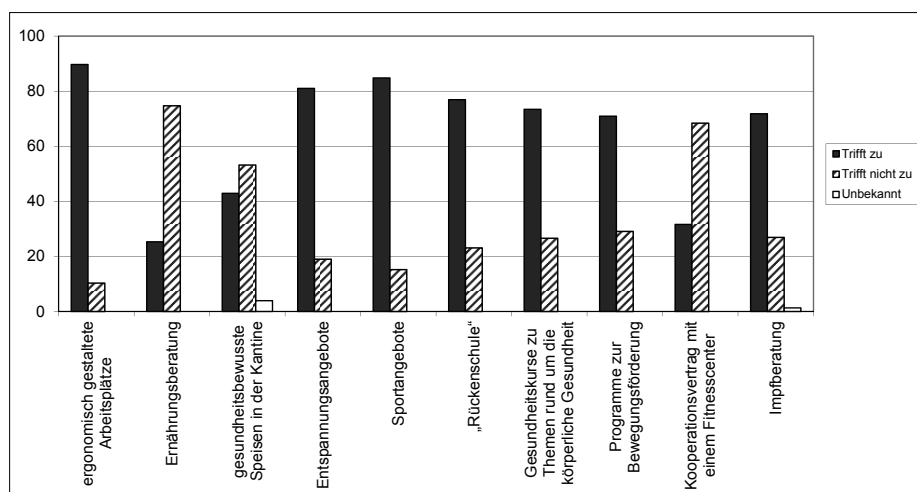


Abb. 7: Ressourcen zur Förderung der körperlichen Gesundheit, Angaben in Prozent

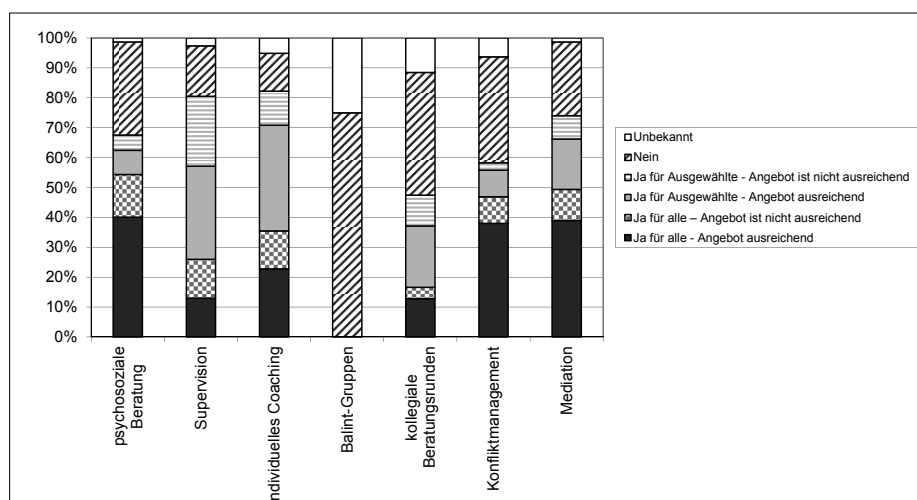


Abb. 8: Ressourcen zur Förderung der psychischen Gesundheit I, Angaben in Prozent

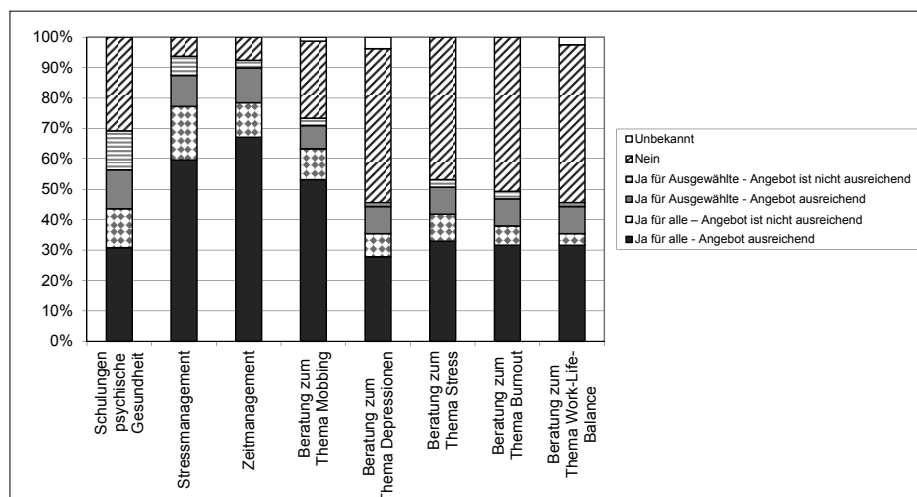


Abb. 9: Ressourcen zur Förderung der psychischen Gesundheit II, Angaben in Prozent

aber auch gesundheitsbezogene Informationsbroschüren oder regelmäßige Gesundheitsberichte werden veröffentlicht bzw. zugänglich gemacht (vgl. Abb. 6). Werden Informationen in erster Linie über das Intranet verbreitet, stellt sich die Herausforderung, auch jene Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter zu erreichen, die über keine PC-gestützten Arbeitsplätze verfügen.

In über 80 Prozent der befragten Städte werden Gesundheitstage veranstaltet und Schulungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen angeboten (vgl. Abb. 6). Aus Sicht

einiger Befragter hat es sich bewährt, wenn es jedes Jahr einen Gesundheitsbericht gebe und dieser eine Differenzierung der Ämter/Dienststellen nach Belastungsmaß beinhalte.

Die Abbildung 7 lässt erkennen, dass im Bereich der Förderung der körperlichen Gesundheit zahlreiche Maßnahmen ergriffen worden sind. In den meisten befragten Städten gibt es ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze, Sport- und Entspannungsangebote, Programme zur Bewegungsförderung, eine „Rückenschule“, Kurse zu Themen rund um die körperliche Gesundheit oder eine Impfberatung. Vergleichsweise weniger wird auf dem Gebiet Ernährung umgesetzt – Ernährungsberatung oder gesundheitsbewusste Speisen in der Kantine hat nur eine Minderheit der Befragten eingeführt.

Besonders positiv werden von Befragten im freien Feld folgende konkrete Angebote ergänzt: Wassergymnastik, Yoga, Aktionen, mit dem Rad in die Arbeit zu kommen, aktive Pause, Bewegungskurse, Bewegungsangebote während der Arbeitszeit, Massagen, rückengerechtes Arbeiten, Augenentspannung oder arbeitsplatzbezogene Beratung und Bewegungsschulung. Auch das Angebot einer individuellen Ergonomieberatung durch Physiotherapeuten wurde als besonders hilfreich gesehen, die körperliche Gesundheit der Beschäftigten zu schützen. Um Bewegung zu fördern, bedarf es manchmal unterstützender Voraussetzungen, z.B. in Form eines Fahrradkellers in Arbeitsplatznähe.

Psychosoziale Beratung, Konfliktmanagement und Mediation werden in der Tendenz für alle Beschäftigten angeboten (vgl. Abb. 8). Supervisionen und individuelles Coaching sind seltener anzutreffende Ressourcen. Sie stehen zudem vor allem ausgewählten Personenkreisen zur Verfügung. Balint-Gruppen und regelmäßige kollegiale Beratungsrunden werden hingegen nicht bzw. kaum genutzt. Bis auf Balint-Gruppen und kollegiale Beratungsrunden wurden im offenen Feld alle anderen Maßnahmen als besonders geeignet beschrieben, die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu schützen bzw. zu fördern. Am häufigsten wurden hierbei Supervisionen und individuelles Coaching erwähnt (vgl. Abb. 9).

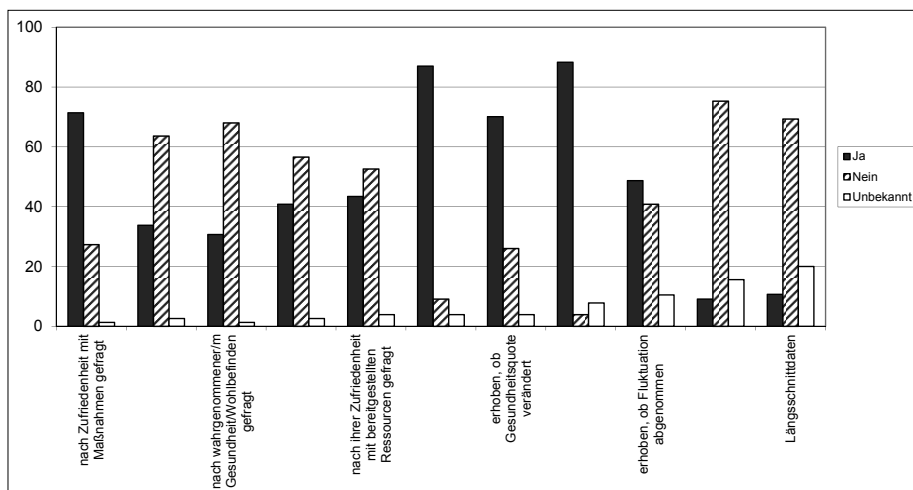


Abb. 10: Mögliche Ansatzpunkte für Evaluationen, Angaben in Prozent

Beim Thema Schulung und Beratung speziell zur psychischen Gesundheit dominieren Stress- und Zeitmanagementkurse (vgl. Abb. 9). Allgemeine Schulungen werden vergleichsweise seltener angeboten. Bei Mobbing offerieren die meisten Organisationen eine hausinterne Beratungsmöglichkeit. Relativ selten ist dies der Fall bei den anderen Themen wie Depressionen, Stress, Burnout oder der Work-Life-Balance.

Im offenen Feld vermerken Befragte, es käme darauf an, dass längere Zeiträume angesetzt und gezielte Angebote für spezifische Zielgruppen oder einzelne Fachbereiche konzipiert würden. Bewährt hätten sich zudem Achtsamkeitstrainings oder Selbstmanagementkurse. Positiv sei es den Befragten zufolge, wenn es einen Betriebspsychologen gebe, andere empfehlen (zusätzliche) externe Beratungsmöglichkeiten.

Abschließend soll der Blick auf die Frage gerichtet werden, ob die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung evaluiert werden (vgl. Abb. 10).

In den meisten Organisationen werden Beschäftigte gefragt, ob sie mit den angebotenen Maßnahmen zufrieden wären. Am häufigsten werden Veränderungen von Kennzahlen genutzt, z.B. der Fehlzeiten, der Arbeitsunfälle und der Gesundheitsquote. Diese Herangehensweise wird immer wieder gewählt, um Maßnahmen zu evaluieren, doch zeigt sich daran auch die oben erwähnte grundlegende Problematik, denn eine klare Ursachenklärung für eine Veränderung der Gesundheitsquote durch eine ergriffene Maßnahme

ist nicht so einfach, schließlich resultieren Gesundheit und Wohlbefinden aus einer Vielzahl an Einflussgrößen (verschiedene organisationsbezogene, aber auch soziale, individuelle und biologische). Zudem verzichten die meisten befragten Organisationen auf Längsschnittdaten. Subjektive Wahrnehmungen – bzgl. der Arbeitszufriedenheit, der wahrgenommenen Gesundheit/des Wohlbefindens, der Stressoren oder Ressourcen – werden relativ selten genutzt, um Maßnahmen des Gesundheitsmanagements zu evaluieren.

Im offenen Feld weisen Befragte noch darauf hin, dass sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erlebtem Stress und ihrer Zufriedenheit im individuellen Jahresgespräch befragen und deswegen keine Mitarbeiterbefragung durchführen wollten. Positiv wäre es ihren Erfahrungen zufolge, eine externe Begleitstudie zur Senkung des Krankenstandes zu nutzen und dies nicht stadtintern zu analysieren und zu bewerten.

### Wahrgenommene Hemmnisse

Die offenen Felder wurden von über der Hälfte der Befragten genutzt, auch auf Grenzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements hinzuweisen, die an dieser Stelle noch erwähnt werden sollen. Zum Beispiel wurde vermerkt, dass für ein („ernsthaftes“) betriebliches Gesundheitsmanagement zu wenige Ressourcen zur Verfügung stünden und dieses gar nicht umgesetzt werden könne. Dies zeige sich etwa daran, dass die allgemeinen Mittel für Fortbildungsmaßnahmen bereits im 1. Quartal eines Jahres aufgebraucht

oder dass in einer Großstadt die Sachbearbeitung Gesundheitsmanagement nur mit einer halben Stelle ausgestattet wären. Insgesamt brauche es Haushaltsmittel mit eigenem Titel, mehr finanzielle Mittel für Seminare und Personal und vor allem ein größeres Budget für die Verhältnisprävention, die z.B. auch in einer ganz grundsätzlichen Gestaltung der Arbeitsumgebung notwendig wäre (z.B. über bauliche Maßnahmen). Es wurde schließlich noch angemerkt, dass es nicht nur auf materielle Ressourcen ankäme, sondern auch auf immaterielle Ressourcen, an denen es mangle – vor allem an Wertschätzung und Vertrauen.

Viele Kommentare weisen darauf hin, dass es organisationaler Maßnahmen bedarf, an den Ursachen und Folgen der Arbeitsverdichtung anzusetzen. Dies passt zu den wahrgenommenen Stressoren aus den Arbeitsaufgaben und der Arbeitsorganisation – dort rangiert die Arbeitsverdichtung an erster Stelle.<sup>57</sup> Arbeitsverdichtung zeige sich beispielsweise im Bereich des Gesundheitsmanagements selbst. Dort gebe es lediglich einen Gesundheitscoach für die gesamte Stadt – notwendig wäre aus Sicht der Befragten eine Fachkraft pro Dienststelle/Amt. Aber auch in publikumsintensiven Bereichen (z.B. Ordnungs- und Sozialamt) fehle es an personellen Ressourcen. Zugleich bräuchte es auch bei manchen Stellen eine neue Überprüfung hinsichtlich einer möglichen Über-/Unterforderung.

Bei Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollte den Befragten zufolge auf die Nachhaltigkeit geachtet werden, indem Beschäftigten ausreichend Zeit und Ressourcen für die Einarbeitung gegeben werde. Außerdem bräuchte es eine stärkere Vernetzung mit der Personal- und Organisationsentwicklung.

Mit Blick auf Führungskräfte fordern Befragte eine bessere Schulung und mehr Interesse für das Thema Gesundheit. Führungskräfte selbst sollten gesundheitsgerechtes Verhalten an den Tag legen – und ihnen sollten zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden,

57 Vgl. Wüstner 2016.

um überhaupt professionell und gesundheitsfördernd führen zu können.

Was konkrete Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements anbelangt, wünschen sich einige Befragte ein umfassenderes Gesundheitssystem, das Durchführen der Gefährdungsbeurteilungen, regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, flächendeckende Kursangebote und vor allem mehr psychosoziale Beratung. Das Gesundheitsmanagement müsste evaluiert und insgesamt innerbehördlich besser kommuniziert werden.

Wiederholt merken Befragte an, dass es an Fachkräften und professionellen Angeboten vor allem für die psychische Gesundheit fehle. Zwar gebe es Maßnahmen,

keit geschenkt werden – hier wird Handlungsbedarf wahrgenommen.

Die meisten Organisationen nutzen Arbeitsplatzbegehungen, Mitarbeiterbefragungen und Gefährdungsanalysen, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu schützen und zu stärken. Im Vergleich zu älteren Erhebungen wird an den Beispielen der Gesundheitszirkel oder gesundheitsbezogener Mitarbeiterbefragungen deutlich, wie stark sich diese in den letzten zehn Jahren etabliert haben.<sup>59</sup>

Bei den Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit fallen einige Instrumente auf, die in den meisten Städten inzwischen bereits umgesetzt werden: Für die Förderung eines professionellen – auch gesundheitsfördernden – Führungsverhaltens

werden selten altersgerechte Arbeitsgestaltungsmaßnahmen ergriffen oder ein (Dis)Ability Management umgesetzt.

Wie eingangs erwähnt, umfasst ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis auch die psychische Gesundheit, die es nicht nur den Daten zu Ursachen von Arbeitsunfähigkeitstagen zufolge in besonderem Maße zu schützen gilt. Bisher konzentrieren sich angebotene Maßnahmen vor allem auf Stress- und Zeitmanagementkurse. Allgemeine psychosoziale oder spezifische Beratungsangebote für konkrete Themen wie Stress, Burnout, Depressionen etc. werden nur vereinzelt gemacht. Hierin sind einige Ansatzpunkte der Ressourcenstärkung zu sehen, die von etlichen Befragten ggf. noch mehr genutzt werden könnten.

Bei der Evaluation setzen die Befragten bisher vornehmlich auf das Abfragen der Zufriedenheit mit den Angeboten sowie das Auswerten ausgewählter Kennzahlen. Längsschnittdaten werden kaum herangezogen. An einer Analyse der Fehlzeiten und der Gesundheitsquote lässt sich jedoch beispielhaft erkennen, wie begrenzt Schlussfolgerungen sein können – denn eine ausschließliche Nutzung dieser beiden Zahlen lässt mögliche Ursachen unberücksichtigt. Zu Fehlzeiten kann es aus Krankheits-, aber auch aus Motivationsgründen kommen. Setzt es sich in einer Abteilung durch, etwa aus Angst vor Nachteilen trotz Krankheit zur Arbeit zu kommen, so bedeutet eine Verbesserung der Gesundheitsquote nicht, dass Maßnahmen des Gesundheitsmanagements die psychische Gesundheit der Beschäftigten gestärkt haben. Insofern dürfte sich nicht nur ein umfassendes, möglichst ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement von Vorteil sein, sondern auch ein möglichst breit angelegter Evaluationsansatz, wie er auch von Ulich und Wülser propagiert wird (z.B. Einbeziehung verschiedener Daten, etwa Personalkennzahlen, Rückmeldungen aus Mitarbeiterbefragungen und Maßnahmenevaluationen).<sup>60</sup>

## **»Prävention und Gesundheitsförderung werden aus Sicht der Befragten im kommunalen Bereich tendenziell für wichtig befunden.«**

aber manchmal entstehe der Eindruck, es wären vornehmlich Laien eingebunden statt Fachexpertinnen und -experten. Eine Nutzung externer Angebote wären von Vorteil und käme auch dem Schutz der Anonymität entgegen, so wären beispielsweise behördeninterne gruppenbezogene Settings bei diesen Themen ungünstig, da sie keinen anonymen Rahmen böten.

Insgesamt nehmen die Befragten einige Hemmnisse wahr. Die Angaben weisen eine Ähnlichkeit zu den Ergebnissen von Badura und Steinke auf.<sup>58</sup>

### **Zusammenfassung**

Prävention und Gesundheitsförderung werden aus Sicht der Befragten im kommunalen Bereich tendenziell für wichtig befunden. Der psychischen Gesundheit sollte dabei aber noch mehr Aufmerksam-

wird in vielen Organisationen Unterstützung geboten, soziale Kompetenz wird gefördert und Teamentwicklungsmaßnahmen werden durchgeführt. Weit verbreitet sind auch allgemeine Schulungsangebote zum Thema Gesundheit sowie das Bereitstellen relevanter Informationen in Form von Broschüren oder Dateien im Intranet. Verschiedene Maßnahmen zur Bewegungsförderung und ein Wiedereingliederungsmanagement sind weitere Beispiele für oft praktizierte Formen der Gesundheitsförderung.

Demgegenüber gibt es Themen, die vergleichsweise wenig Beachtung finden. So gibt es in der Mehrzahl der befragten Städte kein Angebot an gesundheitsbewussten Speisen in Kantinen. Trotz der seit etlichen Jahren diskutierten Relevanz des soziodemographischen Wandels für Organisationen des öffentlichen Dienstes

<sup>58</sup> Vgl. Badura/Steinke 2009.

<sup>59</sup> Vgl. Holleederer 2007.

<sup>60</sup> Vgl. Ulich/Wülser 2010.

## Limitationen

Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf einem Rücklauf von ca. etwa zwei Drittel der befragten 80 größten Städte Deutschlands. Wie an anderer Stelle bereits dargelegt, geben sie damit nur einen Einblick in die Sichtweise der größten Städte auf der Makroebene übergeordneter Stellen (Personalrat/Personalreferat/Gesundheitsmanagement). Damit spiegeln sie nur bedingt die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wider.<sup>61</sup>

## Fazit

Die Ergebnisse dieser Befragung legen die Vermutung nahe, dass auf dem Gebiet der

Belastung individuell meistern können. Verhältnisprävention sollte Ursachen und Folgen von Arbeitsverdichtung berücksichtigen und prüfen, welche sozialen und organisationalen Ressourcen hier genutzt, ausgebaut oder neu bereitgestellt werden sollten.

Ergriffene Maßnahmen müssen zudem nicht immer mit großen Kosten verbunden sein. Fest institutionalisierte kollegiale Beratungsrunden, Konfliktmanagement oder hausinterne Beratungsangebote dürften auch mit begrenzteren finanziellen Ressourcen realisierbar sein. Ohne Kostenverursachung, aber von großer Bedeutung sind ferner eine vertrauens- und respektvolle Organisationskultur, in

## **»Verhältnisprävention sollte Ursachen und Folgen von Arbeitsverdichtung berücksichtigen und prüfen, welche sozialen und organisationalen Ressourcen hier genutzt, ausgebaut oder neu bereitgestellt werden sollten.«**

Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements im kommunalen Bereich in den letzten Jahren beachtliche Fortschritte erzielt wurden. Dennoch lassen die Aussagen auch Grenzen und weiteren Handlungsbedarf deutlich erkennen. Der klassische hemmende Faktor mag in begrenzten finanziellen Ressourcen gesehen werden. Erschwerend kommt hier wahrscheinlich dazu, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung erst einmal etwas kosten und der Erfolg sich nicht leicht messen und zuordnen lässt, so dass der zuordenbare Nutzen nicht eindeutig bestimmbar ist. Dennoch: Gesundheitsschutz und -förderung sind wichtig und sollten unabhängig von der aktuellen Haushaltslage ein wesentliches Ziel in Organisationen sein. Dabei sollten sich Maßnahmen nicht auf die Verhaltensprävention beschränken, indem Individuen in Zeit- oder Stressmanagementkursen Tipps gegeben werden, wie sie eine unverändert große oder noch zunehmende

der Wertschätzung nicht darauf reduziert wird, nur zu kommunizieren, wenn es etwas zu kritisieren gibt und Positives als Selbstverständlichkeit vorauszusetzen, die nicht kommentiert werden bräuchte. Es gibt also einige psychosozialen Ansatzpunkte, die auch kurzfristig umgesetzt und verbessert werden könnten. Mittelfristig kann sich eine Organisation dann damit auseinandersetzen, welche Herausforderungen mit welcher Ressourcenausstattung zu bewältigen sein dürften, um die gesetzten gesundheitsbezogenen Ziele zu erreichen.

## Literatur

- Angerer, P./Glaser, J./Gündel, H./Henningsen, P./Lahmann, C./Letzel, St./Nowak, D. (2014): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Heidelberg u.a.: ecomed Medizin.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. San Francisco.
- Badura, B./Steinke, M. (2009): Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation. <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2316533> (Abruf 11.11.2015).
- Baur, X. (2013): Grundlagen der Sozialgesetzgebung, Regularien des Gesundheitsschutzes und der Begutachtung. In: Baur, X. (Hrsg.): Arbeitsmedizin. Heidelberg: Springer, S. 13-37.
- Beck, D./Richter, G./Ertel, M./ Morschhäuser, M. (2012): Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland – Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 7, S. 115-119.
- Berger, M./Gravert, C./Schneller, C./ Maier, M. (2013): Prävention und Behandlung psychischer Störungen am Arbeitsplatz. In: Nervenarzt, 84, S.1291-1298.
- BMAS/BAuA (2012): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Berlin. [www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Suga/Suga.html](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Suga/Suga.html) (Abruf 26.09.2016).
- DAK (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. [www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport\\_2009\\_Doping\\_am\\_Arbeitsplatz-117016.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2009_Doping_am_Arbeitsplatz-117016.pdf) (Abruf am 10.08.2016)
- DAK (2015): Gesundheitsbericht 2015. [www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2015-1585948.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2015-1585948.pdf) (Abruf 02.02.2016).
- DBB (2016): Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) nach Bundesländern geordnet. [www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2016/160429\\_betriebliches\\_gesundheitsmanagement.pdf](http://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2016/160429_betriebliches_gesundheitsmanagement.pdf) (Abruf 08.10.2016).
- Gregersen, S./Vincent-Höper, S./Nienhaus, A. (2014): Gesundheitsrelevantes Führungsverhalten: Ein systematischer Vergleich verschiedener Führungskonzepte. In: Zeitschrift für Personalforschung, 28(1-2), S. 117-138.
- Gröben, F./Wenninger, G. (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst – Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung von Führungskräften in Hessen und Thüringen. In: Prävention und Gesundheitsförderung, vol. 1, no. 2, S. 94-98.
- Holleder, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. In: Gesundheitswesen 2007; 69(2), S. 63-76.
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Richter, M. (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, S. 661-692.
- Kaminski, M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Wiesbaden.

61 Vgl. ausführlicher Wüstner 2016.

Kauffeld, S./Grohmann A. (2011): Personalauswahl. In: Kauffeld, S. (Hrsg.): Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Berlin, S. 93-111.

König, W. (2004): Die Leitung von Balint-Gruppen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Matyssek, A. K. (2012): Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe in der öffentlichen Verwaltung. In: Bundesgesundheitsblatt, 55(2), S. 205-210.

Meyer, M./Klose, J./Schröder, H. (2015): Zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Ein Überblick. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Berlin: Springer, S. 1-8.

Moock, J. (2015): Prävention und Gesundheitsförderung – Individuell und auf Systemebene. In: L. Mülheims et al. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden, S. 343-356.

Neuner, R. (2016): Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Wiesbaden.

publecon GmbH (2012): Personalmanagement der Kommunen im demografischen Wandel? [http://www.innovatorsclub.de/innovatorsclub/Projekte/Demographie%3A%20Herausforderungen%20of%3BCr%20die%20Kommunalverwaltungen/DStGB%20Studienergebnisse%20Personal%20und%20Demografie\\_Final.pdf](http://www.innovatorsclub.de/innovatorsclub/Projekte/Demographie%3A%20Herausforderungen%20of%3BCr%20die%20Kommunalverwaltungen/DStGB%20Studienergebnisse%20Personal%20und%20Demografie_Final.pdf) (Abruf 26.09.2016).

Raspe, H. (2012): Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin. Heft 53. <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.html?nn=2370692> (Abruf 05.07.2016)

Richter, P./Wegge, J. (2011): Occupational Health Psychology - Gegenstand, Modelle, Aufgaben. In: Wittchen, H.-U./Hoyer, J. (Hrsg.): Klinische Psychologie/Psychotherapie. Heidelberg, S. 337-359.

Riedel-Heller, S.G. /Luppa, M./Seidler, A./Becker, T./Stengler, K. (2013): Psychische Gesundheit und Arbeit – Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis. In: Nervenarzt, 84, S. 832-837.

Robert Bosch Stiftung (2009): Demographieorientierte Personalpolitik in der öffentlichen Verwaltung. Stuttgart. [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Demographieorientierte\\_Personalpolitik\\_fuer\\_Internet.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Demographieorientierte_Personalpolitik_fuer_Internet.pdf) (Abruf 11.11.2015).

Statistisches Bundesamt (2013): Großstädte in Deutschland nach Bevölkerung am 31.12.2011 auf Grundlage des Zensus 2011 und früherer Zählungen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/>

Administrativ/Grosstaedte.pdf;jsessionid=57836E258FC818579D5C8F895E8AB9B8.cae4?\_\_blob=publicationFile (Abruf 06.02.2013).

TK (2013): Gesundheitsreport. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/516416/Datei/83065/Gesundheitsreport2013.pdf> (Abruf 11.11.2015).

Ulich, E./Wülser, M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Wiesbaden.

WHO (2006): Constitution of the WHO. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (Abruf am 10.08.2016).

Wido (2016): Fehlzeiten-Report 2016 – Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Pressemappe. [www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/.../fzr\\_2016\\_pressemappe.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/.../fzr_2016_pressemappe.pdf) (Abruf 26.09.2016).

Wüstner, K. (2016): Arbeitsgesundheit in Kommunen: wahrgenommene Stressoren und Herausforderungen. In: Verwaltung & Management, 22. Jg., Heft 5, S. 263-274.

## Meldepflichten bei Datenschutzvorfällen und für Betreiber Kritischer Infrastrukturen



### Meldepflichten im IT-Sicherheitsrecht

Datenschutz, Kritische Infrastrukturen und besondere IT-Dienste

Von RA Dr. Florian Schneider

2017, 605 S., brosch., 129,- €

ISBN 978-3-8487-3672-0

eISBN 978-3-8452-8024-0

(Sicherheit und Gesellschaft. Freiburger Studien des Centre for Security and Society, Bd. 11)

[nomos-shop.de/28693](http://nomos-shop.de/28693)

Da sich die Bedrohungslage auf dem Gebiet der IT-Sicherheit in den letzten Jahren stark verschärft hat, werden Unternehmen in zunehmendem Maße dazu verpflichtet, bestimmte IT-Sicherheitsvorfälle an staatliche Stellen zu melden. Die Arbeit untersucht zahlreiche damit zusammenhängende Rechtsfragen auf deutscher und europäischer Ebene.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: [www.nomos-elibrary.de](http://www.nomos-elibrary.de)

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



**Nomos**