

Betriebliche Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst

Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung von Führungskräften

in Hessen und Thüringen

Gröben, Ferdinand & Wenninger, Silke (2005)

Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe (TH)

Die Studie wurde durch die Unterstützung der Unfallkasse Hessen, des Bundesverbandes der Unfallkassen und des hessischen Sozialministeriums ermöglicht.

Einleitung

Seit den Gesetzesänderungen der 90er Jahre im staatlichen und europäischen Arbeitsschutzrecht haben die Unfallversicherungsträger einen erweiterten Präventionsauftrag, in dessen Rahmen sie mit allen geeigneten Mitteln nicht nur Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sondern auch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten sollen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe sind sie aufgefordert, sowohl mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden als auch mit den Krankenkassen zu kooperieren.

Mit der Absicht die Kooperation zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenversicherung angesichts der Gesetzesänderung fortzuführen und auszubauen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung 1997 eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verabschiedet.

Angesichts der neuen Aufgabenkonstellation wurde im Jahre 1999 erstmals eine repräsentative Stichprobe von 356 öffentlichen Einrichtungen über den Stand ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung befragt (Gröben, 2002). Die Unfallversicherungsträger wollten dadurch Kenntnisse über das Angebot betrieblicher Gesundheitsförderung der öffentlichen Verwaltungen für ihre Mitarbeiter in Hessen und Thüringen erlangen. Untersucht wurde, welche strukturellen, organisatorischen oder personalen Faktoren die Einrichtung bzw. den Erfolg von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung behindern oder sicherstellen.

In der vorliegenden Wiederholungsbefragung waren diese Fragen ebenfalls von Interesse, zusätzlich wurde untersucht welche Veränderung, die die betriebliche Gesundheitsförderung in den letzten fünf Jahren erfahren hat.

Aus den gewonnenen Daten lassen sich die Handlungsfelder mit der höchsten Priorität ableiten.

Konzeption der Wiederholungsbefragung

Wie 1999 wurden die Dienststellen angeschrieben und gebeten, den Fragebogen entweder selbständig oder im Telefoninterview mit einer Mitarbeiterin des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe auszufüllen.

Der Fragebogen umfasst Angaben zur Dienststelle und ihrem Arbeitsschutz (Fachpersonal, Dienstvereinbarungen, Kontakte zu Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes), ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung (welche Maßnahmen werden wie oft durchgeführt, wer ist der Initiator bzw. Koordinator, findet eine Evaluation statt usw.) und dem Beratungsbedarf (zu welchen Themen besteht Beratungsbedarf, von wem erwarten die Dienststellen Unterstützung; zum Fragebogen siehe Gröben 2000).

Stichprobe

Die Ausgangsstichprobe aus dem Jahr 1999 mit 356 Datensätzen verringerte sich aufgrund von Umstrukturierungen oder Schließungen auf 302 Dienststellen. Hiervon konnten 153 Dienststellen zur Teilnahme bewegt werden, was einer Stichprobenausschöpfung von 50,7% entspricht.

Über die Hälfte (56,2%) der teilnehmenden Dienststellen waren Versicherte der Unfallkasse Hessen. Ein Drittel waren Dienststellen des Landes und 12% der Dienststellen hatten ihren Sitz in Thüringen.

Die durchschnittliche Dienststellengröße betrug 414 Mitarbeiter (N=142).

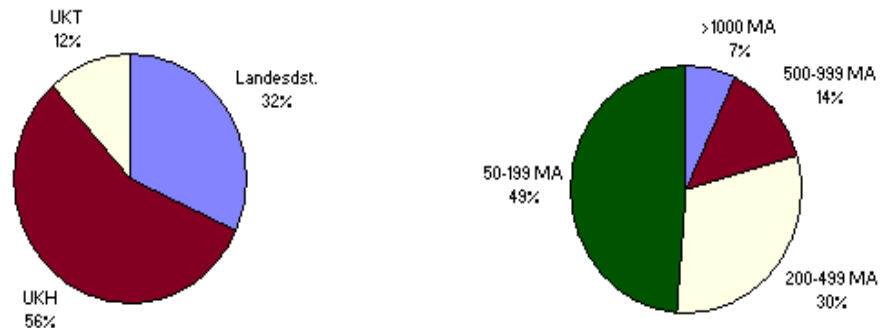


Abbildung 1: Stichprobenherkunft und Größenklassen der Stichprobe 2004

Das vorstehende Schaubild zeigt die Verteilung auf die vier Größenklassen sowie die Herkunft der Stichprobe. Die Repräsentativität der Längsschnittstichprobe 2004 blieb in den wichtigsten Daten erhalten. Die Auswertung der Daten erfolgte getrennt nach Herkunft der Stichprobe und getrennt nach den Größenklassen, so dass hier differenzierte Aussagen möglich sind.

Statistik

Die Auswertung erfolgte mit SPSS 12. Neben der deskriptiven Statistik wurden die Daten querschnittlich ausgewertet, und zwar per univariate Varianzanalyse und Chi-Quadrat-Test.

Die längsschnittliche Betrachtung fand per Chi-Quadrat-Test und t-Test für abhängige Stichproben statt.

Ergebnisse

Einige Daten zum Arbeitsunfähigkeitgeschehen und dem Arbeits- und Gesundheitsschutz

Angaben zur Fehlzeitenquote in der Dienststelle konnten bzw. wollten nur 64 Dienststellen machen. Dort betrug 2003 die Arbeitsunfähigkeitsrate im

Durchschnitt 6,16% (Minimum: 1,14 %; Maximum: 25,8%). Die Versicherten der AOK, die im Vergleichszeitraum etwa 40% aller sozialversicherungspflichtiger Beschäftigten des öffentlichen Dienstes ausmachten lagen zum Vergleich im Bundesdurchschnitt bei 5,6%, in Hessen bei 6,6% und in Thüringen bei 5,7% (Badura et al. 2005). Zudem waren erheblich Schwankungen bezüglich der ausgeübten Tätigkeiten zu verzeichnen: von 2,8% bei leitenden Verwaltungsfachleuten bis zu 8,3% bei der Abfallbeseitigung und Forstwirtschaft.

Im Vergleich zur Ersterhebung lässt sich feststellen, dass der von den gesetzlichen Krankenkassen beobachtete kontinuierliche moderate Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsraten (1999 Bundesdurchschnitt der AOK-Versicherten aus dem öffentlichen Dienst 6,4% (Badura et al. 2001) zu 5,6% in 2003) auch für die befragten Einrichtungen zu verzeichnen ist: bei der letzten Befragung lag der ermittelte Durchschnitt für die Stichprobe noch bei 6,7%.

Zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung hatten 45,1% der Dienststellen einen Betriebsarzt. 58,8% hatten eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, 77,1% hatten einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen oder sicherheitstechnischen Dienst bestellt und 41,8 % hatten einen Systembeauftragten/Koordinator für Arbeitsschutz.

94,8 % der Dienststellen verfügen *entweder* über einen eigenen Betriebsarzt *oder* einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen oder sicherheitstechnischen Dienst. Damit sind die Versorgungswerte gegenüber 1999 (91,7%) leicht angestiegen

Einstellung zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Die Akzeptanz von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie betrieblicher Gesundheitsförderung ist groß. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz wird von 77,2% der befragten Führungskräfte als sinnvoll zur Steigerung des Arbeitsergebnisses der Dienststelle angesehen. Diese Wertschätzung ist gegenüber 1999 (75,0%) leicht angestiegen und liegt über den Ver-

gleichwertigen der Dienstleiter aus der Privatwirtschaft (Gröben & Ulmer 2004).

Den Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung schätzen über die Hälfte der Interviewpartner (52,8%) unabhängig von der Größe oder der Herkunft der Dienststelle als sehr groß bis groß ein, dabei wird der Nutzen für die Dienststelle gleich hoch wie der Nutzen für den Mitarbeiter eingeschätzt.

Arbeit der Institutionen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Kontakt, Beratung oder Besichtigung zu Mitarbeitern der Präventionsabteilung der Unfallversicherungsträger hatten in den letzten drei Jahren 51,6% der befragten Dienststellen. Zum Staatlichen Amt für Arbeitsschutz hatten 37,3% Kontakt und zu sonstigen Einrichtungen wie Krankenkassen 35,9%. Damit gab es einen deutlichen Anstieg der Kontakte in den letzten fünf Jahren:

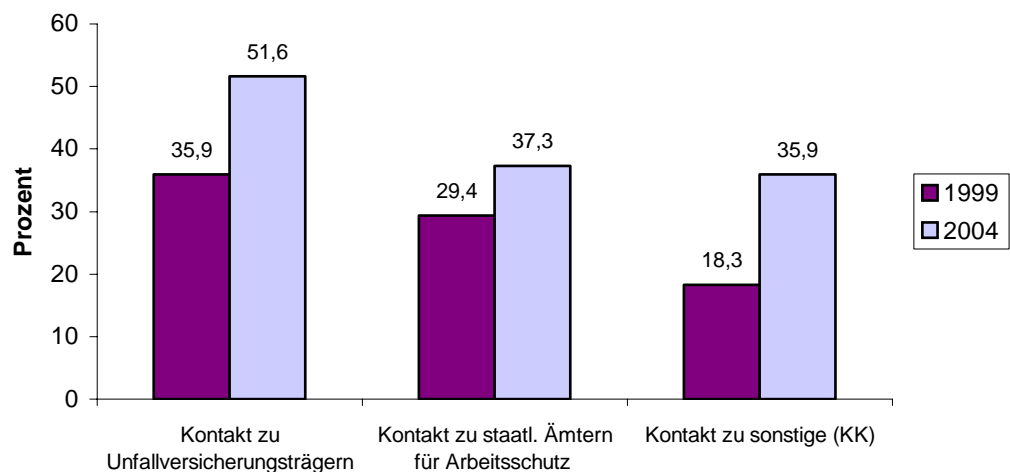


Abbildung 2: Kontakt zu verschiedenen Institutionen in den letzten drei Jahren

Mindestens einen Kontakt zu einer der genannten Institutionen hatten 70,59 % der Dienststellen.

Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes von 1996

Neun Jahre nach dem Inkrafttreten des neuen Arbeitsschutzgesetzes muss festgestellt werden, dass der Umsetzungsstand der gesetzlichen Vorgaben zur Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen immer noch unbefriedigend ist. In beiden Bundesländern haben nur 64,1% aller Einrichtungen die Analyse der Arbeitsbedingungen angegangen. Dies bedeutet, dass in den seit 1999 vergangenen Jahren – damals hatten 60,4% der Einrichtungen Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt - sich lediglich marginal verbessert hat.

Hinzu kommt, dass psychische Belastungen in die Analyse nur von 28,1% (1999 waren es 25,3%) der Dienststellen einbezogen werden.

Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung und 2004 wurde in gleich vielen Dienststellen, nämlich in 92,8% mindestens eine Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung realisiert.

Mit dem Ziel, Gesundheitsförderungsmaßnahmen möglichst umfassen zu erheben, wurde den Befragungsteilnehmern eine Liste mit über 30 Einzelmaßnahmen vorgelegt. Sie sollten angeben, ob entsprechende Angebote in ihrer Einrichtung durchgeführt werden oder wurden. Es bestanden die fünf Antwortmöglichkeiten „abgeschlossen“, „werden derzeit erprobt“, „werden ab und zu durchgeführt“, „sind Routine“ und „geplant“. Die Systematik der Erfassung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird in Gröben und Bös (1999) ausführlich dargestellt.

Um das Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassender betrachten zu können als dies aufgrund der Einzelaussagen möglich ist, wurde ein Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ermittelt, wobei einzelne Variablen zusammengefasst und dann den drei Subskalen „Bedarfsanalyse“, „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“ zugeordnet wurden. Die vier Antwortkategorien „abgeschlossen“, „werden derzeit erprobt“, „werden ab und zu durchgeführt“ und „sind Routine“ wurden abhängig von der jeweiligen Maßnahme auf drei Ausprägungen transformiert. Die Antwortmöglichkeit „geplant“ wurde bei der Bestimmung des Gesamtindex nicht berücksichtigt. Jedem Item wurde – je nach Einschätzung der Bedeutung der einzelnen Maßnahme für eine fachgerechte betriebliche Gesundheitsförderung – ein Bewertungsfaktor zugeordnet (zur Systematik siehe Gröben & Ulmer, 2004).

Die Analyse des Indexes zeigt, dass sich das Niveau der angebotenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen sichtlich verbessert hat. Der Durch-

schnittswert hat sich seit 1999 von 15,34 Punkten auf 18,42 Punkte im Jahr 2004 statistisch signifikant erhöht ($T = -2,998$; $df = 152$; $p = 0,003$).

Die Einrichtungen der öffentlichen Verwaltungen folgen dabei mit leichter zeitlicher Verzögerung den Tendenzen, die sich in der Privatwirtschaft darstellen. Eine vergleichbare Längsschnittstudie ergab für diesen Bereich einen Anstieg des Niveaus der Gesundheitsförderung von 18,8 Punkten im Jahr 1997 auf einen Wert von 21,6 Punkten, der allerdings statistisch nicht signifikant wurde (Gröben & Ulmer 2004).

Da gleich viele Dienststellen wie 1999 mindestens eine Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, ist der Anstieg des Indexes darauf zurück zu führen, dass die Dienststellen, die Maßnahmen durchführen, dies heute intensiver tun als 1999.

Jedoch ist er mit 18,42 von 100 möglichen Punkten (Minimum: 0 Punkte; Maximum: 64,58 Punkte) immer noch sehr niedrig. In Schulnoten ausgedrückt, bekommen 44,4% der Dienststellen eine „glatte Sechs“ wenn es um ihre betriebliche Gesundheitsförderung geht.

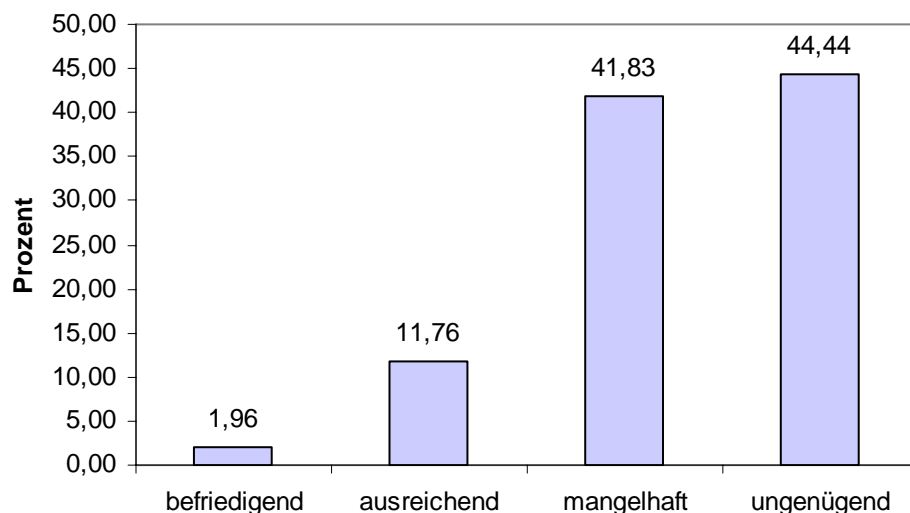


Abbildung 3: Verteilung der Schulnoten für das Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2004

Einen signifikanten Einfluss auf die Höhe des Indexwertes haben

- Dienststellengröße: Dienststellen mit mindestens 1000 Beschäftigten erzielen mit 32,85 Punkten ein signifikant höheres Niveau hinsichtlich der Gesundheitsförderung in ihrer Einrichtung als Dienststellen der kleinsten und zweitkleinsten Größenklassen.
- Bundesland: Ein signifikanter Unterschied besteht nur 2004 in der Herkunft der Dienststellen, Dienststellen aus Thüringen haben einen signifikant besseren Wert als die beiden anderen Gruppen.
- Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes: Dienststellen, in denen der Arbeits- und Gesundheitsschutz positiv bewertet wird, bieten mehr und regelmäßiger Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung an als Dienststellen mit geringer Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.
- eine erfolgte Umstrukturierung: sie hat einen positiven, signifikanten Effekt auf das Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung, ebenso wie das Vorhandensein einer Dienstvereinbarung zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Beratungsbedarf

Die Ergebnisse zum Beratungsbedarf aus dem Jahr 1999 unterscheiden sich erheblich von der Erhebung 2004: hatten 1999 die kleinsten Dienststellen den höchsten Beratungsbedarf (49,3%), so waren es 2004 die größten Dienststellen (60%). Der Bedarf bei den kleinsten Dienststellen blieb fast gleich (1999: 49,3%, 2004: 50,8%), während die Dienststellen aus anderen Größenklassen, und hier vor allem die größten Dienststellen, ein stärkeres Interesse an Beratung bekommen haben.

Die Gesetzesänderung 1996 sorgte zum Zeitpunkt der Erstbefragung für Verunsicherung, und so herrschte zum Thema Gefährdungsbeurteilung 1999 der höchste Beratungsbedarf. Heute steht sie an fünfter Stelle hinter

Themen, die im weitesten Sinne mit der Psyche des Arbeitnehmers zu tun haben: Bewältigung von Mobbing, Stressbewältigung, Ermittlung psychischer Belastungen, Entspannungsprogramme.

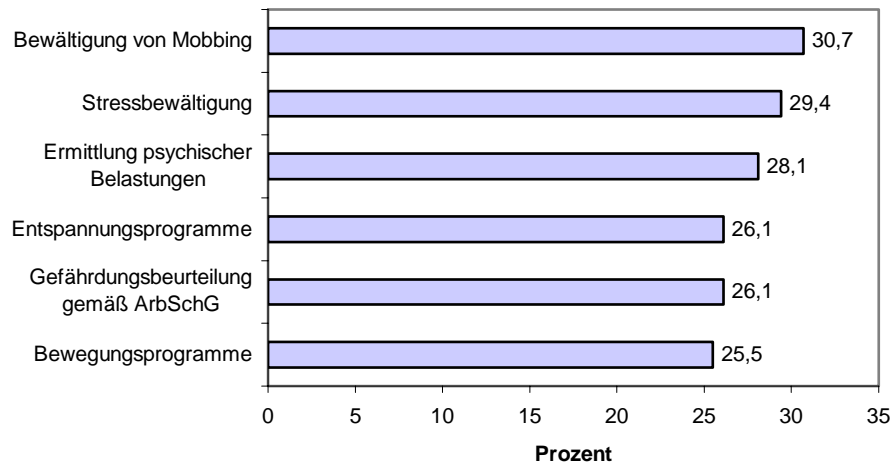


Abbildung 4: Häufigste Nennungen zum Beratungsbedarf 2004

86,9% der Dienststellen erwarten Hilfe bei der Planung oder Durchführung von Maßnahmen durch mindestens eine Institution, wobei die Unfallversicherungsträger mit 33,74% am häufigsten genannt werden, danach folgen Krankenkassen (23,19%) und staatliche Ämter für Arbeitsschutz (22,59%).

Ausblick

Aus den erhobenen Daten lassen sich einige Schwerpunkte ableiten, die in Zukunft besonders beachtet werden sollten.

„Sorgenkind“ kleine Dienststellen

Kleine Dienststellen weisen zwar in der Versorgung mit Betriebsärzten keine Defizite auf: überbetriebliche Dienste sichern bei 93,8% der kleinen Dienststellen die betriebsärztliche Versorgung (insgesamt liegt die berichtete Versorgung bei 94,8%). Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit haben aber nur 44,6% der kleinen Dienststellen eingestellt (Dienststellen über 1000 Mitarbeiter: 100%).

Kleinere Dienststellen haben insgesamt ein geringeres Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung:

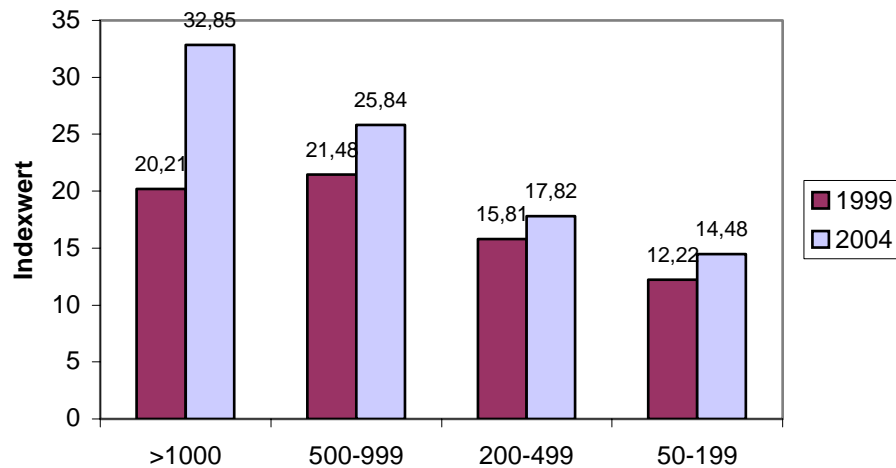


Abbildung 5: Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung geordnet nach Größenklassen

Dienststellen mit über 1000 Mitarbeitern haben sich in den fünf Jahren hinsichtlich des Niveaus der betrieblichen Gesundheitsförderung enorm verbessert (im Durchschnitt von 20,2 Punkten auf 32,9 Punkte). Die kleinsten und kleinen Dienststellen (bis 499 Mitarbeiter) haben sich leider nur leicht verbessert, obwohl sie mit nur ca. 15 Punkten den größten Entwicklungsbedarf zeigen.

Sie führen weniger Gefährdungsbeurteilungen durch (durchschnittlich jede dritte Dienststelle führt keine Gefährdungsbeurteilungen durch - bei den großen Dienststellen ist es nur jede zehnte Dienststelle)

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Schon zum Zeitpunkt der Erstbefragung im Jahr 1999 wurde auf die Bedeutung hingewiesen, die psychische Belastungen für die Beschäftigten in öffentlichen Einrichtungen spielen. Daran hat sich nichts geändert. Inzwischen spiegelt sich der Handlungsbedarf in diesem Bereich aber auch in der deutlichen Nachfrage nach Hilfe und Unterstützung wider: die drei

meistgenannten Themen, zu denen Unterstützungs- oder Beratungsbedarf herrscht, heißen Bewältigung von Mobbing, Stressbewältigung und Ermittlung psychischer Belastungen.

Vor allem beim Thema Mobbing sollten die Dienststellen in Zukunft noch stärker befähigt werden, eigene Maßnahmen zur Prävention und zum Umgang mit Mobbing zu ergreifen. Laut Sochert & Schwippert (2003) sind von Mobbing 15% der in der deutschen öffentlichen Verwaltung tätigen Menschen betroffen. Bislang haben bisher lediglich 23% der Dienststellen Erfahrungen mit solchen Maßnahmen und nur 2% der Dienststellen haben entsprechende Dienstvereinbarungen!

Verkürztes Verständnis von Gesundheitsmanagement

Auf die Frage, ob sie ein System zum betrieblichen Gesundheits- oder Arbeitsschutzmanagement eingeführt haben, antworteten nur 19% der Dienststellen mit „ja“. Fragen zur Evaluation der Maßnahmen wurden von nur wenigen Dienststellen zufriedenstellend beantwortet. Diese Ergebnisse deuten auf ein Problem hin, dass von mehreren Autoren thematisiert wird: Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gehen oft nicht über den Status eines Modellprojekts hinaus (Rütten, 2002, im Vorwort). Ein systematisches Vorgehen bildet die Ausnahme. Auch Saßmannshausen, Lang, Langhoff und Müller (2002) stellten in ihrer Studie ein „Ad-hoc-Vorgehen“ fest. Badura et. al (2002, S. VI, Vorwort) bedauern ebenfalls ein oft „verkürztes Verständnis von Gesundheitsmanagement“.

Führungskräfte – insbesondere in mittleren Positionen – sind hohen Anforderungen ausgesetzt. Und es ist schwierig, neben dem Tagesgeschäft auch noch ein System für eine möglichst umfassende betriebliche Gesundheitsförderung einzuführen und aufrecht zu erhalten. Umso mehr brauchen sie hier Unterstützung, und dies beginnt bei Informationen, setzt sich fort bei Qualifizierungen und sollte auch bis hin zu konkreten Hilfestellungen durch auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung kompetenten Institutionen gehen. Sporadische Maßnahmen oder Alibiangebote bereiten nicht den Weg, sondern verderben das Feld.

Quellen:

Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, Ch. [Hrsg.] (2002). *Fehlzeiten-Report 2004. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Badura, B., Litsch, M., Vetter, Ch. [Hrsg.] (2002). *Fehlzeiten-Report 2001. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Badura, B., Litsch, M., Vetter, Ch. [Hrsg.] (2001). *Fehlzeiten-Report 2000. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005). *Krankenstand. 1970 bis 2004 und Januar bis August 2005*.
<http://www.bmgs.bund.de/downloads/KM1Monat>.

Gröben, F. (2002). *Ergebnisse einer Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen*. In Badura, B et al. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2001*. S. 50 - 62. Berlin, Heidelberg: Springer.

Gröben, F. (2000). *Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. Befunde der staatlichen Dienststellen*. Unveröff. Institutsbericht, Universität Karlsruhe, Institut für Sport und Sportwissenschaft.

Gröben, F. & Bös, K. (1999). *Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Erfahrungen – ein Querschnitt*. Berlin: edition sigma®.

Gröben F. & Ulmer J. (2004). *Gesundheitsförderung im Betrieb: Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa*. Umsetzung des Settingansatzes. Düsseldorf: Arbeitspapier 88 der Hans Böckler Stiftung.

Rütten, A. (2002). *Nachhaltige Gesundheitsförderung: Die EXPO-Symposien zur Gesunden Region Westsachsen*. Stuttgart: Nagelschmid.

Saßmannshausen, A., Lang, K.-H., Langhoff, T. , Müller, B.H. (2002). *Bewertung der Qualität von Sicherheit und Gesundheitsschutz in Unternehmen und Verwaltungen*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Sochert, R. und Schwippert, Ch. (2003). *Die öffentliche Verwaltung- ein kranker Sektor? Europäische Trends und deutsche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.