

BOCHUMER BERICHTE

zur  
Angewandten Psychologie

---

Nr. 28/26

# **Gesundheitsmanagement in der Finanzverwaltung**

Ganzheitliche Gesundheitsförderung und Prävention

Supplement 2026 zu Bericht 27/11

*Aktualisierte und ergänzte Kurzfassung*

Jochen Gurt  
Gabriele Elke  
Bernhard Zimolong

---

Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Psychologie  
Universitätsstraße 150  
44780 Bochum

---

Herausgeber  
Prof. Dr. B. Zimolong

# Gesundheitsmanagement in der Finanzverwaltung

## Ganzheitliche Gesundheitsförderung und Prävention

Jochen Gurt, Gabriele Elke, Bernhard Zimolong  
Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie  
*Aktualisierte und ergänzte Kurzfassung*

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Zielsetzung .....                                                  | 1  |
| 2. Grundlagen.....                                                    | 3  |
| 3. Gestaltungsebenen.....                                             | 4  |
| 4. Handlungsfelder .....                                              | 7  |
| 5. Methoden, Zeitraum und Ergebnisse .....                            | 9  |
| 6. Exkurs Rückengesundheit .....                                      | 15 |
| 7. Implementierungsgrad und -strategie in den Pilotfinanzämtern ..... | 17 |
| 8. Fazit .....                                                        | 22 |
| Literaturverzeichnis .....                                            | 24 |

## 1. Zielsetzung

INOPE war ein Verbundvorhaben der Ruhr-Universität Bochum (RUB) und der Bergischen Universität Wuppertal (BUW) und steht für integrierte Netzwerk-, Organisations- und Personalentwicklung. Praxispartner war die Oberfinanzdirektion Rheinland der Finanzverwaltung NRW. Die NRW-Finanzverwaltung ist ein Großunternehmen: Über 30.000 Beschäftigte arbeiten in 112 Festsetzungs-Finanzämtern, 10 Finanzämtern für Steuerfahndung, 15 Groß- und Konzernbetriebsprüfungsfinanzämtern, zwei Oberfinanzdirektionen, drei Schulen, dem Landesamt für Besoldung und Versorgung und einem Rechenzentrum. Über das gesamte Land verteilt sind die insgesamt 137 Finanzämter, die für die Verwaltung von Gemeinschaftssteuern (z. B. Einkommen- und Lohnsteuer, Körperschaft- und Umsatzsteuer) sowie Landessteuern (z. B. Vermögen-, Erbschaft-, Kraftfahrzeug- und Grunderwerbsteuer) zuständig sind. Die Ämter legen außerdem die Messbeträge

für Gemeindesteuern (Grundsteuer, Gewerbesteuer) fest, ziehen die Kirchensteuer ein und stellen die Besteuerungsgrundlagen für die Umlage der Landwirtschaftskammern fest.

Im Rahmen von INOPE wurde ein ganzheitliches Gesundheitsmanagementsystem (GMS) entwickelt, auf die Steuerverwaltung stellvertretend für die öffentliche Verwaltung angepasst und evaluiert. Ziel war es, für die Verwaltung neue Formen der Organisation und Steuerung zu erproben, um die psychische Gesundheitsförderung als Daueraufgabe einzuführen und sie in die Verwaltungskultur zu integrieren. Neu daran war, dass die präventive Gesundheitsarbeit nicht mehr als Privatsache, sondern als dienstliche Angelegenheit von allen Beschäftigten interpretiert werden sollte. Das setzte einen fundamentalen Kulturwandel in der Gesundheitsarbeit voraus. Bis dahin war das zugrundeliegende Verständnis geprägt von der weitgehenden Trennung von Amtstätigkeit und Privatsphäre. Neu daran war auch, dass die Gesundheitsförderung durch ein Managementsystem zu einer Aufgabe der Führungskräfte und der Beschäftigten werden sollte. Sie sollten Teile der Aufgaben der Personalverwaltung und einzelner Funktionsträger, wie z.B. des Betriebsarztes oder des Ergonomie Beauftragten übernehmen. Diese Sichtweise kollidierte mit dem traditionellen Verständnis von Organisation und Steuerung in Behörden. Das ganzheitliche Konzept des Gesundheitsmanagements, das für die private Wirtschaft unter Marktbedingungen entwickelt und u.a. in der chemischen Industrie mit Erfolg eingesetzt wurde (Zimolong, 2001) musste für die Behörde angepasst werden. Organisation und Steuerung in der Verwaltung beruhen auf Zentralisierung und Standardisierung, Zuständigkeiten und festgelegten Verwaltungsabläufen, Amtsbeschreibungen mit begrenzter Autonomie und Kompetenzzuordnung. Dagegen ist das Gesundheitsmanagement eine wiederkehrende Aufgabe der Führung, der Beschäftigten und der Funktionsträger mit dem Ziel der Förderung und Stärkung der Verantwortung jedes Einzelnen. Das Gelingen erfordert eine Veränderung in der Kultur, in diesem Fall der Organisation und Steuerung.

Das GMS in der Steuerverwaltung ist eingebunden in eine netzwerkbasierte Strategie zur Kooperation mit lokalen und regionalen Gesundheitsdienstleistern, u.a. der AOK und privaten Gesundheitsdienstleistern. Die Evaluation von Teilaspekten und Programmen erleichterte den Transfer des GMS auf andere Dienststellen der Steuerverwaltung. Die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des GMS erfolgte unter Beteiligung der verwaltungsinternen Akademien zur Fort- und Weiterbildung, in der Zusammenarbeit mit den beiden Universitäten Bochum und Wuppertal und überregional mit dem Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Als zentrale Instanz der Qualitätssicherung und des Transfers von Expertise (intern und extern) wurde ein Gesundheitskompetenz-Center (GKC) etabliert, zu dem in regelmäßigen Abständen Experten und Multiplikatoren der Gesundheitsförderung aus Krankenkassen, Gesundheitsdienstleistern, Verwaltungen, Universitäten, Bildungsträgern und Stiftungen eingeladen wurden. So konnte einerseits deren Expertise für das Projekt genutzt und andererseits Projektergebnisse nach außen

getragen werden. Mit der netzwerkbasierten Strategie wurden auch Ziele der Entwicklung der Dienstleistungs- und Kundenorientierung in der Steuerverwaltung verfolgt.

INOPE leistete damit einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung, Flexibilisierung, Bürgerorientierung und Effizienzsteigerung der öffentlichen Verwaltung. Die folgende Darstellung des Projektes ist eine 2026 aktualisierte Zusammenfassung und fasst die wichtigsten Grundlagen von INOPE zusammen.

## 2. Grundlagen

In der ersten Phase (2006-2008) wurde das GMS in zunächst 9 Finanzämtern (Pilotfinanzämter) der Oberfinanzdirektion (OFD) Rheinland eingeführt und erprobt. Die Finanzämter wurden nach regionalen Gesichtspunkten aus einer Gruppe von Finanzämtern ausgewählt, die sich freiwillig zur Teilnahme gemeldet hatten. Anfang 2009 wurde weitere 11 Finanzämter in das Projekt eingebunden.

Konzeptionell liegt der Gesundheitsförderung im Rahmen des GMS ein erweitertes Anforderungs-Ressourcenmodell zugrunde (Bakker et al., 2005). Das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit des Einzelnen stehen im Spannungsfeld von Belastungen und Ressourcen. Fehlbelastungen können ihren Ursprung in der Arbeit selbst haben (z.B. monotone Bildschirmarbeit, geringe Autonomie) oder auch im physischen und sozialen Umfeld (z.B. mangelhafte ergonomische Büroausstattung, Klima, Lärm, Publikumsverkehr, Stress). Verfügen Personen nicht über genügend Ressourcen, z.B. aufgrund einer mangelnden Qualifikation oder einer geringen psychischen Belastbarkeit, so können die Anforderungen zu Fehlbeanspruchungen und längerfristig zu negativen Auswirkungen hinsichtlich des Wohlbefindens (z.B. Arbeitsunzufriedenheit) führen. Bei längerer Einwirkungsdauer können Stresssymptome wie z.B. Erschöpfung und Schlaflosigkeit auftreten. Sie können zu Muskel-Skelett Erkrankungen (Rückenschmerzen) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen (Zimolong, 2012). Ressourcen hingegen sind sämtliche Mittel und Strategien, welche der Person zur Bewältigung der Belastungen zur Verfügung stehen und dadurch das Auftreten von negativen Beanspruchungsfolgen vermindern. Sie lassen sich in Ressourcen der Person selbst (internale oder personale) und Ressourcen der Organisation (externale oder organisationale) gliedern. Internale Ressourcen sind z.B. die Qualifikationen, Kompetenzen oder Bewältigungsstrategien, externale Ressourcen die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, gewährte Handlungsspielräume oder individuelle Gesundheitsförderungsangebote. Eine wichtige Komponente ist außerdem der gesamte private Bereich, aus dem sich zusätzliche Belastungen (z.B. private Konflikte), aber auch wichtige Ressourcen (z.B. Unterstützung durch Freunde und Familie) ergeben können. Die Anforderung-Ressource Interaktion des Modells, also die

Puffer Funktion der Ressourcen, konnte in systematischen Reviews allerdings nur teilweise bestätigt werden (Gonzalez-Mulé et al., 2021).

Für die Gesundheitsförderung ergeben sich damit zwei Ansatzpunkte: Erstens kann sie bei dem Auftreten von Belastungen ansetzen und sie durch verhältnisbezogene ergonomische Maßnahmen der Arbeitsgestaltung reduzieren oder von vornherein ausschalten. Den zweiten Ansatzpunkt stellen die Beanspruchungsfolgen bzw. die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten dar. Durch psychosoziale und arbeitsorganisatorischer Interventionen können negative Beanspruchungsfolgen reduziert und das gesundheitliche Wohlbefinden direkt gefördert werden. Hier greifen insbesondere individuelle Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, Anti-Stress-Trainings oder Rückenschulen (Lehnhoff & Elke, 2010).

Psychosoziale Interventionen setzen an der Arbeitsorganisation, den Handlungsspielräumen, der Kommunikations- und Gesundheitskultur an, um Stressreaktionen abzumildern. Ein umfassender Überblick systematischer Reviews zeigt eine hohe Evidenzqualität dafür, dass psychosoziale Interventionen insbesondere Stress und Burnout-Symptome wirksam senken (Aust et al., 2023). Im Büroalltag hängen sowohl physische als auch psychische Belastungen und psychosozialer Stress eng zusammen (Choobineh et al., 2011). Physische Belastungen ergeben sich u.a. aus den Bildschirmtätigkeiten, einseitigen Sitzhaltungen, repetitiven Hand-Arm-Schulter Bewegungen und unregelmäßigen Pausengestaltungen. Besondere psychische Belastungen sind die monotone Bildschirmtätigkeit, geringe Autonomie und Abwechslung in der Arbeit. Hinzukommen psychosoziale Belastungen mit Kollegen und Vorgesetzten. Als wirksame Intervention im Büro ist daher die Kombination von ergonomischen und psychosozialer Interventionen geeignet. Partizipative Multikomponenten-Programme, die physische Anpassungen mit organisationaler Unterstützung verzahnen, kombinieren Ergonomie, körperliche Aktivität und partizipative Problemlösung. Derartige Programme verringern Fehlzeiten, reduzieren MSD und steigern die Produktivität im Schnitt um 2 bis 3 Prozent (Martínez Álvarez, 2025; Adebiyi et al., 2025).

### 3. Gestaltungsebenen

*Das Projekt setzt mit zahlreichen innovativen Maßnahmen auf vier unterschiedlichen Ebenen an:* Auf der individuellen Ebene (1) wurden Möglichkeiten und Angebote geschaffen, die die Entwicklung der individuellen Gesundheitskompetenz und die Förderung der Eigeninitiative durch Beteiligung und Unterstützung zum Inhalt haben, z.B. Projekte zur ergonomischen Arbeitsgestaltung. Auf Ebene der Finanzämter (2) wurden mit der Einrichtung von Steuerungsteams Strukturen und Verantwortlichkeiten geschaffen, durch welche die Gesundheitsarbeit im Finanzamt systematisch geplant, koordiniert und evaluiert wurde. Darüber hinaus wurde auf der Ebene der

Oberfinanzdirektion (3) mit einem zentralen Steuerungsteam eine netzwerkbasierte Instanz etabliert, im Rahmen derer eine abgestimmte Strategie für die Finanzämter entwickelt, koordiniert und kontrolliert wurde. Von Seiten der OFD Rheinland wurden Ressourcen für individuelle und gemeinsame Gesundheitsprogramme zur Verfügung gestellt und eine Plattform zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Transferlernen geboten. Dieses Gremium brachte neben der Leitung der beteiligten Finanzämter auch weitere Akteursgruppen der Organisation (z.B. Personalrat, Schwerbehindertenvertretung) an einen Tisch, um für größtmögliche Transparenz und Akzeptanz des Projektes zu sorgen. Die Leitung übernahm der Finanzpräsident der OFD. Damit wurde die Verantwortung für das Gesundheitsmanagement bei der obersten Leitung angesiedelt.

Eine Stabsabteilung der OFD war von Seiten des Praxispartners mit der Umsetzung betraut und nahm zusammen mit den universitären Projektpartnern die Implementierung der Strategie vor Ort im Finanzamt und in der Oberfinanzdirektion vor. Auf der organisationsübergreifenden Ebene (4) unterstützt ein Netzwerk regionaler Anbieter vor Ort die Finanzämter bei der Gesundheitsarbeit. Partner sind Krankenkassen, Vereine, der Landessportbund und Bildungseinrichtungen. Strategien und Implementierungsvorschläge dieser netzwerkorientierten Kooperation werden zentral durch die Arbeit des Gesundheitskompetenzzentrums (GKC) gefördert (z.B. Kooperationsverträge mit dem Landessportbund), welches gleichzeitig als Transferinstrument des Projektes zur Verbreitung der Projektergebnisse genutzt wird.

Die Ausgestaltung des GMS erfolgt durch eine Vielzahl, aufeinander abgestimmter Gestaltungsmaßnahmen innerhalb unterschiedlicher Handlungsfelder (Abb. 1). Diese umfassen sowohl strukturell-systemische Elemente, z.B. das Personalmanagement oder ein auf Transparenz ausgerichtetes Informations- und Kommunikationsmanagement sowie teamorientierte und personenbezogene Elemente, wie z.B. Teamarbeit, Qualifikation und Motivation von Führungskräften. Im GMS werden sowohl verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen der Arbeitsgestaltung kombiniert, als auch umfassende Gesundheitsprogramme und spezifische gesundheitsbezogene Einzelfallinterventionen integriert. Das GMS ist darüber hinaus dem Controlling-Gedanken der qualitäts- und bedarfsorientierten Auswahl, Verstetigung und Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen im Sinne des Leitbilds einer evidenzbasierten betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) verpflichtet.

Durch die abgestimmte innovative Gestaltung, Ausrichtung und zielbezogene Kombination der Handlungsfelder im Finanzamt soll eine unterstützende Gesundheitskultur gefördert werden, welche als ein, wenn nicht als der entscheidende, Faktor für mehr Gesundheit in der Organisation gesehen wird (Zimolong, Elke & Bierhoff, 2008). Die einzelnen Maßnahmen auf den vier Gestaltungsebenen sind im Bochumer Bericht 27/11 (2011) beschrieben.

Als Grundlage für eine bedarfsorientierte Ableitung von Interventionen und Maßnahmen sowie deren Erfolgsmessung wurde eine fortlaufende Evaluation als Controllingkonzept eingeführt. Sie basiert auf der Formulierung von Indikatoren für Leistungsergebnisse, die für eine Wirkungsrechnung mess- und dokumentierbar sein müssen. So wurden jährliche Gesundheitsbefragungen eingeführt, in denen der aktuelle Stand der Belastungen, Ressourcen, Beanspruchungen, Zufriedenheit und Gesundheit erhoben wird. Mit dem Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – Betriebliche Gesundheitsförderung (FAGS-BGF; Gurt, Uhle & Schwennen,

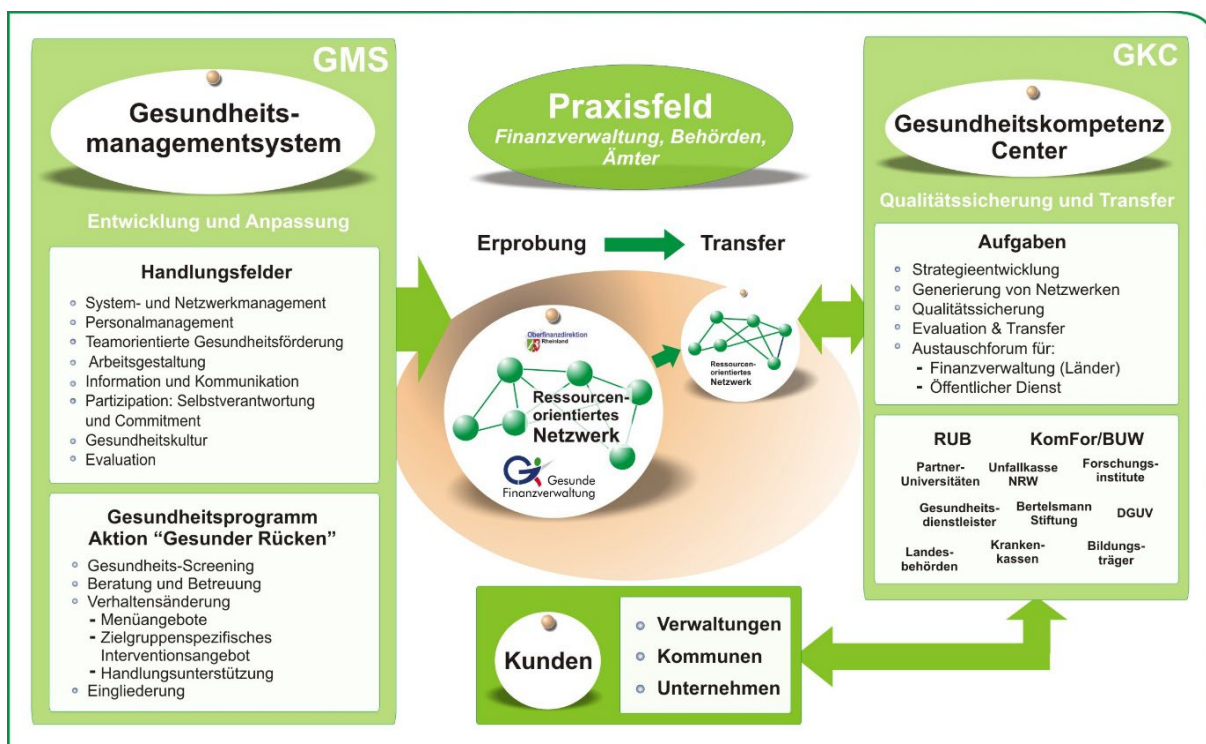


**Abb. 1: Kernelemente und Handlungsfelder eines psychosozialen GMS (Erläuterungen siehe Text)**

2010) wurde ein Instrument eingesetzt, welches genau zu diesem Zweck entwickelt wurde und sich in zahlreichen vorherigen Erhebungen in Industrie und Verwaltung bewährt hat. Der FAGS-BGF erlaubt Analysen auf mehreren Ebenen (Abteilung, Finanzamt, OFD) und in allen wichtigen Handlungsfeldern: Führung, Arbeitsgestaltung, Information und Kommunikation, Selbstverantwortung, Gesundheitsaktivitäten und Gesundheitsklima. Der Fragebogen ist handlungsorientiert, d.h., aus den Ergebnissen lassen sich direkt die entsprechenden Maßnahmen ableiten. Für die Bewertung der Ergebnisse auf der Ebene der Arbeitsgebiete und des Finanzamtes stehen Benchmarks aus der Steuerverwaltung zur Verfügung. Damit werden die Transparenz und der Wettbewerb untereinander gefördert.

## 4. Handlungsfelder

*Gesundheitsförderliche Führung:* Die in der Finanzverwaltung eingeführte mitarbeiterorientierte Führung wurde systematisch hin zu einer gesundheitsförderlichen, systemorientierten Führung weiterentwickelt. Bedarfsorientiert fanden in der ersten Projektphase in den Finanzämtern verhaltensorientierte Trainingsmaßnahmen und Informationsveranstaltungen zum Thema „Gesunde Führung“ statt. Die direkten Führungskräfte wurden im Zuge der Ergebnismeldung der jährlichen Gesundheitsbefragungen in den Verbesserungsprozess des Gesundheitsmanagements eingebunden und weiterqualifiziert: Zunächst wurden sie persönlich über die Ergebnisse ihres Verantwortungsbereichs und die Bedeutung der Ergebnisse informiert. Anschließend hatten sie die Aufgabe, ihre Mitarbeiter über die Ergebnisse zu informieren, sie mit ihnen zu bewerten, Problembereiche zu identifizieren und ggf. Verbesserungsmaßnahmen gemeinsam zu vereinbaren. Die Ergebnisse der Besprechungen wurden entweder dokumentiert oder an den Vorsteher berichtet.

*Arbeitsgestaltung:* Im Rahmen von innovativen Problemlösekreisen wurden Arbeitsprozesse verbessert sowie fallweise die teamorientierte Arbeitsteilung und Ablaufstruktur den neuen technischen Entwicklungen angepasst. Vor allem wurden die laufenden Maßnahmen zur Optimierung der ergonomischen Büroarbeitsgestaltung als systematischer Verbesserungsprozess im Sinn des PDCA-Zyklus eingeführt. Hierzu wurde die Verantwortung strukturell bei den jeweiligen Führungskräften im Sachgebiet verankert und durch ein Controlling ergänzt, das auf eigens hierfür entwickelten Kennzahlen beruht.

*Informations- und Kommunikationsmanagement (IuK):* Das IuK hat die Funktion, Transparenz hinsichtlich der Ziele, des Vorgehens und des aktuellen Stands der Einführung des GMS zu dokumentieren. Durch Transparenz und Vergleiche mit anderen Dienststellen wird der Wettbewerbsgedanke gefördert. Besonderer Wert wurde auf die aktive Beteiligung und Einbindung der Beschäftigten in eine offene, zweiseitige Kommunikation gelegt. Gesundheit wurde als fester Tagesordnungspunkt in den regelmäßigen Besprechungen im Finanzamt auf die Tagesordnung gesetzt. Die Einrichtung einer Gesundheitsplattform im Intranet wurde auch als aktive Kommunikationsplattform konzipiert, welche im Zuge eines Gesundheitsprogramms administrative Aufgaben übernahm, wie die Rückmeldung eines Teils der Ergebnisse des Vorsorge-Checks und der Zuordnung der Beschäftigten zu Trainingsangeboten.

*Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Beschäftigten:* Ein wichtiger Aspekt bei der Gestaltung des GMS ist dessen partizipative Ausrichtung zur Förderung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative. Sie wird durch die Anreizkomponenten Transparenz, Austausch und Vergleiche mit anderen Dienststellen gefördert. Strukturell wurden die Führungskräfte und die Beschäftigten in die

lokalen Steuerungsteams der Finanzämter eingebunden und mit den Organisatoren der dienststelleninternen Gesundheitsaktivitäten verzahnt.

*Gesundheitsprogramm Rücken:* Gesundheitsprogramme setzen für einen zeitlich begrenzten Zeitraum mit verschiedenen Maßnahmen an einem Präventions- oder gesundheitlichen Risikoschwerpunkt an. Das Programm bietet in der Regel Instrumente zur Diagnose von gesundheitlichen Risiken an und stellt darauf aufbauend personen- oder risikogruppenspezifische Interventionsvorschläge für die Prävention oder Therapie zur Verfügung. Insofern ist es ein multidisziplinäres Programm mit Beiträgen unterschiedlicher Professionen. In der Finanzverwaltung wurden im Rahmen der ersten Gesundheitsbefragung Muskel-Skelett Beschwerden (48% der Beschäftigten gaben an, „täglich“ oder „mehrmals die Woche“ Rückenschmerzen zu haben) als Präventionsschwerpunkt identifiziert. Mit der „Aktion: Gesunder Rücken“ in 2007 wurde ein neu konzipiertes Gesundheitsprogramm zum Screening von individuellen Ursachen von Muskel-Skelett Beschwerden und zur individuellen Förderung der Rückengesundheit durchgeführt. Primäres Ziel war es, evidenzbasierte Risikofaktoren der Rückengesundheit (z.B. Bewegungsmangel, Stress, Umgang mit Schmerzen, Lühmann & Zimolong, 2007) zu identifizieren und maßgeschneiderte Präventionsmaßnahmen vorzuschlagen. Mit dem Screeningverfahren wurde das individuelle Rückenschmerzrisiko anhand von physiologischen und psychologischen Faktoren erhoben und Risikogruppen zugeordnet. Die Personen in den Risikogruppen erhielten zielgruppenspezifische Präventionsangebote. Diese reichten von umfassenden Aufklärungs- und Informationsmaterialien über ein präventives Cafeteria-Angebot an Bewegungs- und Entspannungsmaßnahmen für Personen mit geringem Risiko bis hin zu gezielten Verhaltens- und Rückentrainings für Personen mit erhöhtem Risiko. Die Aktion wurde in eine breit angelegte Informations- und Motivationskampagne eingebettet. Sie startete mit einer Kick-Off Veranstaltung mit bekannten Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens und reichte über finanzamtsübergreifende Gesundheitsevents, Plakat-Aktionen bis hin zu regelmäßig stattfindenden Gewinnspielen im Intranet.

Verhaltensprogramme zur Rückengesundheit. Mit „Rückhalt für den Alltag“ und „Haltung in Bewegung“ wurden zwei präventiv ausgerichtete Verhaltensprogramme entwickelt, angeboten und evaluiert. Beide Programme sind speziell für den Alltag im Finanzamt angepasste Kombinationen aus Elementen der Bewegung, Entspannung und Kräftigung der Muskulatur sowie verhaltenstherapeutisch erprobten kognitiven und affektiven Strategien zur Schmerzbewältigung und Verhaltensstabilisierung (Günther et al., 2012; Lehnhoff & Elke, 2010).

*Transfer des GMS:* Innerhalb der Finanzverwaltung begann in 2009 der Transfer des Gesundheitsmanagementsystems auf weitere Finanzämter. Er wird unterstützt durch die Pilotfinanzämter und mit einem Leitfaden „Einführung des GMS in sieben Schritten“, in den

Erfahrungen und Ergebnisse der Pilotphase integriert wurden. Darüber hinaus wurde der Grundstein für ein flächendeckendes Gesundheitsmanagement in der gesamten Finanzverwaltung gelegt, indem auf Ministeriumsebene die Stelle eines „Gesundheitsmanagers“ eingerichtet wurde. Die Gesundheitsbefragung wird zukünftig in die zweijährlich stattfindende Mitarbeiterbefragung integriert und liefert die Daten über die Belastungs- und Gesundheitslage in der Finanzverwaltung. Die Befragungsergebnisse stellen auf der Ministeriums- und OFD-Ebene die Entscheidungsgrundlage für die Steuerung und Fortentwicklung des GMS dar, auf der Ebene der Finanzämter fließen sie in die Aktivitäten und Verbesserungen des Gesundheitsmanagements in der Dienststelle ein.

## 5. Methoden, Zeitraum und Ergebnisse

Die ausführliche Darstellung der Methodik, Zeiträume, und Ergebnisse finden sich im Hauptbericht (Gurt, Elke & Zimolong 2011). Die Ausführungen an dieser Stelle beschränken sich auf die wichtigsten Ergebnisse der Gesamtevaluation des GMS im Rahmen der Gesundheitsbefragungen (Vergleich: Ende 2005 bis Ende 2007) und des Gesundheitsprogramms „Aktion: Gesunder Rücken“ (Vergleich: 2005 bis 2007, Nachbefragung 2009). Da eine Kontrollgruppe nicht zur Verfügung stand, handelt es sich um ein „Ein-Gruppen-Längsschnitt Design“ mit einer Zwischenmessung zur Projektmitte.

Die Gesamtergebnisse als Vorher-Nachher Vergleich im Zeitraum 2005 und 2007 sind in Tab. 2 am Ende des Berichts eingefügt. Die Ergebnisse einer Nachbefragung 2009 der Pilot- und die Erstbefragung der Transfer Finanzämter (TFA) mit einem verkürzten Fragebogen wurde in die Abb. 2,3, 5 integriert. Sämtliche Angaben beziehen sich auf die Selbstbewertungen der Mitarbeiter/innen.

### **Die Evaluation konzentriert sich auf zwei zentrale Fragen:**

- Die Wirksamkeit des Gesamtprojekts: Im Mittelpunkt steht die Frage, wie sich die psychische Gesundheitslage der Beschäftigten im Verlauf des Projekts „Gesunde Finanzverwaltung“ infolge der Interventionen in den Gestaltungsfeldern entwickelt hat.
- Der Einfluss unterschiedlicher Implementierungsstrategien der Finanzämter: Untersucht wird, wie einzelne Gestaltungsfelder und deren Kombinationen zum Gesamterfolg des Projekts beitragen.

Verbesserte Gesundheitskultur, Ressourcenzuwachs und gebremster Anstieg der Beanspruchung (Abb. 2-4): Insgesamt zeigen die Ergebnisse vielversprechende Effekte: So gelang es die Gesundheitskultur im Finanzamt über den Projektzeitraum maßgeblich zu verbessern. Sie stellt die Grundlage für die weitere Gesundheitsarbeit im Finanzamt dar. Mit überdurchschnittlichen Beteiligungsquoten an den drei Gesundheitsbefragungen in den einzelnen Finanzämtern zwischen 73,3 und 85,8% bei den Führungskräften und 52,7 und 72,9% bei den Mitarbeitern wird deutlich,

dass es gelungen ist, die Beschäftigten für das Anliegen der Gesundheitsförderung zu begeistern. Zudem zeigten sich auch auf der entsprechenden Skala Gesundheitskultur signifikant bessere Werte zum Projektende ( $M_{07} = 3,73$ ; Skala von 1 (stimmt gar nicht) bis 5 (stimmt genau), Steigerung um +7,7%). Die Anstrengungen der Organisation für die Gesundheit ihrer Beschäftigten werden von ihnen also auch wahrgenommen und befürwortet.

Die subjektiv wahrgenommene Belastungssituation der Beschäftigten hat sich im Projektverlauf hingegen weiter verschärft: Während die Umgebungsbedingungen unverändert blieben, nahmen sowohl die Einschätzung der Arbeitsanforderungen (+ 6,1%) als auch der emotionalen Anforderungen um (+ 9,3%) zu. Gleichzeitig gelang es aber die Ressourcensituation der

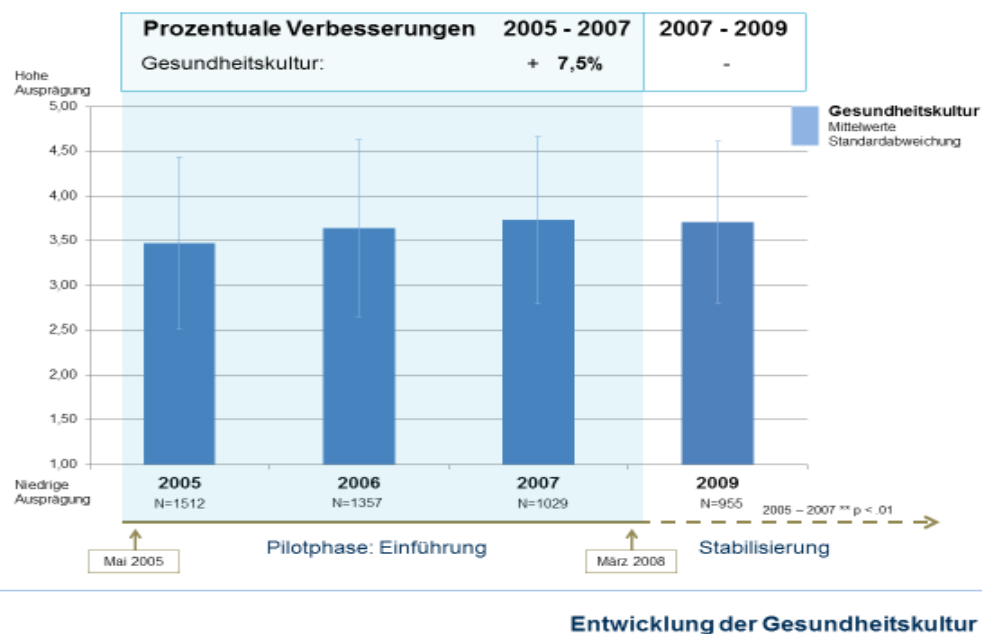
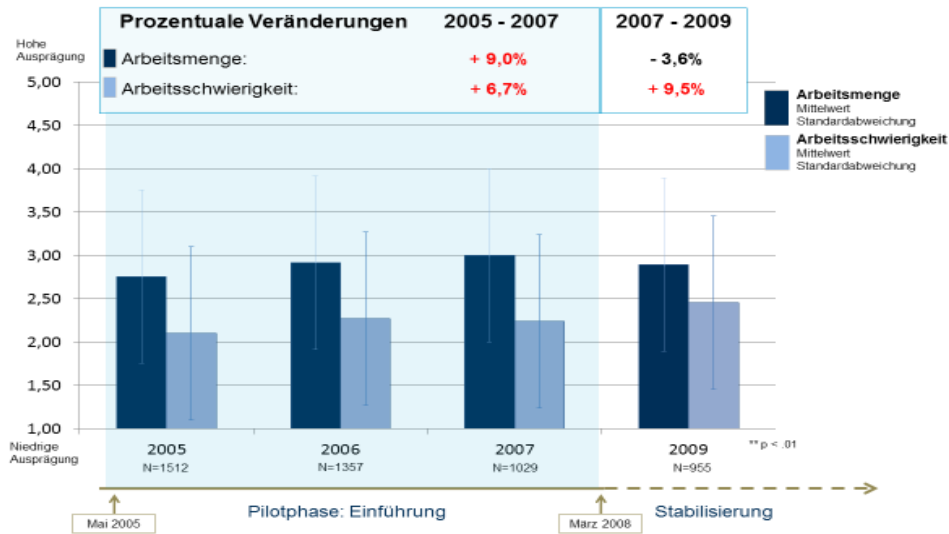


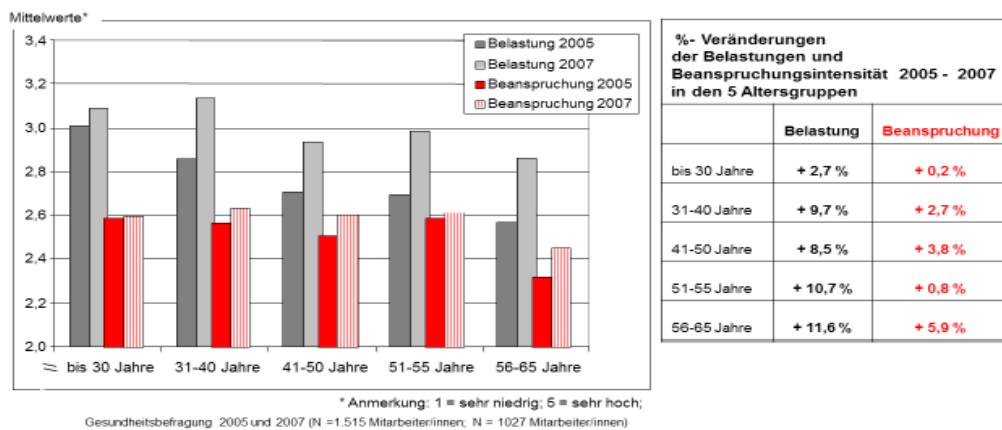
Abb. 2



INOPE

Entwicklung der Belastungen: Arbeitsmenge und Arbeitsschwierigkeit

Abb. 3



INOPE

Entwicklung der Belastungen und Beanspruchungsintensität

Abb. 4

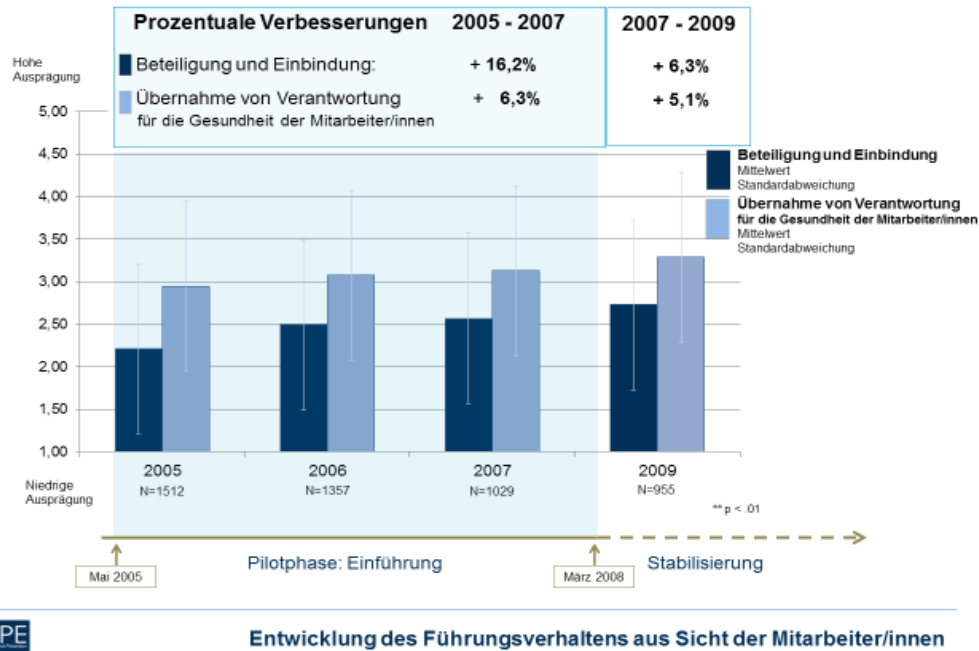


**Abb. 5**

emotionalen Anforderungen um (+ 9,3%) zu. Gleichzeitig gelang es aber die Ressourcensituation der Beschäftigten signifikant zu verbessern: So gaben die Beschäftigten zum Projektende an, besser mit Stress umgehen zu können (Zunahme der Einschätzung der Bewältigungsstrategien um + 7,9%) und über mehr Freiraum bei der Arbeit zu verfügen (Zunahme der Einschätzung des Handlungsspielraums um + 7,4%).

Besonders erfreulich sind die Ergebnisse hinsichtlich der Schlüsselressource „Führung“. Die Mitarbeiter gaben an, dass die Führungskräfte sich deutlich verantwortungsvoller für ihre Gesundheit zeigten (Zunahme der Einschätzung der Übernahme von Verantwortung um + 9,2%), sich das Informations- und Kommunikationsverhalten deutlich verbessert hat (Zunahme der Einschätzung des Informationsverhaltens um + 6,3%) und fühlten sich zudem besser durch ihre Führungskraft in Entscheidungsprozesse eingebunden (Zunahme der Einschätzung von Beteiligung und Einbindung um + 16,4%). Diese Zunahme bei den Ressourcen könnte eine Erklärung dafür sein, dass trotz der gestiegenen Belastungen aufgrund von Personalabbau, Arbeitsverdichtung und organisationalen Umstrukturierungen, bei den Gesundheitsfolgen keine signifikanten Anstiege zu verzeichnen sind. Weder die Beanspruchungsintensität noch Müdigkeit und Zerschlagenheit und Herz-Kreislauf Beschwerden weisen signifikante Veränderungen auf. Weiterführende Analysen zeigten zudem, dass bei den Rückenschmerzen eine Trendumkehr festgestellt werden konnte. Nahmen diese im ersten

Jahr noch zu (Zunahme der Einschätzung der Häufigkeit der Rückenbeschwerden um + 4,6%), so gingen sie im zweiten Jahr (nach der Durchführung des Gesundheitsprogramms) um – 3,9% zurück.

#### Verbesserung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Dienst und privat: (Tab. 1)

Sowohl die Teilnahme an finanzamtsinternen Angeboten der Gesundheitsförderung als auch die privaten sportlichen Aktivitäten nahmen im Verlauf des Projektes zu. So gaben in der Gesundheitsbefragung 2007 142 Personen ( 14%) an, seit Einführung des GMS an finanzamtsinternen Maßnahmen teilzunehmen, 221 Personen (21%) waren seitdem privat sportlich aktiv geworden. Weitere 126 konnten durch das Gesundheitsprogramm „Aktion Gesunder Rücken“ aktiviert werden, an finanzamtsinternen Maßnahmen teilzunehmen, 28 treiben seitdem zusätzlich privat Sport. Das Gesundheitsprogramm wurde insgesamt von den Beschäftigten sehr positiv angenommen, wie die erfreuliche Teilnahmequote von 48,6% belegt. Üblicherweise liegen die Quoten bei 20-30% erreichter Mitarbeiter/innen bei betrieblichen Gesundheitsprogrammen (Pelletier, 2001). Insgesamt zeigen die Evaluationsergebnisse positive Veränderungen in den drei untersuchten Zielkriterien

**Tab. 1 Entwicklung von Gesundheitsaktivitäten**



| Teilnahme an Gesundheitsaktivitäten 2005 - 2007*<br>Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stress-Management |                        |                        |                               |                        |                        |                               |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|
|                                                                                                         | Angebote des FA        |                        |                               | Angebote in Freizeit   |                        |                               | Keine Teilnahme        |
|                                                                                                         | 2005<br>% Häufigkeiten | 2007<br>% Häufigkeiten | Änderung<br>2005-2007<br>in % | 2005<br>% Häufigkeiten | 2007<br>% Häufigkeiten | Änderung<br>2005-2007<br>in % | 2007<br>% Häufigkeiten |
| Männer<br>N = 345                                                                                       | 4,9%                   | 24,4%                  | 394,1                         | 50,7%                  | 69,6%                  | 37,1                          | 24,6%                  |
| Frauen<br>N = 684                                                                                       | 4,7%                   | 32,6%                  | 596,9                         | 48,7%                  | 75,6%                  | 55,3                          | 19,3%                  |
| <b>Gesamt<br/>N = 1029</b>                                                                              | <b>4,8%</b>            | <b>29,8%</b>           | <b>526,5</b>                  | <b>49,4%</b>           | <b>73,6%</b>           | <b>49,0</b>                   | <b>21,09%</b>          |

\*Gesundheitsbefragung 2007; N = 1029

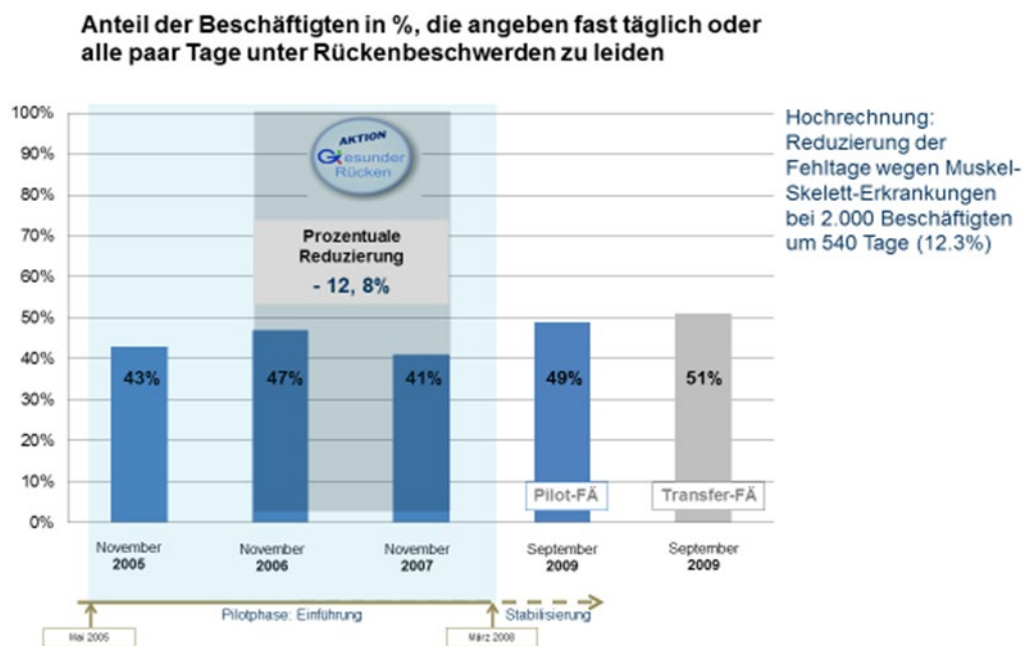
Frauen beteiligen sich am Ende der Pilotphase  
mehr an Gesundheitsaktivitäten in der Dienststelle **und** in der Freizeit!



„Gesundheitsförderliche Aktivitäten“, „Psychologische Variablen“ und „Rückenschmerzvariablen“. Bei den Teilnehmenden am Rückenprogramm nahmen sowohl Sporthäufigkeit als auch Sportdauer signifikant zu; die regelmäßigen Aktivitäten stiegen um 11 %.

**Rückengesundheit (Abb.6):** Sie verbesserte sich signifikant im Erhebungszeitraum 2006/2007. Die Häufigkeit der selbst berichteten Muskelskelettbeschwerden nahm ab (- 3,9%), ebenso ihre Intensität (- 5,5%) und die dadurch resultierenden Beeinträchtigungen (- 8,4%). Auch hinsichtlich psychologischer Risikofaktoren zeigten sich moderate Verbesserungen. Vor allem beim Umgang mit den Schmerzen, einem bedeutenden Prädiktor für zukünftige Rückenschmerzen, zeigten sich positive Veränderungen (Rückgang des Katastrophisierens um - 13%). Rechnet man von der Reduzierung der Beschwerden auf die MSE- bedingte Fehltage hoch, so konnte durch das Gesundheitsprogramm ein Rückgang durch MSE- bedingten Fehltagen um 12,3% erreicht werden. Für die 9 Pilotfinanzämter bedeutet das eine jährliche Reduktion der Fehltage um 540 Tage (Schwennen et al., 2010). Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass sich Gesundheitsförderung auch aus finanzieller Perspektive für den Arbeitgeber direkt rechnet (Sockoll, Kramer & Bödeker, 2008).

In der Nachbefragung 2009 konnte diese positive Entwicklung jedoch nicht aufrechterhalten werden. Zwar lagen die Werte der Pilotfinanzämter weiterhin unter denen der neu hinzugekommenen



Häufigkeit von nahezu täglichen Rückenbeschwerden

**Abb. 6: Entwicklung der Rückenbeschwerden**

Transferfinanzämter; im Vergleich zu 2006 befanden sich die Beschwerden jedoch auf einem höheren Niveau als zu Beginn des Rückenprogramms im Jahr 2007.

## 6. Exkurs Rückengesundheit

Rückenschmerzen sind multifaktoriell bedingt. Neben biomechanischen Belastungen spielen psychosoziale Arbeitsbedingungen eine Rolle. Die Forschung der vergangenen Jahre erweiterte den vornehmlich ergonomischen Blick hin zum Arbeitssystem mit seinen psychosozialen Belastungen und Ressourcen. Eine frühere Auswertung systematischer Reviews und Metaanalysen zur beruflichen Prävention von muskuloskelettalen Beschwerden (MSB) zeigte bereits diese Entwicklung an (Zimolong, 2018).

Die Ergebnisse von systematischen Reviews der letzten fünf Jahre konnten weitere Bedingungen für das Auftreten und die Chronifizierung von Rückenschmerzen klären. Das systematische Review von Bezzina et al. (2023), das 47 Längsschnittstudien einbezog, zeigt Zusammenhänge zwischen psychosozialen Arbeitsfaktoren wie Arbeitsanforderungen, sozialer Unterstützung, Kooperation und Handlungsspielraum und dem Risiko muskuloskelettaler Beschwerden auf. Rückenschmerzen gehören dabei zu den häufig untersuchten Symptomen. Auch die Übersicht von Taibi et al. (2021) kommt zu einer starken Evidenz für hohe Arbeitsanforderungen, Job Strain, Effort-Reward-Imbalance und geringe soziale Unterstützung als Risikofaktoren. Insgesamt spricht die aktuelle Evidenz dafür, dass ungünstige psychosoziale Arbeitsbedingungen das Risiko muskuloskelettaler Beschwerden erhöhen und damit auch zur Entstehung oder Aufrechterhaltung von Rückenschmerzen beitragen können.

Für chronische Rückenschmerzen als isoliertes Krankheitsbild ist die Evidenz dagegen weniger eindeutig. Die Metaanalyse von Jahn et al. (2024) fand über verschiedene psychosoziale Belastungsbereiche hinweg keine klaren Zusammenhänge; die Odds Ratios lagen vielfach nahe 1,0 und die Evidenz wurde als sehr niedrig eingestuft.

Ein wesentlicher Befund ist, dass psychosoziale Arbeitsbedingungen nicht als einfache direkte Ursache von Rückenschmerzen wirken. Vielmehr sprechen die vorliegenden Untersuchungen für einen indirekten beziehungsweise vermittelten Zusammenhang entsprechend dem Anforderungs-Ressourcen Ansatz (Bakker et al., 2005). Ressourcen wie Qualifikation, Erholungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung, gesundheitliche Führung, Möglichkeiten zur Beteiligung, betriebliche Präventionspraktiken und das Gesundheitsklima der Organisation können danach gemeinsam beeinflussen, ob sich psychosoziale Belastungen zu gesundheitlichen Beschwerden entwickeln. Auch das Sicherheits- und Gesundheitsklima spielt eine wichtige Rolle. Studien zeigen, dass ein günstiges Klima mit weniger MSB verbunden sein kann. Gleichzeitig sind viele dieser Studien querschnittlich angelegt, sodass daraus keine eindeutigen Kausalaussagen abgeleitet werden können.

## **Wirksamkeit ergonomischer und psychosozialer Bürointerventionen**

Studien aus diesem Bereich zeigen, dass rein physische oder verhältnisbezogene ergonomische Maßnahmen primär muskuloskelettale Beschwerden reduzieren, während psychosoziale und organisationale Interventionen auf Stress, mentale Belastungen und das Wohlbefinden abzielen (Martínez Álvarez, 2025).

Ergonomische Arbeitsplatzanpassungen wie höhenverstellbare Tische oder optimierte Stühle reduzieren biomechanische Risiken und körperliche Beschwerden. Eine Metaanalyse über 24 randomisierte kontrollierte Studien belegt eine signifikante Senkung von Rückenschmerzen mit einer Odds Ratio von 0,53 gegenüber Kontrollgruppen (Santos et al., 2025). Dagegen erweisen sich rein organisationale Anpassungen wie Aufgabenrotation oder Arbeitsanreicherung als unzureichend, um physische Belastungen am Bildschirmarbeitsplatz messbar zu senken (Safarian & Rahmati-Najarkolaei, 2018).

Psychosoziale Interventionen setzen an der Arbeitsorganisation, Handlungsspielräumen, der Kommunikations- und Gesundheitskultur an, um Stressreaktionen direkt abzumildern. Ein umfassender Überblick systematischer Reviews zeigt eine hohe Evidenzqualität dafür, dass psychosoziale Interventionen insbesondere Stress und Burnout-Symptome wirksam senken (Aust et al., 2023). **Die Evidenz für die Wirksamkeit** gezielter psychosozialer bzw. arbeitsorganisatorischer Interventionen zur Reduktion von MSD ist dagegen deutlich schwächer (Taibi et al., 2021; Stock et al., 2017). Ergonomische Interventionen bilden das wirksamste Instrument zur Verringerung körperlicher Schmerzen, greifen bei mentaler Erschöpfung jedoch zu kurz.

Die getrennte Betrachtung beider Interventionsarten verbietet sich im Büroalltag, da physische Belastung und psychosozialer Stress eng interagieren (Choobineh et al., 2011). Für wirksame Effekte im Büro erweisen sich partizipative Multikomponenten-Programme, die physische Anpassungen mit organisationaler Unterstützung verzahnen, als effektiv. Sie kombinieren Ergonomie, körperliche Aktivität und partizipative Problemlösung. Derartige Programme verringern Fehlzeiten, reduzieren MSD und steigern die Produktivität im Schnitt um 2 bis 3 Prozent (Martínez Álvarez, 2025; Adebiyi et al., 2025). Partizipative Ergonomie bindet Beschäftigte aktiv in Prozessanalysen ein und mindert Schmerzwahrnehmung sowie Arbeitsausfälle nachhaltiger als passive Schulungen (Krishnanmoorthy et al., 2025). Die Kombination aus Arbeitsplatzoptimierung und zielgerichteter Bewegung senkt signifikant arbeitsbezogenen Präsentismus und monetäre Produktivitätsverluste (Pereira et al., 2018).

## 7. Implementierungsgrad und -strategie in den Pilotfinanzämtern

**Fragestellung.** Untersucht wurde, welchen Einfluss unterschiedliche Implementierungsstrategien der Finanzämter auf den Projekterfolg hatten. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, wie einzelne Gestaltungsfelder und deren Kombinationen zum Gesamterfolg des Gesundheitsmanagements beitragen.

**Ausgangspunkt und Vorgehen.** Ein Grundprinzip des Gesundheitsmanagements ist die passgenaue Anpassung an den jeweiligen organisationalen Kontext. Daher setzten die einzelnen Pilotfinanzämter das Gesundheitsmanagement in vielen Bereichen eigenverantwortlich um. Die Projektleitung gab verbindliche Kernelemente vor, darunter die Einrichtung eines lokalen Steuerungsteams, die Einbindung der Sachgebietsleitungen sowie Indikatoren zur Erfolgsmessung. Innerhalb dieses Rahmens konnten die Finanzämter eigene Schwerpunkte in den Gestaltungsfeldern setzen und ihre Implementierungsstrategie selbst wählen.

**Tabelle 2a: Die Ergebnisse aus den Handlungsfeldern des BGM im Vorher-Nachher Vergleich 2005 / 2007 und in der Nachuntersuchung 2009.**

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisationale Indikatoren der Gesundheitslage und Eigenverantwortung | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stabilisierung der Beanspruchungsfolgen trotz Zunahme der Belastungen (+1,2%): Reduzierung der Beanspruchungsintensität (-2,5%), Müdigkeit und Zerschlagenheit (-2,5%)</li><li>• Deutlicher Rückgang der rückenschmerzbedingten Fehltag um 12,3%, jedoch im Jahr 2009 Wiederanstieg auf Ausgangsniveau</li><li>• Hohe freiwillige Beteiligung an Befragungen zur Gesundheitslage (66,0%), an Vorsorgeuntersuchungen (49,7%) und empfohlenen Präventionsangeboten zur Rückengesundheit (25,9%)</li></ul> |
| Organisationale Ressourcen                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe verankert: Vorgesetzte übernehmen mehr Verantwortung (+9,2%), informieren umfassender (+6,3%) und beteiligen Beschäftigte stärker an Planung und Umsetzung (+16,2%; 2009: +5,1% bzw. +6,3%).</li><li>• Soziale Unterstützung bleibt hoch (Skalenwert 3,72 auf fünfstufiger Skala) und verändert sich nicht.</li><li>• Autonomie der Beschäftigten erweitert um 7,4%.</li></ul>                                                                                 |
| Gesundheitskultur                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Das private Thema „Gesundheitsförderung“ wird zur dienstlichen Aufgabe.</li><li>• Sensibilisierung der Beschäftigten und verbesserte Kommunikation über Gesundheit im Finanzamt.</li><li>• Systematisierung und Controlling der Präventionsangebote; Verbesserung der Gesundheitskultur um 7,5%, im Follow-up bis 2009 stabil.</li></ul>                                                                                                                                                                |

**Tabelle 2b: Psychische Gesundheitsressourcen und Gesundheit im Vorher-Nachher-Vergleich 2005/2007 sowie in der Nachuntersuchung 2009.**

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psychische Gesundheitsressourcen der Beschäftigten | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zunahme der Bewältigungsstrategien der Beschäftigten im Umgang mit Stress um 7,9%</li> <li>– Stärkung des Gesundheitsverhaltens der Beschäftigten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl von Personen, die seit Einführung des GMS zusätzlich private präventive Aktivitäten wahrnehmen + 23,4%</li> <li>○ Zunahme der Teilnehmerzahlen an Präventionsangeboten der Finanzämter (+ 36% der Beschäftigten)</li> </ul> </li> <li>– Selbstverantwortung und Eigeninitiative auf gutem Niveau (Skalenwert 3,4 auf fünfstufiger Skala in 2007)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| Psychische Gesundheit der Beschäftigten            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stabilisierung der Zufriedenheit mit der Gesundheit auf überdurchschnittliches Niveau (3,25 auf fünfstufiger Skala in 2007) trotz deutlich verschlechterter Zufriedenheit mit der Arbeit (Reduzierung um 9,1%, Skalenwert 3,05 auf fünfstufiger Skala)</li> <li>– Stabilisierung der Beanspruchungsfolgen trotz Zunahme der Belastungen (+ 1,2%): Reduzierung der Beanspruchungsintensität (- 2,5%), Müdigkeit und Zerschlagenheit (-2,5%).</li> <li>– Nur kurzzeitige Trendumkehr bei Muskel-Skelett Beschwerden: Signifikanter Rückgang der Häufigkeit (-3,9%), Schmerzstärke (-5,5%), Arbeitsbeeinträchtigung (-8,4%) durch Rückenschmerzen nach dem Gesundheitsprogramm 2007; danach Ausgangsniveau 2006 überschritten, jedoch unter den Werten der Kontrollgruppe Transfer FA</li> </ul> |

**Auswertung.** Grundlage der Evaluation waren zwölf Berichte, in denen Maßnahmen und Vorgehensweisen der Finanzämter dokumentiert waren. Diese wurden mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und zu Kennzahlen verdichtet. Der Implementierungsgrad wurde für jedes Gestaltungsfeld in drei Kategorien eingeteilt: „kaum implementiert“, „teilweise implementiert“ und „weitgehend implementiert“.

**Einfluss von Implementierungsgrad und -strategie.** Die Ergebnisse zeigen, dass Implementierungsgrad und Implementierungsstrategie vor allem für die Entwicklung der Gesundheitskultur nachweisbar bedeutsam waren. Besonders deutlich unterschieden sich erfolgreiche von weniger erfolgreichen Finanzämtern darin, wie sie vorhandene Strukturen einführten und nutzten.

**Bedeutung lokaler Steuerungsteams.** Zwar wurden in allen Finanzämtern lokale Steuerungsteams eingerichtet. Entscheidend scheint jedoch gewesen zu sein, wie intensiv und kontinuierlich diese Teams über den Projektverlauf hinweg arbeiteten. Gerade diese Kontinuität dürfte wesentlich dazu beigetragen haben, dass sich eine positive Gesundheitskultur entwickeln konnte.

**Zusammenspiel von Struktur und Kultur.** Dieses Ergebnis entspricht der Annahme, dass Organisationsstrukturen nicht nur formale Rahmenbedingungen darstellen, sondern zugleich die Kultur einer Organisation sichtbar machen und prägen. Struktur und Kultur ergänzen sich damit wechselseitig (Elke, 2001).

**Schlüsselrolle der obersten Leitung.** Eine besondere Bedeutung kommt dem Vorsteher zu. Als Vorsitzender des lokalen Steuerungsteams beeinflusst er dessen Arbeit maßgeblich. Darüber hinaus zeigte die Analyse, dass ein partizipatives Vorgehen des Vorstehers positiv mit der Entwicklung der Gesundheitskultur zusammenhing.

**Führungskräfte als Vermittler der Gesundheitskultur.** Finanzämter, in denen die Sachgebietsleitungen ein beteiligungsorientiertes Vorgehen des Vorstehers berichteten, erzielten deutlich stärkere Zugewinne in der Gesundheitskultur. Wichtig ist zu erwähnen, dass sich die Beteiligung und Einbindung an dieser Stelle auf die Führungskräfte bezieht, die Gesundheitskultur hingegen von den Mitarbeitern eingeschätzt wurde. Das ist ein Hinweis darauf, dass der Einfluss des Vorstehers vor allem über die Führungskräfte vermittelt wird.

Für den Kulturaspekt „Gesundheit“ sind damit vor allem die direkten Führungskräfte zentrale Promotoren. Vergleichbare Befunde wurden auch für andere organisationale Kulturaspekte wie Dienstleistungsorientierung oder Sicherheitsverhalten beschrieben (z. B. Zohar & Tenne-Gazit, 2008; Zohar & Luria, 2005). Wurden die Sachgebietsleitungen vom Vorsteher in die Umsetzung der Strategie einbezogen, wurde dies offenbar auch für die Beschäftigten spürbar. Diese stärkere Einbindung schlug sich in deutlicheren Veränderungen der Gesundheitskultur nieder.

**Die Rolle des Controllings** war in den Finanzämtern umstritten. Dazu zählten insbesondere anonymisierte Gesundheitsbefragungen mit dem FAGS, die Erfassung der Beteiligung an Gesundheitsaktivitäten sowie freiwillige Angaben zum Krankenstand. Entgegen den Erwartungen stieg die Gesundheitskultur in den Finanzämtern mit dem geringsten Implementierungsgrad struktureller Vorgaben am stärksten an; in den beiden anderen Gruppen fiel der Anstieg moderater aus (Abb. 7). Eine mögliche Erklärung ist, dass Gesundheits-Controlling über Kennzahlen ohne ausreichende Beteiligung Vertrauen beeinträchtigen und sich dadurch negativ auf die wahrgenommene Gesundheitskultur auswirken kann. Zugleich zeigen die Daten, dass ein partizipatives Vorgehen der Leitung bei der Einführung struktureller Vorgaben mit besonders hohen Werten der Gesundheitskultur verbunden ist (Abb. 8).

**Tab.3 Implementierungsgrad und -strategie in den Pilotfinanzämtern**

| Gestaltungsfelder//Strategie                              | Indikatoren                                                                                                                                                                                                                            | Implementierungsgrad im Finanzamt* |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                        | 1                                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Strukturen                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formale Besetzung des LST</li> <li>Aktivitätslevel des LST (Zunahme/Abnahme/Niveau)</li> </ul>                                                                                                  | 3                                  | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| IuK-Management                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Summe der IuK-Strategien</li> <li>Anzahl der Aktionen und Maßnahmen (Fragen zum Projektende hin stärker gewichtet)</li> <li>Kenntnis und Nutzung des Intranets durch die Mitarbeiter</li> </ul> | 3                                  | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Personalmanagement und Führung                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensität der Einbeziehung und Fokussierung der SGL</li> <li>Maßnahmen zur Qualifizierung der SGL</li> <li>KO-Kriterium: SGL als Mittel zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit</li> </ul>       | 3                                  | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Controlling                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschäftigung mit Indikatoren zur Erfolgsmessung</li> <li>Art der Nutzung der Gesundheitsquote</li> </ul>                                                                                       | 3                                  | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Arbeitsgestaltung                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Maßnahmen im Bereich Arbeitsgestaltung</li> <li>Erhebung von Indikatoren</li> <li>SGL einbezogen und verantwortlich (Fragen zum Projektende hin stärker gewichtet)</li> </ul>        | 1                                  | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| gesundheitsbezogene Maßnahmen und Aktivitäten             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Angebote 2006, 2007, 2008</li> <li>Kontinuität des Angebots</li> <li>Vielfalt des Angebots</li> </ul>                                                                                | 3                                  | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Partizipatives Vorgehen                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Partizipation und Einbindung als Strategie genannt</li> <li>Bottom-up Feedback zur Gesundheitsbefragung berichtet</li> </ul>                                                                    | 3                                  | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 |
| Formale Einbeziehung der SGL in Implementierungsstrategie | <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie intensiv wurden die SGL in das Projekt und verschiedene Maßnahmen eingebunden? Summe der "ja"-Antworten</li> </ul>                                                                          | 2                                  | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Partizipatives Vorgehen und Commitment des Vorstehers     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Einschätzung des Vorsteherverhaltens durch die SGL in der Gesundheitsbefragung</li> </ul>                                                                                                       | 3                                  | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |

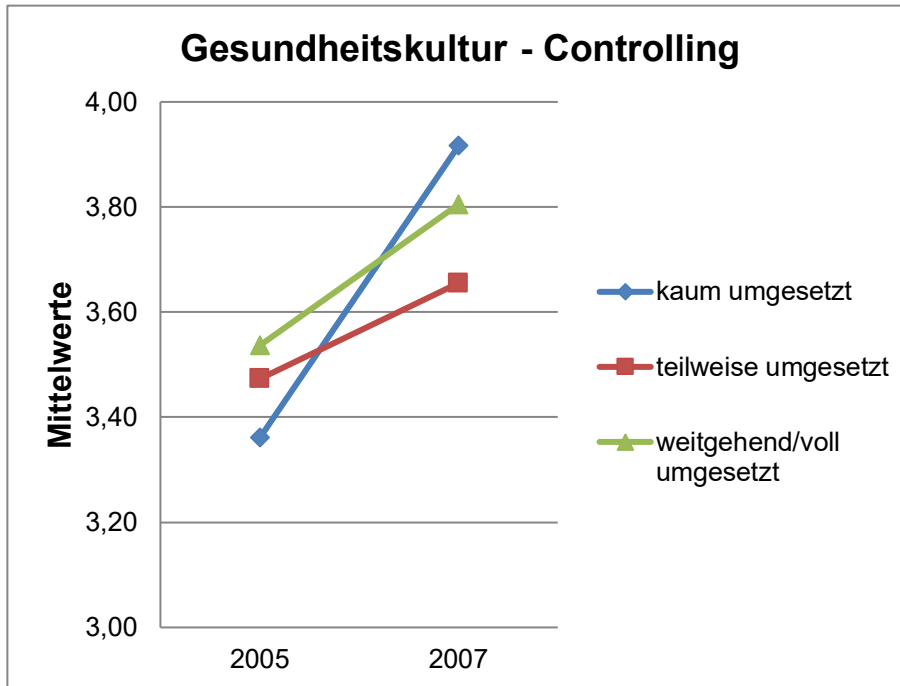


**Abb. 7** Auswirkung des Implementierungsgrads im Bereich Controlling auf das Zielkriterium Gesundheitskultur

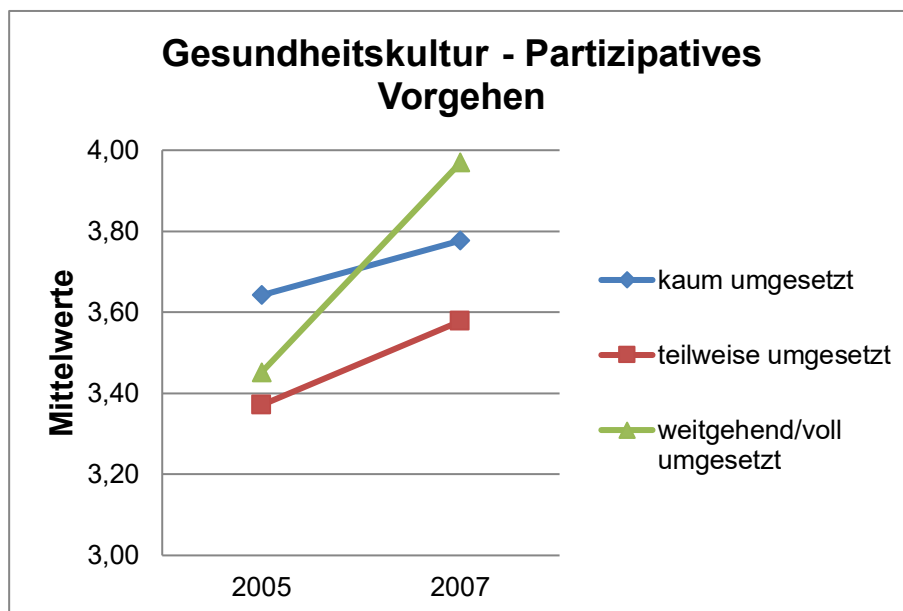


**Abb. 8** Auswirkung der Implementierungsstrategie „Partizipatives Vorgehen der Leitung“ auf das Zielkriterium Gesundheitskultur

## 8. Fazit

Abschließend stellt sich die Frage nach der Nachhaltigkeit der im INOPE-Projekt erzielten Veränderungen. Zwei Jahre nach Projektende sprechen folgende Indikatoren für eine Verstetigung des Gesundheitsmanagements:

- Alle Pilotfinanzämter führten die Gesundheitsarbeit in lokalen Steuerungsteams fort.
- Das Zentrale Steuerungsteam blieb als jährliches Forum für Vernetzung, Erfahrungsaustausch und koordinierte Maßnahmen bestehen.
- Die Oberfinanzdirektion übertrug das Gesundheitsmanagement auf weitere Finanzämter; die Pilotämter unterstützten den Transfer im Patensystem.
- Die Oberfinanzdirektion richtete auf Mittelbehördenebene die Stelle eines Gesundheitsmanagers ein. Dieser leitet das „Team Gesundheit“ und koordiniert Weiterentwicklung, Transfer und Abstimmung mit dem Finanzministerium.
- Das Finanzministerium beauftragte erstmals einen Referenten für Gesundheitsmanagement, der die Aktivitäten der Oberfinanzdirektion koordiniert.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein zentrales Ziel des Gesundheitsmanagements erreicht wurde: Die Förderung der Gesundheit wurde dauerhaft in der Organisation verankert und damit eine Grundlage für Kontinuität und Nachhaltigkeit geschaffen. Durch die Übernahme zentraler Elemente der Gesundheitsbefragung in die regelmäßige Mitarbeiterbefragung bleibt zudem eine kontinuierliche Evaluation möglich. So können auch künftig Bedarfe erkannt und Entwicklungen systematisch verfolgt werden.

Die Reduzierung der Rückenbeschwerden gelang nur kurzfristig, Zwar stiegen die persönlichen Vorsorgeaktivitäten an und blieben auf hohem Niveau, für eine dauerhafte Verbesserung scheinen die Maßnahmen in den Finanzämtern nicht ausreichend zu sein. Aus internationalen Präventionsstudien bei Büroangestellten ist bekannt, dass Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität sowie für die Kombination von körperlicher Aktivität mit ergonomischen Interventionen nur geringe präventive Effekte auf das Auftreten von Rückenschmerzen zeigen (Eisele-Metzger et al., 2023). Arbeitsplatzbezogene Interventionen bei Beschäftigten mit unspezifischen Rückenschmerzen haben zwar insgesamt günstige Effekte auf die Schmerzintensität und die funktionellen Beeinträchtigungen. Hinsichtlich der Dauer bzw. Häufigkeit krankheitsbedingter Fehlzeiten sind die Effekte dagegen gering und weniger konsistent. Dies deutet darauf hin, dass Verbesserungen der individuellen Beschwerden nicht zwangsläufig in gleichem Maße zu einer Reduktion der Fehlzeiten führen müssen (Russo et al., 2021). Im INOPE Projekt waren die Maßnahmen aber langfristig in ein Managementsystem eingebettet, das hinsichtlich der Verstetigung von Strukturen, Arbeitsgestaltung, Führung und Beteiligung gemessen an der Entwicklung der Gesundheitskultur sehr erfolgreich war.

### **Exkurs: Literatur Recherche mit Consensus Deep Search (25.9.2026)**

Aus der Suche und Zusammenfassung mit dem Prompt „Längsschnitt Studien Mehrebenen- Interventionen zur Reduzierung muskuloskelettaler Beschwerden im Büro“ geht hervor, dass Mehrkomponentenprogramme, die physische Anpassungen mit einer aktiven Verhaltenskomponente verbinden, meist bessere Ergebnisse erzielen als Einzelmaßnahmen (u.a. Gaunekar, 2025). Dies zeigt sich auch in Studien zu Büroarbeitsplätzen. Kombinationen aus ergonomischer Schulung und anpassbarer Büroausstattung führten dort zu stärkeren Rückgängen der Symptome, Beschwerden und ergonomischen Risiken als Training allein oder andere Kontrollbedingungen (u. a. Robertson et al. 2009; Gaunekar, 2025).

Beschwerden lassen sich demnach besonders zuverlässig reduzieren, wenn Interventionen unmittelbar an den identifizierten physischen Belastungen ansetzen und zugleich die Beschäftigten dazu befähigen, die Veränderungen im Arbeitsalltag tatsächlich zu nutzen. Eine vergleichsweise starke Evidenzbasis findet sich insbesondere in der Trainings- und Übungsliteratur, vor allem für Nacken- und Schulterbeschwerden (López-Rodríguez et al., 2026). Gleichzeitig bestehen deutliche methodische Einschränkungen: Follow-up-Zeiträume sind häufig zu kurz, weil erzielte Effekte ohne zusätzliche Verstärkung oder Unterstützung wieder nachlassen können (Cardoso et al., 2025). Hinzu kommen teilweise kleine Stichproben, hohe Bias-Risiken sowie die bislang selten isolierte Untersuchung organisatorischer Maßnahmen (López Rodríguez et al., 2026; Cardoso et al., 2023).

Auch Mehrebenen-Interventionen im Büro reduzieren muskuloskelettale Beschwerden (MSE), wobei die einzelnen Komponenten nicht gleichermaßen gut untersucht und wirksam sind. Am besten belegt sind Programme, die Arbeitsplatzanpassungen, aktive ergonomische Schulung oder Übungen sowie organisatorische Unterstützung miteinander verbinden (Heidarimoghadam et al., 2023; Grana et al., 2024).

Die organisatorische Ebene ist dagegen bislang deutlich schwächer untersucht worden. Reviews berichten wiederholt, dass nur wenige randomisierte Studien Arbeitsorganisation, Führung, Pausenregelungen, Handlungsspielräume, Arbeitstempo oder soziale Unterstützung als primäre Interventionsziele im Büro untersuchten. Dies steht im Kontrast zu Beobachtungsstudien, die vielfältig auf die Relevanz dieser Faktoren für muskuloskelettale Beschwerden hinweisen (Aust et al., 2024; Santos et al., 2024).

Eine weitere Forschungslücke betrifft die Nachhaltigkeit der Interventionseffekte. Mehrere Studien berichten zunächst über Verbesserungen, die sich in späteren Follow-ups ohne zusätzliche Verstärkung, Unterstützung oder Monitoring wieder abschwächen können. Untersuchungen zur strukturellen Verankerung von Präventionsmaßnahmen auf höheren Organisationsebenen, wie etwa im INOPE-Projekt, liegen bislang überwiegend in Form von Beobachtungsstudien vor (Shariat et al., 2018).

Eine dritte Forschungslücke betrifft hybride Arbeitsformen und Home-Office. Die Evidenz hierzu basiert bislang überwiegend auf Protokoll- und Querschnittsstudien, obwohl dieser Arbeitskontext inzwischen eine zentrale Bedeutung besitzt (Parés-Salomón, 2026). Damit stellt sich insbesondere die Frage, welche Mehrebenen-Interventionen unter Bedingungen hybrider Arbeit und im Home-Office wirksam und nachhaltig sind. Die Arbeitswelt verlagert sich zunehmend in Richtung hybrider Arbeitsformen, während belastbare Interventionsdaten für diese Settings noch weitgehend fehlen.

## Literaturverzeichnis

- Adebiyi, A. R., Sekhon-Atwal, A. A., Davis, E., Hansen, B. R., Baker, D., & D'Aoust, R. F. (2025). Combined Ergonomic and Physical Activity Interventions for Preventing Work-Related Musculoskeletal Disorders: An Integrated Review. *Workplace Health & Safety*, 74, 176 - 188. <https://doi.org/10.1177/21650799251377465>
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296–320. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-15.5.296>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 978-1-55542-028-4.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Aust, B., Møller, J. L., Nordentoft, M., Frydendall, K. B., Bengtsen, E., Jensen, A. B., Garde, A. H., Kompier, M., Semmer, N., Rugulies, R., & Jaspers, S. (2023). How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49, 315 - 329. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4097>
- Aust, B. & Ducki, A. (2004). Comprehensive health promotion interventions at the workplace: Experiences with health circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 258–270. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.9.3.258>
- Aust, B., Leduc, C., Cresswell-Smith, J., O'Brien, C., Rugulies, R., Leduc, M., Ni Dhalaigh, D., Dushaj, A., Fanaj, N., Guinart, D., Maxwell, M., Reich, H., Ross, V., Sadath, A., Schnitzspahn, K., Tóth, M. D., van Audenhove, C., van Weeghel, J., Wahlbeck, K., Arensman, E., & Greiner, B. A. (2024). The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 97, 485–522. <https://doi.org/10.1007/s00420-024-02065-z>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
- Bezzina, A., Austin, E., Nguyen, H., & James, C. (2023). Workplace psychosocial factors and their association with musculoskeletal disorders: A systematic review of longitudinal studies. *Workplace Health & Safety*, 71(12), 578–588. <https://doi.org/10.1177/21650799231193578>
- Cardoso, B., Mateus, C., Magalhães, R., & Rodrigues, M. A. (2025). Ergonomic intervention program for office workers: A case study about its effect in computer vision syndrome and musculoskeletal discomfort. *Ergonomics*, 68(1), 51–62. <https://doi.org/10.1080/00140139.2023.2288543>
- Choobineh, A., Motamedzade, M., Kazemi, M., Moghimbeigi, A., & Pahlavian, A. H. (2011). The impact of ergonomics intervention on psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among office workers. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41, 671-676. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2011.08.007>
- Eisele-Metzger, A., Schoser, D. S., Klein, M. D., Grummich, K., Schwarzer, G., Schwingshackl, L., Hermann, R., Biallas, B., Wilke, C., Meerpohl, J. J., & Braun, C. (2023). Interventions for preventing back pain among office workers – A systematic review and network meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(1), 5–22. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4070>
- Elke, G. (2001). Sicherheits- und Gesundheitskultur. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler. ISBN 978-3-409-11736-4.
- Gaunekar, P. (2025). Systematic Review: Ergonomic Interventions For Reducing Musculoskeletal Disorders in Office Workers. *International Journal for Multidisciplinary Research*. <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2025.v07i06.62905>
- Gonzalez-Mulé, E., Kim, M. (M.), & Ryu, J. W. (2021). A meta-analytic test of multiplicative and additive models of job demands, resources, and stress. *Journal of Applied Psychology*, 106(9), 1391–1411. <https://doi.org/10.1037/apl0000840>

- Grana, E., Galanis, P., Velonakis, E., Tziaferi, S., & Sourtzi, P. (2024). Investigating the effectiveness of a workplace musculoskeletal disorders management program. *Healthcare*, 12(18), 1815. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181815>
- Günther, G., Lehnhoff, B., Elke, G., & Zimolong, B. (2012). Evaluation eines Verhaltensprogramms zur Prävention chronischer Rückenschmerzen im Verwaltungskontext. In G. Athanassiou, S. Schreiber-Costa & O. Sträter (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit: 17. Workshop Gesundheit und Arbeitssicherheit 2012*. Kröning: Asanger.
- Gurt, J., Zimolong, B. & Elke, G. (2009). Innovationen in der Finanzverwaltung im Rahmen der Einführung eines Gesundheitsmanagementsystems. In Institut für Technik der Betriebsführung (Hrsg.), *Innovation und Prävention – Beiträge der Projekte aus der Fokusgruppe Betriebliches Innovationsmanagement* (S. 75–88). München: Rainer Hampp. ISBN 978-3-86618-417-6.
- Gurt, J. (2010). Macht das Top-Management den Unterschied? – Eine Multi-Level-Studie zum Zusammenhang zwischen Gesundheitsklima und Führungsverhalten. In R. Trimpop, G. Gericke & J. Lau (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit: Sicher bei der Arbeit und unterwegs – wirksame Ansätze und neue Wege* (S. 169-172). Kröning: Asanger Verlag.
- Gurt, J., Uhle, T. & Schwennen, C. (2010). Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – Betriebliche Gesundheitsförderung. In W. Sarges & H. Wottawa (Hrsg.), *Handbuch wirtschaftlicher Testverfahren* (S. 45–54). Lengerich: Pabst. ISBN 978-3-89967-568-9.
- Gurt, J., Elke, G. & Zimolong, B. (2011). Gesundheitsmanagement in der Finanzverwaltung. Das Bochumer Modell: Gesundheitsförderung und Prävention durch integrierte Netzwerk-, Organisations- und Personalentwicklung INOPE. In B. Zimolong (Hrsg.), *Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie* (Nr. 27). Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Gurt, J., Schwennen, C. & Elke, G. (2011). Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being? *Work & Stress*, 25(2), 108–127. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.595947>
- Heidarimoghadam, R., Mohammadfam, I., Babamiri, M., Soltanian, A. R., Khotanlou, H., & Sohrabi, M. S. (2023). Can ergonomic interventions in knowledge-based companies improve musculoskeletal disorders, alter job contents, or increase quality of work-life and productivity? A quasi-randomized control trial. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 12(3), 175–186. <https://doi.org/10.61186/johe.12.3.175>
- Jahn, A., Andersen, J. H., Seidler, A., Christiansen, D. H., & Dalbøge, A. (2024). Occupational psychosocial exposures and chronic low-back pain: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50(5), 329–340. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4165>
- Lehnhoff, B. & Elke, G. (2010). Rückhalt für den Alltag – in 7 Schritten: Ein Kurzprogramm zur Förderung der Rückengesundheit und des psychischen Wohlbefindens. *ErgoMed*, 34(2), 52–59.
- López-Rodríguez, J., Prieto Prieto, J., Moreno Pascual, C., & Mateos Martín, E. (2026). Workplace exercise program characteristics associated with musculoskeletal pain reduction in sedentary workers: A systematic review. *Retos*, 82, 685–700. <https://doi.org/10.47197/retos.v82.119776>
- Lühmann, D. & Zimolong, B. (2007). Prävention von Rückenerkrankungen in der Arbeitswelt. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung* (S. 63–80). Berlin/Heidelberg: Springer. ISBN 978-3-540-34367-7. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-34368-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-540-34368-4_4)
- Martínez Álvarez, L. A., Galarza Iglesias, A. M., Joaquín Galindo, S. L., Rosales Fernández, M. L., Peláez Montoya, M., & Martínez Oropesa, C. (2025). Ergonomic interventions and their effects on worker performance: A systematic review. *Journal of Hunan University Natural Sciences*, 52(10). <https://doi.org/10.55463/issn.1674-2974.52.10.3>
- Parés-Salomón, I., Cirera-Viñolas, E., Coffey, A., Loefer, B., Dowd, K. P., Señé-Mir, A. M., Gustems-Morral, A., Luznik, I., Pajek, M., Proper, K. I., Puig-Ribera, A., & Bort-Roig, J. (2026). The associations of sedentary behaviour and physical activity with musculoskeletal symptoms in hybrid office workers: A compositional data analysis. *BMC Public Health*, 26, 2454. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-28107-4>
- Pelletier, K. R. (2001). A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998–2000 update. *American Journal of Health Promotion*, 16(2), 107–116. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-16.2.107>

- Pereira, M., Comans, T., Sjøgaard, G., Straker, L., Melloh, M., O'Leary, S., Chen, X., & Johnston, V. (2018). The impact of workplace ergonomics and neck-specific exercise versus ergonomics and health promotion interventions on office worker productivity: A cluster-randomized trial.. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45 1, 42-52. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3760>
- Robertson, M., Huang, Y.-H., & Lee, J. (2017). Improvements in musculoskeletal health and computing behaviors: Effects of a macroergonomics office workplace and training intervention.. *Applied ergonomics*, 62, 182-196 . <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.02.017>
- Russo, F., Papalia, G. F., Vadalà, G., Fontana, L., Iavicoli, S., Papalia, R., & Denaro, V. (2021). The effects of workplace interventions on low back pain in workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12614. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312614>
- Safarian, M., & Rahmati-Najarkolaei, F. (2018). A Comparison of the Effects of Ergonomic, Organization, and Education Interventions on Reducing Musculoskeletal Disorders in Office Workers. *Health Scope*. <https://doi.org/10.5812/jhealthscope.68422>
- Santos, W., Rojas, C., Isidoro, R., et al. (2025). Efficacy of Ergonomic Interventions on Work-Related Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 14. DOI: 10.3390/jcm14093034.
- Santos, P. G. de A. e S., Martinez-Silveira, M. S., & Fernandes, R. de C. P. (2024). Workplace interventions to prevent musculoskeletal disorders: A systematic review of randomized trials. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 49, e12. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/33622en2024v49e12>
- Schwennen, C., Zimolong, B. & Elke, G. (2010). Bochumer Präventionsprogramm „Gesunder Rücken“ – Programmbeschreibung und Evaluationsergebnisse. In B. Zimolong (Hrsg.), *Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie* Nr. 25. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Shariat, A., Cleland, J. A., Danaee, M., Kargarfard, M., Sangelaji, B., & Tamrin, S. B. M. (2018). Effects of stretching exercise training and ergonomic modifications on musculoskeletal discomforts of office workers: A randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(2), 144–153. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.09.003>
- Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. Essen: BKK-Bundesverband.
- Stock, S., Nicolakakis, N., Vézina, N., Vézina, M., Gilbert, L., Turcot, A., Sultan-Taieb, H., Sinden, K., Denis, M., Delga, C., & Beaucage, C. (2017). Are work organization interventions effective in preventing or reducing work-related musculoskeletal disorders? A systematic review of the literature.. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 44 2, 113-133. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3696>
- Taibi, Y., Metzler, Y. A., Bellingrath, S., & Müller, A. (2021). A systematic overview on the risk effects of psychosocial work characteristics on musculoskeletal disorders, absenteeism, and workplace accidents. *Applied Ergonomics*, 95, 103434. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2021.103434>
- Zimolong B. (2018). Berufliche Prävention von Rücken- und Schulterschmerzen. Eine Auswertung systematischer Reviews. *Internistische Praxis*. 59(1), 161–77.
- Zimolong, B. & Elke, G. (2006). Occupational health and safety management. In G. Salvendy (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics* (pp. 673–707). New York: Wiley. ISBN 978-0-471-44917-1. <https://doi.org/10.1002/0470048204.ch26>
- Zimolong, B., Elke, G. & Trimpop, R. (2006). Gesundheitsmanagement. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 2 Ingenieurpsychologie* (S. 633–668). Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B., Elke, G. & Bierhoff, H. W. (2008). *Den Rücken stärken. Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe. ISBN 978-3-8017-2109-1.
- Zimolong, B. (2012). Prävention von chronischen Rückenschmerzen. In G. Athanassiou, S. Schreiber-Costa & O. Sträter (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit: 17. Workshop 2012*. Kröning: Asanger. ISBN 978-3-89334-573-1.
- Zimolong, B. (Hrsg.). (2001). *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler. ISBN 978-3-409-11736-4.

- Zimolong B. (2018). Berufliche Prävention von Rücken- und Schulterschmerzen. Eine Auswertung systematischer Reviews. *Internistische Praxis*. 59(1), 161–77.
- Zohar, D. & Luria, G. (2005). A multilevel model of safety climate: Cross-level relationships between organization and group-level climates. *Journal of Applied Psychology*, 90, 616–628. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.616>
- Zohar, D. & Tenne-Gazit, O. (2008). Transformational leadership and group interaction as climate antecedents: A social network analysis. *Journal of Applied Psychology*, 93(4), 744–757. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.4.744>

### Liste der Bochumer Berichte

- Nr. 01 /87: Rosemann, B. & Kerres, M. (1987). *Humanwissenschaftliche Aspekte der Einführung neuer Informationstechnologien*. In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr.1. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 02 /87: Künzel, R. (1987). *FACTORY – A microcomputer program for simulation of production lines – technical supplement*. In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 2. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 03 /87: Kerres, M. (1987). *EDV-Weiterbildung aus pädagogisch-psychologischer Sicht: Aktuelle Probleme von Konzepten „Informationstechnischer Grundbildung“*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 3. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 04 /88: Reulecke, W. (1988). *Das 4 + 1 Instanzmodell der Konzentration*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 4. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 05 /88: Zimolong, B. (1988). *Zuverlässigkeit und Fehler in Arbeitssystemen: Eine psychologische Bestandsaufnahme von Theorie und Methoden*. In B. Rosemann & W. Reulecke & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 5. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 06 /88: Elke, G. & Zimolong, B. (1988). *Organisationsentwicklung im Krankenhausbereich*. In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 6. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 07 /89: Schulz, T. (1989). *Angewandte Kognitionspsychologie am Beispiel der Psychologie des Augenzeugen – oder: Was kann man von einem unaufmerksamen Beobachter erfahren?* In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 7. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 08 /89: Zimolong, B. (1989). *Risiko und Fehler: 2 Beiträge. Teil A: Das Erkennen von Gefahren und die Kontrolle von Risiken: Ein psychologisches Ausbildungskonzept. Teil B: The HEP of HEP Experts: What Are the Reasons for Misjudging Human Error Probability?* In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur angewandten Psychologie Nr. 8. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 09 /89: Reulecke, W. (1989). *Das Nationalbewusstsein der Auslandsdeutschen – ein Beitrag zur methodologischen Strategie der Datenerhebung*. In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 9. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 10 /89: Schweer, M. (1989). *Determinanten der Studienleistung. Ergebnisse einer Befragung von Seminarteilnehmern zu ihren Klausurergebnissen*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 10. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 11 /95: Rosemann, B. & Schweer, M. (1995). *Freizeit- und Fernsehverhalten von Studierenden. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie bei der so genannten Bildungselite*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 11. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 12 /95: Trimpop, R. & Zimolong, B. (1995). *Risk Acceptance*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 12. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 12a/95: Zimolong, B. & Trimpop, R. (1995). *Risk Perception*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 12a. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 13 /96: Zimolong, B. & Elke, G. (1996). *Sicherheit als Systemziel*. In W. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 13. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.

- Nr. 14 /96: Zimolong, B. (1996). *Occupational risk management*. In B. Rosemann & W. Reulecke & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 14. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 15 /99: Stapp, M., Elke, G. & Zimolong, B. (1999). *Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (FAGS)*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr.15. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 16 /99: Windel, A., Kronz, E., Adolph, L. & Zimolong, B. (1999). *Fragebogen zu arbeitsbezogenen Konflikten in Teams (FAKT)*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 16. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 17 /00: Zimolong, B. & Feldmann, M. (2000). *Koordination in der virtuellen Wissensfabrik – Untersuchung der Kommunikations- und Koordinationsformen in einem Forschungsverbund*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr.17. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 18 /00: Windel, A., Kronz, E., Adolph, L. & Zimolong, B. (2000). *Abschlußbericht des Projekts AVISTA – Realisierungsformen von Gruppenarbeit und ihre Auswirkungen*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 18. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 19 /00: Windel, A., Wolf, D. C., Teichert, C. & Zimolong, B. (2000). *Gruppenarbeit im Gesundheitswesen – Klassifikation und Konsequenzen von Pflegesystemen und Auswirkungen von Pflegesystemen auf die Dienstleistungsqualität*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 19. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 19a/00: Windel, A., Wolf, D. C., Teichert, C. & Zimolong, B. (2000). *Gruppenarbeit im Gesundheitswesen – Messinstrumente und Tabellen*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 19a. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 20 /00: Windel, A., Wolf, D. C., Teichert, C. & Zimolong, B. (2000). *Messinstrumente zur Einschätzung des Pflegesystems (FEP) und zur Erfassung der pflegerischen Dienstleistungsqualität (BESD) – Klassifikation und Konsequenzen von Pflegesystemen und Auswirkungen von Pflegesystemen auf die Dienstleistungsqualität*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 20. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 21 /04: Paradiso, F., Uhle, T. & Zimolong, B. (2004). *Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – Arbeitsbedingte Muskel- und Skeletterkrankungen (FAGS<sup>AMSE</sup>)*. In U. Reulecke & B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 21. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 22 / 07: Preuss, S., Krämer, B., Steinborn, A. & Zimolong, B. (2007). Effizientes Anlaufmanagement innerhalb KMU-basierter Kunden-Lieferanten-Beziehungen: Problemanalyse und Konzeptentwicklung. In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 22. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 23 / 08: Preuss, S., Krämer, B., Steinborn, A. & Zimolong, B. (2007). Effizientes Anlaufmanagement innerhalb KMU-basierter Kunden-Lieferanten-Beziehungen – Betriebliche Umsetzung und Evaluation. In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 23. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 24 / 08: Steinborn, A. & Zimolong, B. (2008). Usability-Prüfung einer Projektmanagement Software – Elan-Software für Anlaufprojekte. In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 24. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 25 / 10: Schwennen, C., Zimolong, B. & Elke, G. (2010). Bochumer Präventionsprogramm „Gesunder Rücken“ – Programmbeschreibung und Evaluationsergebnisse. In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 25. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 26 / 10: Zimolong, B. & Elke, G. Work Site Health Promotion. In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 26. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Nr. 27/ 11: Gurt, J., Elke, G. & Zimolong, B. (2011). Gesundheitsmanagement in der Finanzverwaltung. Das Bochumer Modell: Gesundheitsförderung und Prävention durch integrierte Netzwerk-,

Organisations- und Personalentwicklung. In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 27. Bochum: Ruhr Universität Bochum

- Nr.28/26 Gurt, J., Elke, G. & Zimolong, B. (2026). Gesundheitsmanagement in der Finanzverwaltung. Ganzheitliche Gesundheitsförderung und Prävention. Supplement 2026 zu Bericht 27/11. Aktualisierte und ergänzte Kurzfassung. . In B. Zimolong (Hrsg.), Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr. 28. Bochum: Ruhr Universität Bochum.