

## Leere Kassen – kranke Mitarbeiter?

### 1. Tagung des DNBGF-Forums „Öffentlicher Dienst“

**Welchen Stellenwert kann betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei der Modernisierung des Öffentlichen Dienstes einnehmen? Über 60 Teilnehmer, vorwiegend Praktiker der betrieblichen Gesundheitsförderung, diskutierten am 25. und 26. Juni 2004 auf der 1. Tagung des DNBGF-Forums „Öffentlicher Dienst“ in Dresden über diese und weitere Fragen. Sie waren sich am Ende der Tagung einig, dass BGF als integraler Bestandteil einer innovativen Personalpolitik zentrale Bedeutung für die notwendige Leistungssteigerung des Öffentlichen Dienstes besitzt. Die Voraussetzungen für die stärkere Verbreitung einer umfassenden Gesundheitspolitik in den öffentlichen Verwaltungen seien durchaus vorhanden.**

*Dr. Volker Bonorden*, Leiter des Personalamtes des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg, stellte am Beispiel des Gesundheitsförderungskonzepts der hamburgischen Verwaltung zu Beginn der Tagung dar, daß betriebliche Gesundheitsförderung ein wichtiger Ansatz in der Gestaltung von Veränderungsprozessen ist und nicht nur eine Aufgabe für „gute Zeiten“ oder ein Reparaturwerkzeug für Organisationen in Veränderung.

*Prof. Dr. Rainer Müller* vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen faßte im letzten Plenum die Diskussionen der Tagung zusammen. Er charakterisierte betriebliche Gesundheitsförderung als ein unverzichtbares Medium bzw. konzeptionelles Verfahren im Rahmen der Arbeits- und Personalpolitik, um qualitätsvolle Dienstleistungsarbeit zu gewährleisten und die Beschäftigten im öffentlichen Dienst in die Lage zu versetzen, an der gerechten Gestaltung des Gemeinwohls mitzuwirken.

Gelegenheit zum *Erfahrungsaustausch* gab es in drei parallelen Workshops. Auf der Grundlage einer kurzen Eingangspräsentation eines konkreten Projektes wurde mit Hilfe von Leitfragen und Themen, die im Vorfeld der Veranstaltung von den Teilnehmern abgefragt worden waren, lebhaft diskutiert.

### Die Ergebnisse im Einzelnen:

- 1. Der öffentliche Dienst muß seine Leistung steigern und ökonomischer handeln („New Public Management“). Der Faktor ‚Personal‘ stellt dabei die zentrale Ressource dar. Betriebliche Gesundheitsförderung ist integraler Bestandteil innovativer Personalpolitik.**

Seit Beginn der 90er Jahre findet im öffentlichen Dienst ein weitreichender Rationalisierungs- und Modernisierungsprozeß statt. Die damit einhergehenden sozia-

len, technischen und organisatorischen Veränderungen der Arbeitsbedingungen haben zu wesentlichen Veränderungen der Arbeitsbelastungen und der Arbeitsorganisation geführt. Vor allem die psychosozialen Belastungen nehmen zu. Bestimmte Beschäftigtengruppen wie Ältere und Frauen sind davon besonders betroffen.

Durch ein modernes innovatives Personalmanagement ist es möglich, zu einem effektiven Einsatz, einer besseren Nutzung sowie einer umfassenderen Entwicklung der Beschäftigten im Öffentlichen Dienst zu kommen. Integraler Bestandteil einer solchen innovativen Personalpolitik ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Sie kann dazu beitragen, den Beschäftigten und Führungskräften Veränderung als Chance bewußt zu machen und Instrumente zur Begleitung dieser Prozesse bereitstellen.

## 2. Es fehlt nicht an Wissen, Können und Erfahrung. Die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung wird bestimmt durch die verantwortlichen Akteure im Öffentlichen Dienst.

Nicht nur die Notwendigkeit, sondern auch die Möglichkeiten zu einer integrativen betrieblichen Gesundheitsförderung sind im öffentlichen Dienst gegeben. Konzepte und Praxis der Gesundheitsförderung als Teil betrieblicher Gesundheitspolitik zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Sicherung der personalen Leistungsfähigkeit sind – vielleicht mit Ausnahme von Konzepten und Projekten zur Bewältigung des demografischen Wandels – entwickelt und erprobt und liegen damit vor.

Daher müssen die betrieblichen und überbetrieblichen Entscheidungsprozesse, die zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen im öffentlichen Dienst führen, näher betrachtet werden. Obwohl dieses Wissen noch nicht systematisch aufbereitet ist, läßt sich zusammenfassend feststellen, daß **prospektive Personalpolitik mit Einbettung betrieblicher Gesundheitsförderung** dann stattfindet, wenn

- der Handlungsbedarf besonders groß ist, d. h. Arbeitsunfähigkeits- oder Dienstunfähigkeitsquoten hoch sind und traditionelle Externalisierung durch Frühverrentung versperrt ist;
- Entscheidungsträger in personalpolitischen Fragen einerseits und finanzpolitischen Fragen andererseits räumlich und organisatorisch eng zusammensitzen und kostenträchtige Personalentscheidungen kontrollieren oder in Frage stellen können;
- hierarchisch hoch stehende Entscheidungsträger (Vorstand, Stadtdirektor, Betriebs-/Personalratsvorsitzende, Verwaltungsleiter u.a.) ein hohes soziales bzw. sozialpolitisches Engagement zeigen;
- prominente öffentliche Personen sich für betriebliche Gesundheitsförderung einsetzen;
- über Projekte mit externen Dienstleistern und externer Finanzierung (Forschung, Krankenkassen, Unfallversicherung etc.) öffentliche Reputation und Imagegewinn möglich ist und dies von den Verantwortlichen auch genutzt wird

- gerade durch externe Berater ist eine Inszenierung einer lernenden Organisation möglich.

Sie findet dann **nachhaltig** statt, wenn

- in kommunalen oder Landesparlamenten Bericht erstattet und nachgefragt wird;
- betriebliche Gesundheitsförderung gleichermaßen top-down und bottom-up implementiert wird;
- Partizipation der Beschäftigten ernsthaft gewünscht und betrieben wird;
- Entscheider und Führungskräfte ihren eigenen Nutzen erkennen;
- betriebliche Gesundheitsförderung Gegenstand von Dienstvereinbarungen und Unternehmensleitlinien wird;
- Einzelprojekte in kontinuierliche Veränderungsprozesse überführt werden.

### 3. Betriebliche Gesundheitsförderung muß „Chefsache“ sein.

**Betriebliche Gesundheitsförderung im Öffentlichen Dienst ist dann erfolgreich, wenn es gelingt, die Verantwortung für die betriebliche Gesundheitsförderung im (Personal-) Management der Verwaltungen zu verankern.**

Betriebliche Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst besteht derzeit oft nur aus nebeneinander existierenden Einzelmaßnahmen, die wenig in die betrieblichen Abläufe integriert sind. Erst wenn hierarchisch hochstehende Entscheidungsträger BGF unterstützen, können Einzelprojekte in kontinuierliche Verbesserungsprozesse überführt werden. Unter welchen Bedingungen BGF in das (Personal-) Management erfolgreich und nachhaltig integriert werden kann, wurde auf der Tagung ausführlich diskutiert. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind im folgenden zusammengefaßt:

Um betriebliche Gesundheitsförderung in das (Personal-) Management erfolgreich und nachhaltig zu integrieren, muß geklärt werden:

- welches die **Ziele und Indikatoren** sind, an denen der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung gemessen werden soll;
- wer die **Akteure und Beteiligten (Schlüsselpersonen)** sind sowie deren Verantwortungsrahmen, Kernkompetenzen und insbesondere deren fachliches und organisatorisches Zusammenwirken; Voraussetzung hierfür ist ein **gemeinsames Verständnis betrieblicher Gesundheitsförderung**;
- welches die geeigneten **Instrumente und Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung** sind.
- Ein nachhaltiges und zukunftsorientiertes Gesundheitsmanagement braucht darüber hinaus ein effektives **Berichtswesen**. Hierzu gehören die systematische und regelmäßige Auswertung von Daten zur Personalbestandstatistik, zur Altersstruktur, zu Personalbedarfen und –veränderungen genauso wie eine vergleichende **Fehlzeitenanalyse**.

**Ziele und Indikatoren:**

Erfolgreiche Gesundheitsförderung braucht aus Sicht der Verwaltung bzw. des Unternehmens den Nachweis eines konkreten, ökonomischen Nutzens. Und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich einen konkreten, individuellen Nutzen von den Aktivitäten versprechen können. Obwohl diese Nachweise im Sinne einer exakten Kosten-Nutzen-Analyse nicht immer möglich sind, stellt die betriebliche Gesundheitsförderung und die Personalwirtschaft (z.B. Balanced Scorecard) ein mittlerweile genügend erprobtes und anerkanntes Instrumentarium zur Verfügung. Im Kern geht es hierbei darum, „harte“ ,finanziell relevante Kennzahlen, wie z. B. krankheitsbedingte Fehlzeiten oder Zahlen zur vorzeitigen Dienstunfähigkeit, mit „weichen“, nicht-finanziellen Kennzahlen zu verknüpfen. Wichtig hierbei ist, dass die Ziele und deren Erreichbarkeit auf die verwaltungspolitischen Vorgaben und Besonderheiten (Kerngeschäft) Bezug nehmen müssen. Dies kann von Kommune zu Kommune bzw. von Dienststelle zu Dienststelle durchaus sehr unterschiedlich sein. Wenn die kulturellen Besonderheiten nicht berücksichtigt werden, läuft man Gefahr, trotz guter Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung den Nutzen für die Entscheider nicht genügend sichtbar darstellen zu können. So reicht es nicht aus, Mitarbeiterzufriedenheit und –motivation zu messen und durch Maßnahmen zu erhöhen, wenn die Verwaltungsspitze die Erhöhung der Kunden- bzw. Bürgerzufriedenheit oder die Termintreue und Verbesserung der Qualität der in Frage kommenden Dienstleistung propagiert und als Ziel benannt hat. Betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich zum Ziel setzen, ihren Beitrag zu solchen Kernzielen zu messen und sichtbar zu machen. Allgemein lassen sich u.a. folgende qualitative und quantitative Kennzahlen messen und im Zusammenhang mit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung darstellen:

- Mitarbeiterzufriedenheit, Betriebsklima
- Mitarbeitermotivation
- Transaktionskosten
- Kommunikations- und Informationsverläufe
- Führungskräfteverhalten bzw. Personalführung
- Grad der Auftragserfüllung
- Termintreue
- Qualitätssicherheit
- Fehlzeiten.

**Akteure und Beteiligte / Schlüsselpersonen:**

Häufig existiert in den öffentlichen Verwaltungen bereits ein breites Spektrum unterschiedlicher Erfahrungen und Akteure, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung beschäftigen. Hierzu gehören:

- Personalamt/Personalmanagement
- Personalräte
- Führungskräfte
- Betriebsärzte

- Fachkräfte für Arbeitssicherheit
- Sozial- und Suchtberater
- Schwerbehindertenvertreter
- Gleichstellungsbeauftragte
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- Engagierte Funktionsträger („Gesundheitsaktivisten“)
- Arbeitsschutzausschuß
- Interne und externe Dienstleister im Bereich der Gesundheitsförderung

Um eine optimale Verknüpfung und eine effektive Ausschöpfung bereits vorhandener personeller und fachlicher Ressourcen zu gewährleisten, wird – wie in der hamburgischen Verwaltung – eine organisatorische Anbindung der betrieblichen Gesundheitsförderung an das Personalmanagement empfohlen. Die Kernkompetenzen liegen hier in der Regel im Bereich der methodischen Kompetenzen, d.h. insbesondere bei Fähigkeiten und Erfahrungen in der Prozeßberatung, der Projektsteuerung, der Organisationsentwicklung und im Maßnahmendesign (einschließlich Erfolgskontrolle).

Die Verantwortung für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung ist demgegenüber dezentral organisiert, entweder bei behördlichen bzw. dienststellenbezogenen Mitarbeitern des Personalmanagements oder – noch effektiver – bei dezentralen Arbeitsgruppen für Gesundheitsmanagement in den einzelnen Ämtern und Dienststellen.

Eine notwendige Voraussetzung für eine zielgerichtete und effektive Vernetzung aller Akteure und Beteiligten ist die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung. Im Zentrum der Diskussion steht hier die „Ganzheitlichkeit“ von Gesundheit bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung.

Auch die Diskussion unter den Tagungsteilnehmern zeigte, wie unterschiedlich die Ausdeutungen des Begriffs „Ganzheitlichkeit“ sind. Eine Tagungsteilnehmerin schlug vor, dass einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung sowohl eine Verhaltens- als auch eine Verhältnisorientierung zugrunde liegt. Maßnahmen müßten sich sowohl auf das gesundheitsbewußte Verhalten und entsprechende Einstellungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehen als auch auf eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation. Für einen anderen Tagungsteilnehmer bedeutete Ganzheitlichkeit, wenn durch Gesundheitsförderung eine win/win – Situation für Unternehmen und Mitarbeiter geschaffen werde (Produktivitätssteigerung und Kostensenkung, Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit). Wieder andere, wie z.B. das Konzept der hamburgischen Verwaltung, rekurrieren auf den Gesundheitsbegriff der WHO. Unter dem Strich bleibt in dieser Frage weiterer Diskussionsbedarf, eine klare Empfehlung konnte nicht ausgesprochen werden.

**Instrumente und Verfahren zur betrieblichen Gesundheitsförderung**

Es steht ein breites Spektrum an Instrumenten und Verfahren zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung. Dies zeigen auch die hier dokumentierten Präsentationen in den Workshops. Welche Verfahren und Instrumente eingesetzt werden sollen und können, muß sich am konkreten Bedarf sowie an der Bereitschaft der Schlüsselpersonen, Ergebnisse umzusetzen, orientieren.

**Berichtswesen/Rolle des Krankenstandes:**

Es steht außer Frage, dass die betriebliche Gesundheitsförderung eines effektiven Berichtswesens bedarf. Strittig ist jedoch, welche Rolle der Krankenstand dabei einnimmt. Auf der Tagung wurde überwiegend die Auffassung vertreten, dass der Krankenstand als Indikator für eine Erfolgskontrolle betrieblicher Gesundheitsförderung nur bedingt geeignet ist. Dies hat zum einen mit der Komplexität gesundheitlicher Prozesse zu tun, zum anderen werden mit der Größe „Krankenstand“ z.T. unterschiedliche Daten erfaßt. Begriffe wie „Fehlzeiten“, „Krankenstand“ oder „Absentismus“ sind nicht allgemeingültig und exakt definiert, so dass auch Aussagen aus Vergleichsanalysen ein sehr verzerrtes Bild ergeben können. Der Krankenstand bzw. die Quote krankheitsbedingter Fehlzeiten hat nichtsdestotrotz eine wesentliche Funktion in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hohe Krankenstände lassen sich sehr gut als Ausgangspunkt und Impuls für die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen. Damit diese Kennzahl ihre Signal- bzw. Warnfunktion erfüllen kann, sind allerdings klare Differenzierungen und Aufschlüsselungen notwendig. Die Daten sollten mindestens nach folgenden Kriterien aufbereitet werden:

- Arbeitsbereiche/Berufskategorien
- Geschlecht und Alter
- Krankheitsdauer (z.B. 1-3 Tage, 4-10 Tage, 10-30 Tage, mehr als 30 Tage)
- Quoten als Anteil krankheitsbedingter Fehltage an der Sollarbeitszeit/Kalenderjahr
- Anteil der Kurzzeit- und Langzeiterkrankten an den krankheitsbedingten Fehltagen

Insgesamt verlangt der Umgang mit Krankheitsdaten ein hohes Maß an Sensibilität, um nicht ein Klima von Misstrauen und Repression zu erzeugen. Da die finanziellen und personellen Ressourcen, die für die betriebliche Gesundheitsförderung aufgewendet werden können, begrenzt sind, ist der Krankenstand ein brauchbarer Indikator vor allem zu Beginn der Aktivitäten aufzuzeigen, wo und in welcher Form spezielle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sinnvoll sind.