

**Rainer Müller (2004) Vortrag: Die Zukunft betrieblicher Gesundheitsförderung im Öffentlichen Dienst in Zeiten leerer Haushaltsskassen, 1. Tagung des Forums Öffentlicher Dienst des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung, Dresden, 25./26.06.2004**

Wir sind uns sicher alle darüber einig, dass es nicht um die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung geht, sondern um die Zukunft der Qualität und der Quantität der angemessenen Leistungen der öffentlichen bzw. staatlichen Institutionen zur Daseinssicherung der Bürgerinnen und Bürger und anderer Personen in unserer Republik. Daseinssicherung und Dienstleistungen in öffentlicher Verantwortung setzt neben rechtlichen, finanziellen und institutionellen Voraussetzungen ein kompetentes, qualifiziertes und motiviertes sowie leistungsfähiges Personal in den Institutionen und Einrichtungen im Öffentlichen Dienst voraus.

Nicht das Mittel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ist Zweck und Ziel unserer Überlegungen und Anstrengungen, sondern der Zweck ist die Sicherung von differenzierten und qualitätsvollen Leistungen der öffentlichen Hand für die Bedarfe der Bevölkerung. Die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst sollen in der Lage sein, fachlich, motivational, leistungsmäßig und das meint eben auch gesundheitlich, kompetent zu sein, an der gerechten Gestaltung des Gemeinwohls mitzuwirken.

Unsere Grundauffassung ist, dass humane Arbeitswelten, gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen die Voraussetzungen sind, dass die Qualität der Dienstleistung optimal ist. Betriebliche Gesundheitsförderung ist dabei ein unverzichtbares Medium bzw. konzeptionelles Verfahren im Rahmen der Arbeits- und Personalpolitik, qualitätsvolle Dienstleistungsarbeit zu gewährleisten.

Selbstverständlich haben wir heute die veränderten Funktionen und Aufgabenstellungen des Staates bzw. des Öffentlichen Dienstes in Folge gewandelter sozioökonomischer und politischer Konstellationen uns zu vergewissern. So zeigen sich aktuell veränderte Rollen des Staates, z. B. im Gesundheitswesen, im Verkehrs-, Kommunikations- und Bildungssektor wie auch in der Alterssicherung oder der Stadtentwicklung. Das Verhältnis unseres demokratischen Rechts- und Interventionsstaates zu Markt, privaten Haushalten bzw. Individuen und Bürgergesellschaft wird neu justiert. Deregulierung, Entstaatlichung, Privatisierung, „fordern statt fördern“, aber auch bürgergesellschaftliches Engagement, Zivilgesellschaft und Eigenverantwortung sind Stichworte, die diesen Sachverhalt benennen. Der Sozialstaat wird nicht mehr als umfassender Versorgungsstaat, sondern kooperativer Partner im Rahmen eines Wohlfahrtspluralismus verstanden. Gemischte Wohlfahrtsproduktion ist das Kennzeichen neuer wohlfahrtsstaatlicher Arrangements. Es wird vom „gewährleistenden, moderierenden und ermöglichen Staat“ gesprochen. Dabei geht es um eine Neubewertung des kooperativen Verhältnisses von öffentlichen Institutionen untereinander und zu den arbeitsteilig organisierten Bereichen der Wirtschaft, der Kultur, den Bildungsbereichen des Sektors der sozialen Sicherung und der Familie bzw. des Individuums.

Die Produktivität der neuen kooperativen Verhältnisse des öffentlichen Sektors zu genannten Bereichen und den Bürgerinnen und Bürgern hängt sowohl vom „Sozialkapital“ der Gesellschaft, also ihrer Fähigkeit ab, Netzwerke aufzubauen, Vertrauen zu Personen und Institutionen zu etablieren und aufrecht zu erhalten und eine Kooperationskultur zu leben wie auch von der Bereitschaft und Fähigkeit der

Verantwortlichen und Tägigen im öffentlichen Sektor, als Arbeitgeber und Arbeitnehmer in das Human- und Sozialkapital der Beschäftigten langfristig und kontinuierlich zu investieren.

Zum Human- und Sozialkapital gehört entscheidend die gesundheitliche Leistungsfähigkeit in einer Jahrzehntelangen Zeitperspektive der Arbeitsbiographie.

Das Niveau der beruflichen Leistung bestimmt sich aus den Arbeitsanforderungen und den Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bereitschaften der Arbeitsperson, den Anforderungen nachzukommen. Leistung ist also das Produkt aus Arbeitsbedingungen und Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit. Wie sehen nun die beiden Seiten der Leistungserbringung aus?

Die Arbeitsbedingungen im Öffentlichen Dienst erhalten ihre Gestaltung und Ausprägung durch Prozesse, die mit den Konzepten, Public Choice oder Managerialismus umschrieben werden. Daraus folgern Strategien, wie neue Steuerungsmodelle, strategisches Management, New Public Management „von der Behörde zum Dienstleistungsunternehmen“ und dies alles unter den Bedingungen dramatischer Finanzkrisen der öffentlichen Haushalte.

Soziale, technische und organisatorische Rationalisierung der Arbeitsbedingungen hat zu wesentlichen Veränderungen der Arbeitsbelastungen und der Arbeitsorganisation geführt. Pauschal lässt sich eine Zunahme der psychosozialen Belastungen bei den Beschäftigten im Öffentlichen Sektor beobachten.

Wie sieht es auf Seiten der Beschäftigten im Hinblick auf Alters-, Geschlechtsstruktur und Qualifikation bzw. Kompetenz sowie Motivation, Arbeitszufriedenheit, Beanspruchung und Gesundheit aus?

Lassen sich Prozesse des Verschleißes von Qualifikation und Gesundheit, Entmutigung und Rückzugstendenzen, innere Emigration, Orientierungen auf Vorruststand, Frühinvalidität und hoher Krankenstand beobachten? Auch hierzu liegen z.T. besorgniserregende Zahlen und Erkenntnisse vor.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass der Öffentliche Dienst zu einem „New Public Management“ verpflichtet und zu einer Ökonomisierung und Steigerung seiner Leistungen verdammt bzw. gezwungen ist. D.h. der „Faktor Personal“ wird zu der zentralen Rationalisierungsreserve, denn er stellt den größten Ausgabenblock und gleichzeitig die entscheidende Produktionsressource dar. Nur durch ein modernes innovatives Personalmanagement ist es möglich, zu einem effektiven Einsatz und einer besseren Nutzung sowie umfassenderen Entwicklungen der Beschäftigten im Öffentlichen Dienst zu kommen. Integraler Bestandteil einer solchen innovativen Personalpolitik ist heute die betriebliche Gesundheitsförderung als konstitutiver Teil einer betrieblichen Leistungs- bzw. Gesundheitspolitik.

Die Notwendigkeit zu einer integrierten betrieblichen Gesundheitspolitik erwächst nicht nur aus dem gerade Gesagten zur Produktivitätsverpflichtung, sondern auch aus der rechtsstaatlichen Verpflichtung, wie sie durch Gesetze, Regeln des Arbeitnehmerschutzes und der betrieblichen Prävention auch über die Europäische Gemeinschaft gestellt sind. Der Staat als Regelsetzer ist hier in einer besonderen normativen, ethischen, moralischen und politischen Pflicht, eben in seinem Einflussbereich als

Arbeitgeber das zu tun, was er von Arbeitgebern im nicht öffentlichen Wirtschaftsbereich verlangt.

Nicht nur die Notwendigkeit, sondern auch die Möglichkeit zu einer integrativen betrieblichen Gesundheitspolitik ist gegeben. Denn Konzeptionen und Praktiken der Gesundheitsförderung in Verbindung mit ArbeitnehmerInnenschutz als Teil betrieblicher Gesundheitspolitik zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Sicherung der personalen Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit, sind entwickelt und erprobt und liegen damit vor. Es fehlt eben nicht an Wissen, Können und Erfahrung in diesem Bereich.

Die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung wird also bestimmt durch die verantwortlichen Akteure im Öffentlichen Dienst. Wer sind die verantwortlichen Personen in den verschiedenen Bereichen und auf den verschiedenen Ebenen der Hierarchie im Bereich der Sozialversicherungen, der Gewerkschaften, der Berufsverbände, der öffentlichen Körperschaften, den verschiedenen Sektoren und Dienststellen des Öffentlichen Dienstes?

Welches Problemverständnis, welche Sichtweisen, Bewertungsmuster, Handlungsorientierungen, Lösungsstrategien, Umsetzungspolitiken und Evaluationskonzepte haben die verantwortlichen Personen bzw. Gremien in den verschiedenen Bereichen?

Was wissen diese Personen bzw. Gremien über die Potentiale der betrieblichen Gesundheitsförderung, des Gesundheitsmanagements?

Über welche betrieblichen, überbetrieblichen Entscheidungsprozesse ist es zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen gekommen bzw. wie wurden Initiativen dazu verhindert?

Schaut man sich Berichte über die betriebliche Gesundheitsförderung im Öffentlichen Dienst an, so findet man keine genauen Darstellungen, wie und unter welchen Bedingungen durch welche Akteure mit welchen Widerständen oder mit welcher Förderung es zu betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten gekommen ist bzw. nicht gekommen ist. Auch die Publikation von Reinhold Sochert und Christof Schippert zu „Die Verwaltung – ein kranker Sektor? Europäische Trends und deutsche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung“ aus dem Jahre 2003 gibt hierzu wenig Einblick. Es werden zwar die Anlässe, Ziele und Organisationsformen der Gesundheitsförderungsprojekte eindrücklich beschrieben, aber diesen Projekten vorausgelagerte Willensbildungsprozesse, deren Entscheidungsmuster oder die Verhinderungsblockaden in Struktur und Prozess werden nicht veranschaulicht.

Wir selbst haben in einem von der Hans Böckler Stiftung finanzierten Forschungsprojekt zu „Altwerden im Betrieb? Beschäftigte im Öffentlichen Dienst zwischen Integration und Externalisierung“ (Bremerhaven 2003) Folgendes ermittelt: Modelle zur Personalentwicklung und langfristigen Laufbahngestaltung, verbunden mit Arbeitsgestaltung und betrieblicher Gesundheitsförderung konnte nur ansatzweise im Öffentlichen Dienst gefunden werden.

Was die Hintergrundsbedingungen für eine systematische und prospектив Arbeits- und Personalpolitik sind, konnten wir nur begrenzt ermitteln, da das Projekt wissenschaftlich nicht als Politikfeldanalyse zur Personal- und Arbeitspolitik angelegt war.

Allerdings kamen wir zu folgenden Schlussfolgerungen:

Prospektive Personalplanung, unter Umständen mit Einbettung von betrieblicher Gesundheitsförderung, findet nachhaltig dann statt, wenn

- 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 zusammen sitzen 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, z.T. gegen massiven Widerstand des mittleren Managements
- prominente öffentliche Personen sich für betriebliche Gesundheitsförderung einsetzen
- in kommunalen oder Landesparlamenten Bericht erstattet und nachgefragt wird
- über Forschungs- bzw. Beratungsprojekte mit externer Finanzierung öffentliche Reputationen und Imagegewinn möglich ist und dies von den Verantwortlichen dazu auch genutzt wird. Gerade durch externe Berater ist eine Inszenierung einer lernenden Organisation möglich.

Als Barrieren und Widerstände bzw. Mängel fanden wir:

- fehlende Informationen und Beratungsmöglichkeiten für Verantwortliche über erfolgreiche Durchführung ähnlicher Vorhaben in vergleichbaren Betrieben durch Berufskolleginnen bzw. -kollegen
- Personalabbaupläne und -maßnahmen blockieren geradezu Gesundheitsförderungsprojekte
- Sparprojekte der Personalverantwortlichen
- Kostenargumente aus dem mittleren Management
- Zeitdruck, Zeitmangel des mittleren Managements
- Management und auch Beschäftigte haben sich an dysfunktionale Arbeitsabläufe gewöhnt
- Keine Innovationskultur für besser strukturierte Arbeitsprozesse
- Widerstände, Ignoranz bzw. Desinteresse von Seiten betroffener Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, z.T. verbunden mit dem Interesse an Sicherung von Status quo
- Kein strategisches Personalmanagement
- kurze Zeithorizonte für Personalplanung und -entwicklung von maximal 2 bis 3 Jahren
- Konzepte von Laufbahngestaltung in Verbindung mit Personalplanung und Arbeitsgestaltung in der Perspektive von 10 bis 20 Jahren bergen bekanntlich ein hohes Risiko zukünftiger Qualifikations- und Personalbedarfe und werden deshalb gemieden
- Planungsressourcen sind für andere Projekte ausgeschöpft, also Konkurrenz von betrieblicher Gesundheitsförderung zu anderen als prioritärer angesehenen Projekten
- Planungs- und Organisationskapazität werden durch Modernisierung, neue Steuerungsmodelle, Rationalisierung, Dezentralisierung stark absorbiert

- Ressortegoismen verstärkt durch Dezentralisierung verhindern übergreifende Personalplanung und -entwicklung
- In der Sicht politischer Entscheidungsträger ist es derzeit nicht opportun, für die angeblich privilegierten Beschäftigten im öffentlichen Dienst etwas Frderliches zu tun.  
Betriebliche Gesundheitsförderung wird in dieser Sicht als eher unnötige Gratifikation, als Sozialgeschenk, angesehen.  
Ansehen, inszenierte öffentliche Meinung über Beschäftigte im öffentlichen Dienst eher negativ („faule Säcke-Image“)

Die Zukunftsfigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung hängt also stark von den Entscheidungsprozessen über Arbeits- und Personalpolitik in den verschiedenen Sektoren des öffentlichen Dienstes ab. Unser Wissen über diese Felder der Mikro- und Makropolitik im öffentlichen Dienst ist allerdings unzulänglich. Notwendig wären Politikfeldanalysen, um herauszufinden, wo und mit welchen Überzeugungen Entscheider bzw. andere Akteure, die auch als Vetospieler auftreten können, über die Potenzialität der betrieblichen Gesundheitsförderung für Arbeitspolitik und Personalplanung bzw. -entwicklung informiert sind und entsprechend handeln. Diejenigen also, die sich für die betriebliche Gesundheitsförderung stark machen und dies als ein konstitutives Element prospektiver Personalplanung, Laufbahnpolitik, Arbeits- und Gesundheitspolitik verstehen, haben sich den Akteuren und Feldern zuzuwenden, wo Konzeptionen und Politiken zur Personalentwicklung entwickelt, konzipiert und vermittelt werden und durch vielfältige Einflussnahmen und Kommunikationen politischer Art auf sie einzuwirken. Eine solche Veranstaltung wie heute ist bestens dazu geeignet, eine solche Einflussnahme vorzunehmen.

Die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung hängt jedoch auch von der erfahrenen Qualität und Leistungsfigkeit dieses Konzeptes als Teil der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitspolitik ab. Wenn man die Dokumentation 2002 zu Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäss § 20 Abs. 1 und 2 SGB V der Arbeitsgemeinschaft der Spaltenverbnde der Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spaltenverbnde der Krankenkassen liest, dann gewinnt man doch den Eindruck, dass die für mich wichtigste Interventionsform im Rahmen eines solchen Vorgehen, nämlich die Partizipation, d.h. also die Gesundheitszirkel nur sehr unzulänglich und nicht in genügender Intensität quantitativ und qualitativ eingesetzt wurde. Nur über ernsthafte Beteiligung der Beschäftigten an der Wahrnehmung, Deutung, Interpretation ihrer eigenen Arbeitssituation und den Überlegungen hier zu Verbesserungen zu kommen, ist es möglich, Gesundheitsförderung als Teil eines betrieblichen innovativen Personalmanagements einzusetzen. Gesundheitsförderungsmaßnahmen haben in Rechnung zu stellen, dass sie es mit ganz konkreten Arbeitsbiographien bei den Beschäftigten zu tun haben. Die Personen bringen ihre subjektiven Interpretationen, ihre Sinnhorizonte und Verstehensperspektiven ein und fragen nach den Bedeutungen der neuen Herausforderungen für ihre Position im Betrieb, am Arbeitsplatz und für ihren gesamtgesellschaftlichen Status. Die Beschäftigten haben die neuen Herausforderungen in ihr Alltagswissen und Alltagshandeln am Arbeitsplatz zu integrieren.

Die Organisation lernt wie ihre Mitglieder lernen.