



Innenausschuss

78. Sitzung (öffentlich)

8. März 2016

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:00 Uhr bis 15:05 Uhr

Vorsitz: Daniel Sieveke (CDU)

Protokoll: Stefan Ernst

Verhandlungspunkt:

**Hohe Krankenstände in der Landesverwaltung durch Einführung
eines pro-aktiven Gesundheitsmanagement senken**

3

Antrag
der Fraktion der CDU
Drucksache 16/8981

– Zuziehung von Sachverständigen
(*Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen, siehe
Anlage*)

* * *

Hohe Krankenstände in der Landesverwaltung durch Einführung eines proaktiven Gesundheitsmanagement senken

Antrag

der Fraktion der CDU

Drucksache 16/8981

– Zuziehung von Sachverständigen

Vorsitzender Daniel Sieveke eröffnet die Sitzung, begrüßt die Anwesenden und gibt einige organisatorische Hinweise. Sodann beginnt die Fragerunde der Abgeordneten.

Dr. Marcus Optendrenk (CDU): Ich würde gern unmittelbar einsteigen und an das anschließen, was gestern ansatzweise diskutiert worden ist, was aber auch in den Beratungen des Antrags im Plenum schon angesprochen worden ist. Ich fange so an: Die Landesregierung sagt, es gebe ein Statistikproblem. Dieses Statistikproblem haben wir im Unterausschuss Personal, der nachrichtlich beteiligt ist und den ich für unsere Fraktion vertrete, diskutiert. Gesagt wurde, es gebe aufgrund der unterschiedlichen Erfassungen und Modalitäten, wie man Krankenstände statistisch aufbereitet, eine große Verzerrungswirkung zulasten des öffentlichen Dienstes. Dies führe dazu, dass eigentlich die Situation viel dramatischer wahrgenommen werde, als sie tatsächlich sei. Denn in der Privatwirtschaft werde im Regelfall eine Meldung erst erfasst, wenn man nach drei Tagen den gelben Schein bringt, während das im öffentlichen Dienst anders sei. Deshalb lautet meine erste Frage an wen auch immer bzw. an alle, die sich dazu für ihre eigenen Bereiche äußern möchten, ob das auch Ihre Einschätzung ist.

Die zweite Frage, die ich an Sie richten möchte, ist ein Kernpunkt des Dissenses mit den Vertretern der Landesregierung – das war bisher im Unterausschuss Personal –, dass nämlich sehr stark die Ressorthoheit bei der Organisation vom Gesundheitsmanagement betont worden ist. Die Frage ist, inwieweit man ein Mindestmaß an gemeinsamen Standards jenseits von Koordinationsrunden von Zentralabteilungsleitern von Ministerien braucht, weil sich die körperliche Beschaffenheit von Beamtinnen, Beamten und Tarifbeschäftigten im öffentlichen Dienst nur unterdurchschnittlich je nach Ressort und Branche unterscheidet.

Das haben wir gerade hier diskutiert, dass jemand, der als kommunaler Bediensteter hinten auf einem Müllwagen fährt, anderen Einflüssen etwa durch die Natur ausgesetzt ist als jemand, der beispielsweise in der Innenbehörde sitzt und nicht draußen arbeitet. Aber im Regelfall sind die Anforderungen der sitzenden Tätigkeit in besonderer Weise an verschiedenen Stellen ähnlich, wenn ich vom Polizeistreifendienst absehe. Aber ist das beengte Sitzen vielleicht auch eines der Probleme und unterscheidet sich nicht so dramatisch von der Arbeit am Schreibtisch. Daher komme ich zu meiner zweiten Frage, ob es sinnvoll wäre, eine echte zentrale Struktur zu haben, bei der jemand den Hut aufhat. Das muss nicht die Eigenheiten der Ressorts und der eigenen Bereiche aushöhlen. Aber wenn keiner zuständig ist, gibt es normalerweise immer „Fang den

Hut", oder niemand ist zuständig. Sollte man bestimmte Mindeststandards haben, an denen man das festmacht?

Thomas Stotko (SPD): Ich habe nur eine zentrale Frage an die Sachverständigen und insbesondere an diejenigen der Polizeigewerkschaften. Wir haben im Jahr 2011, wenn ich mich nicht täusche, gemeinsam mit den Beschäftigten ein Gesundheitsmanagement eingeführt.

(Jan Vellemann [GdP]: 2010!)

– 2010 sogar schon; danke, deswegen frage ich.

Jetzt sind annähernd sechs Jahre vergangen. Mich interessiert eine Bewertung aller Sachverständigen. Eine Bewertung könnte ja sein: Es wäre noch viel schlimmer gekommen, wenn man es nicht gemacht hätte. – Eine zweite Bewertung könnte sein: Es hat sich nicht so ausgewirkt, wie wir es uns ausgerechnet haben. – Oder eine dritte Bewertung könnte sein: Wir sind auf einem guten Weg, aber ... – Ihre Meinung konkret dazu interessiert uns, denn die hohen Krankenstände sind auch weiterhin bei der Polizei wie generell in der Landesverwaltung vorhanden.

Dirk Schatz (PIRATEN): Vielen Dank an die Sachverständigen für die Stellungnahmen. – Ich habe zunächst auch nur eine einzige Frage. Frau Dr. Schröder spricht in ihrer Stellungnahme explizit auch die psychosozialen Belastungen im Dienst an. Meine Frage geht an alle Sachverständigen dahingehend. Mich interessiert, ob Sie Zahlen haben, in welchem Verhältnis solche Erkrankungen im Vergleich zu „normalen“ Erkrankungen stehen. Beispielsweise wurde in der gestrigen Anhörung mit Blick auf psychische Belastungen auch von der posttraumatischen Belastungsstörung etc. gesprochen.

Dann interessiert mich, wo in diesem Bereich momentan der dringendste Handlungsbedarf besteht und wie ein Gesundheitsmanagement in diesem Bereich wirklich Verbesserungen herbeiführen könnte.

Monika Düker (GRÜNE): Danke auch von unserer Seite für die Stellungnahmen zu diesem wichtigen Thema. Mir ist in der Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Richenhagen ein Punkt aufgefallen. Er vertritt unter der Frage „Aktive Einbeziehung der Beschäftigten und ihrer Personalvertretungen in das Gesundheitsmanagement“ als einziger Sachverständiger die These: „Allerdings ist eine umfassende Partizipation nicht immer sinnvoll und wirksam.“

Herr Kollege Stotko hat schon auf die Geschichte zu diesem Thema hingewiesen. Ich kann Ihnen auch aus meiner Arbeit im Innenausschusses sagen – ich darf das besonders an die GdP und die DPoIG richten –: Ohne die Einmischung Ihrerseits wären wir jetzt nicht da, wo wir sind. Das wurde ganz besonders – das habe ich jedenfalls in Erinnerung – von den Gewerkschaften aktiv nach vorn gebracht. Und jetzt sagen Sie: Na ja, in den Personalvertretungen so eine Partizipation? – Diese These hat sich mir erst einmal nicht erschlossen. Sie verweisen auch auf Literatur. Könnten Sie das bitte erläutern? Denn es wäre spannend zu hören, was Sie da meinen.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor, dann beginnen wir mit der Antwortrunde.

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW) (Stellungnahme 16/3522): Zunächst war die Frage gestellt worden, ob es eventuell am Zahlenwerk liegen könnte, dass die Zahl der Erkrankungen im öffentlichen Dienst bei Weitem höher erscheint als in der privaten Wirtschaft. Ich habe selbst an einer Erhebung in einer mittelgroßen Behörde an zentraler Stelle bei dieser Frage teilnehmen dürfen. Ich kann sagen: Nein, es liegt nicht an den Parametern, sondern es liegt am Gesundheitszustand der Menschen, die dort arbeiten. Das liegt im Wesentlichen auch darin begründet, dass wir – zumindest nach den Erhebungen, die wir da gemacht haben – feststellen können, dass wir in Bezug auf die Altersstruktur durchaus große Probleme inzwischen auch bei den Polizeibehörden haben.

Jetzt kann man nicht einfach immer sagen: Ältere Menschen werden häufiger krank. – Das ist wirklich nicht der Fall. Aber wenn sie krank werden, haben wir bei den Erhebungen feststellen können, sind sie in der Regel deutlich länger krank. Das gilt in besonderem Maße für den sehr operativ ausgerichteten Polizeiberuf, der in seinen Belastungen zum Teil auch als Spätfolge erhebliche Auswirkungen bei den Kolleginnen und Kollegen hat – nicht ausschließlich wegen langjähriger Wechseldiensttätigkeiten, aber auch deswegen.

Darüber hinaus sind es psychische Belastungen und physische Belastungen in allen Bereichen des beruflichen Lebens, die dann als Spätfolge häufig dazu führen, dass sich die Erkrankungen dort auch zeigen. Einen Teil davon muss ich allerdings als Hypothese formulieren, weil sie nicht über Daten verfügen konnten, welche Erkrankungen unmittelbar dahinter lagen. Deswegen konnte man diese These durch die Befragungen entsprechend identifizieren.

Danach war die Frage dann: Zentralisierung dieser Datenerhebungen? Oder was meinten Sie da im Konkreten? Das muss ich nachfragen: Welche Zentralisierung bzw. welche Mindeststandards haben Sie gemeint?

Dr. Marcus Optendrenk (CDU): Es geht um die Frage, ob man einen Teil der Maßnahmen, die getroffen werden, zentral als eine Art Mindeststandard für die gesamte Landesverwaltung definiert und ob man in einem zweiten Schritt dann die besonderen Anforderungen, die etwa der Polizeidienst oder andere Dienstarten auslösen, spezifisch macht. Das Kernproblem in der Vergangenheit schien uns zum Teil zu sein, dass eine Koordination nur auf Ebene der Zentralabteilungsleiter der Ministerien nicht das geeignete Mittel ist, wenn keiner am Schluss die Verantwortung dafür trägt, was der Standard ist und wie er dann umgesetzt wird.

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): Okay, ich habe das jetzt verstanden. – Wir haben auch bei der Betrachtung nach innen, in die Polizeistruktur hinein, bereits feststellen können, dass viele Bereiche des behördlichen Gesundheitsmanagements dezentral organisiert sind. Auch da haben wir Unterschiede festzustellen können. Das heißt: Letztlich werden Mittel bereitgestellt, die bei der entsprechenden Ausgestaltung und

auch bei der Ausschärfung der Maßnahmen in den örtlichen Behörden organisiert werden. Das ist sicherlich auch in der Durchführung nicht ganz verkehrt, weil dort natürlich immer individuell bekannt ist, welche Voraussetzungen in besonderer Weise zu berücksichtigen sind, hat aber im Rückschluss bei dem, was wir dann in der Wirkung der einzelnen Maßnahmen tatsächlich identifizieren wollen ...

Denn wir haben auch die Frage verknüpft: Können wir damit die Krankenstände senken? Das ist natürlich immer schwierig, tatsächlich zu identifizieren. Wenn man das möchte, wenn man also den Rückschluss auf die Wirkung des Gesundheitsmanagements tatsächlich auf fundierter Datenbasis treffen möchte, ist natürlich eine Zentralisierung zumindest der einzelnen Maßnahmen durchaus in Betracht zu ziehen. Denn ansonsten bestehen in der Tat Schwierigkeiten wegen der deutlich unterschiedlichen Ausgestaltung.

Die Frage, welche Erfahrungen man mit dem behördlichen Gesundheitsmanagement gemacht hat, ist – das habe ich vorhin schon gesagt – eine überwiegend dezentral organisierte Frage. In den einzelnen Behörden sind zwar die gleichen Strukturen, die entsprechende Ausgestaltung ist aber sehr unterschiedlich. Diese Feststellung haben wir bei den Erhebungen machen können. Insgesamt allerdings ist es natürlich so, dass durch die Implementierung des behördlichen Gesundheitsmanagements wesentliche Betrachtungen beispielsweise auf die Auswirkung von Führung, auf die Auswirkung auf die Arbeitsorganisation, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie viele Dinge, die wir in unserer Stellungnahme dargelegt haben, noch einmal in einen besonderen Fokus genommen wurden. Insofern konnten Sie positiv in die Alltagsarbeit übernommen werden. Daher sind die grundsätzlichen Erfahrungen mit einem behördlichen Gesundheitsmanagement bei der Polizei seit der Einführung positiv.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Bevor sie es vergessen Frau Düker hatte eine spannende Frage gestellt, die auch an Sie gerichtet war.

(Monika Düker [GRÜNE]: Man kennt den Verfasser! Ich nehme mal an, dass Sie das nicht so sehen! – Zurufe: Mikro!)

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): Richtig.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Dann ist die Frage beantwortet worden: Die Polizeigewerkschaft sieht das genauso.

Britta Werner (BDK NRW) (Stellungnahme 16/3436): Ich bedanke mich dafür, dass wir die Stellungnahme für den BDK einreichen durften. Ansonsten schließe ich mich Herrn Gerhardts Meinung vollumfänglich an.

Auch ich kann sagen, dass bei uns keine genauen Zahlen vorliegen. Im Hinblick auf den demografischen Wandel lässt sich feststellen, dass der Gesundheitszustand und auch die Belastungen der Kollegen immer extremer werden. In der Gesamtschau würde ich sagen, dass eine nachhaltige personelle Verstärkung, die wir schon gefor-

dert haben, in den belastenden Bereichen der steigenden Anzahl verwendungseingeschränkter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entgegenwirken würde. Dadurch könnten die Krankheitstage minimiert werden. Das ist auch in der Stellungnahme nachzulesen. – Ist das erst einmal beantwortet?

(Dr. Marcus Optendrenk [CDU] nickt.)

Vorsitzender Daniel Sieveke: Ja, selbstverständlich. Sie können immer nur beantworten, was Ihre Meinung ist. Das ist den Abgeordneten gerade, glaube ich, deutlich geworden.

Rainer Peltz (GdP NRW) (Stellungnahme 16/3553): Danke auch für die GdP, dass wir heute hier sprechen dürfen. – Ich fange mit dem Statistikproblem an. Im Statistikbereich haben wir eine Situation in der Polizei, die sich von der allgemeinen Verwaltung insgesamt unterscheidet: Wir haben nicht die klassische Fünf-Tage-Woche. Wir haben im Wach- und Wechseldienst letztlich sieben Tage pro Woche, 24 Stunden pro Tag, 366 Tage in diesem Jahr zu leisten. Wenn die Krankenstatistik nur auf die fünf Tage Montag bis Freitag reflektiert, haben wir Verzerrungen, die sich sowohl in den oberen als auch den unteren Bereichen der Statistik widerspiegeln können, die wir aber bis heute nicht endgültig aufklären konnten. Das sage ich zur Statistik, die sich für unseren Bereich der Polizei von der allgemeinen Verwaltung unterscheidet.

Zum BGMPol 2010 kann ich sagen: Wir haben maßgeblich daran mitgewirkt, diese Dienstvereinbarung des damaligen PHPR-Vorsitzenden und mit dem Innenminister zu schließen. Die Erfahrung der letzten vier Jahre ist allerdings, dass wir natürlich durch viele Sitzungen im Ministerium, denen ich selbst als PHPR beigewohnt habe, sicherlich viele Dinge auf den Weg gebracht haben. Aber durch die dezentrale Arbeit, die nicht nur im Ministerium, sondern auch in den Kreispolizeibehörden und in den Landesoberbehörden stattfinden, ist das sicherlich nicht unproblematisch, weil es da eben Unterschiede gibt.

Ganz kurz, denn darauf ist schon eingegangen worden, antworte ich zum Gesundheitsmanagement und zur Dienstrechtsreform. Die Modernisierung – jetzt hätte ich fast schon „Reform“ gesagt – ist gestern ein Thema gewesen. Wichtig ist für uns, auch dahingehend deutlich zu machen: Es ist richtig und wichtig, dass das auch im LBG stattfindet. Allerdings muss es auch umgesetzt werden und darf nicht deklaratorischen Wert haben. Das ist entscheidend und ganz wichtig.

Die Einführung des Gesundheitsmanagements insgesamt darf eines nicht sein, nämlich nicht eine Ersatzveranstaltung dafür, sich nicht mehr mit den krankmachenden Rahmenbedingungen des Dienstes auseinanderzusetzen. Dazu gehören dauernder Personalmangel – das wird zum Beispiel völlig ausgelassen –, krankmachende Arbeitszeitregelungen insbesondere im Schichtdienst, stetige Arbeitsverdichtung und – das kann ich aus Erfahrungen des PHPR oder aus den örtlichen Personalräten sagen – die Auffassung: Der Arbeitsschutz bei der Polizei ist immer noch ein Kind zweiter Klasse. Da muss es endlich nach vorne gehen. Das setzt sich ganz langsam im BGM-Pol-Bereich durch. Zumindest auf Ministeriumsebene sind die Ansätze da. Das wird in den Kreispolizeibehörden sehr unterschiedlich geregelt. Dabei ist ganz deutlich: Der

Stellenwert muss noch einmal deutlich erhöht werden, gerade auch mit Blick auf den angesprochenen Arbeitsschutz. Dazu zählt auch der Funkstreifenwagen.

Nur ganz kurz zum Personalmangel: Die Einstellungszahlen bei der Polizei müssen verstetigt werden, sonst geht es leider nach hinten durch, und es wird die nächsten drei Jahre Probleme geben. Unkonventionelle Dinge müssen jetzt beschlossen und umgesetzt werden. Wir haben zumindest im PHPR die Situation: Wie geht es weiter? Die Situation wird für uns eine Brückenlösung und kein Königsweg sein. Bezüglich der Einstellungspolitik ist es gut, aber wie können wir – jetzt komme ich zurück zum BGM-Pol und Arbeitsschutz – den Kolleginnen und Kollegen helfen, die in den nächsten drei Jahren von der Verdichtung der Arbeit betroffen sein werden, weil die Einstellungszahlen nicht da sind? Da sind erste Schritte gemacht, dass wir diese – an sie müssen wir denken – spürbar entlasten. Denn sie werden sonst nicht entlastet.

Jan Velleman (GdP): Da ist noch die Frage von Herrn Schatz nach der Bedeutung der psychischen Belastungen. Das ist schwer zu sagen. Die Kollegen berichten darüber. Subjektiv nimmt das sehr stark zu.

So viel auch zur Einflussnahme der Gewerkschaften auf solche Geschichten; wir haben uns sehr stark dafür eingesetzt, dass wir überhaupt nach Ursachen schauen. Seit wir darauf gedrungen haben, nutzen wir in der Polizei einen ganz großen Vorteil, den wir haben, über die freie Heilfürsorge, dass wir nämlich zumindest auf statistischer Basis in die ICD-10-Kennungen schauen können, die reinkommen. Dadurch entsteht natürlich kein komplettes Bild, aber zumindest gibt es Anhaltspunkte. Zumindest aus unserer Sicht ist das so. Da sollte man dann auch – das ist zumindest unsere Schlussfolgerung daraus – bei den psychischen Belastungen ein bisschen die Kirche im Dorf lassen. Die größten Belastungen und die größten Krankheitsursachen sind nach wie vor Muskel-Skelett-Erkrankungen mit rund 20 %, die etwas mit dem berühmten Schreibtisch zu tun haben. Sie haben vielleicht auch etwas mit falscher Ausrüstung und Ausstattung zu tun, die Fehlhaltungen begünstigen.

Wenn ich da hinein schaue, sehe ich Daten über die letzten vier Jahre. Dann bestätigt sich zumindest für die letzten vier Jahre in der Polizei nicht, dass psychische Erkrankungen stark zugenommen hätten. Im Gegenteil: Das ist ein relativ stabiler Wert. Aber das mag kein vollständiges Bild sein; da bin ich kein Experte. Aber der Satz der Fehltag, die durch psychische Erkrankungen ausgelöst werden, liegt ausweislich der Statistik bei unter 3 %. Daher wäre es zumindest aus unserer Sicht wichtiger, sich darum zu kümmern, dass die Leute im Streifenwagen vernünftig sitzen können und dass wir uns überlegen, wie wir an der Koppel Entlastung schaffen können, etwa indem nicht mehr so viel Zeug daran hängt bzw. nicht alles auf einmal daran hängen muss, indem vernünftige Büromöbel vorhanden sind. Das klingt alles sehr kleinteilig, aber so funktioniert das. Das hat wenig mit Gesundheitsmanagement als fluffigem Begriff zu tun, sondern mit der Umsetzung von ganz banalem uraltem Arbeitsschutzrecht. Da tun wir uns sehr schwer. Die Polizei ist da zumindest nach wie vor nicht gut aufgestellt.

Wenn Sie nach Gesundheitsmanagement fragen, würde ich Ihnen entgegenhalten: Wie wäre es denn mal mit einer durchgängigen Arbeitsschutzorganisation im öffentlichen Dienst in Nordrhein-Westfalen und vor allen Dingen bei der Polizei? Wir sind sehr

gespannt. Die Landesregierung hat jetzt ein Signal gesetzt, indem sie uns gefolgt ist, dem LBG endlich einen alten Zopf abschneidet und den Stellenwert des Arbeitsschutzes für die Beamten deutlich erhöht. Bisher hatten wir noch die anachronistische Situation, dass der Arbeitsschutz für die Beamten nur per Verordnung des Innenministers galt und nicht unmittelbar. Das wird jetzt endlich abgeschafft. Auch da müssen Taten folgen. Mal sehen, was daraus wird. Das sehen wir dann.

Ich möchte noch einige Sätze zur Frage „Ressorthoheit/Zentralisierung“ sagen. Wenn Sie in die DGB-Stellungnahme zum Dienstrechtsmodernisierungsgesetz schauen, werden Sie darin finden, dass wir das zwar alles für gut und richtig halten, aber doch der Meinung sind, dass man einen übergreifenden Prozess braucht, um das Ganze ein bisschen zu steuern. Einerseits: ja. Aber die Erfahrungen, die wir mit dem BGMPol machen, zeigen auch, dass Sie eigentlich einen örtlichen Ansatz brauchen. Den dürfen Sie durch Zentralisierung nicht kaputt machen. Wenn wir auf Landesebene sagen: „Psychische Belastungen sind ein Riesenproblem. Das machen wir jetzt, weil es in der DGU 2 neu ... Da muss jetzt ganz viel gemacht werden. Jetzt haben wir 2016 und BGMPol, Schwerpunkt psychische Belastungen“ – die Zahl ich Ihnen gerade gesagt –, ist die Frage, ob das immer sinnvoll ist, zentral solche Vorgaben zu machen. Aus unserer Sicht – das finden Sie auch bei uns in der Stellungnahme – wäre es viel sinnvoller, den Behörden vor Ort ein strukturiertes Angebot zu machen und zu sagen: Ihr möchtet euch in der Kreispolizeibehörde Olpe verbessern? Wir lassen euch eine qualifizierte externe Beratung angedeihen und lassen euch nicht im eigenen Saft schmoren.

Aktuell ist es so: Das kann die Kreispolizeibehörde Olpe machen. Aber bei den Mitteln, die im BGMPol dafür zur Verfügung gestellt werden, muss sie drei Jahre sparen. Dann hat sie noch keine einzelne Maßnahme, die bei der Beratung vielleicht herauskommt, umgesetzt. Das ist also ein bisschen mager aufgestellt an der der Stelle.

Das alles zu zentralisieren, mag auf den ersten Blick interessant erscheinen, aber Gesundheitsmanagement und vor allen Dingen Arbeitsschutz sind kleinteilige Geschichten. Sie müssen vor Ort ankommen.

Ich sage noch einen letzten Satz dazu. Dann bin ich wieder bei den Gewerkschaften und bei den Personalräten: Das alles fruchtet nichts, wenn es Ihnen nicht gelingt, die Beschäftigten mitzunehmen. Ob man sie über jede einzelne Maßnahme entscheiden lassen muss, darüber kann man sich vielleicht unterhalten. Dazu wird sicherlich gleich noch etwas gesagt. Aber grundsätzlich müssen die Leute das auch wollen. Sonst bekommen Sie eine Situation, in der sich ein 50-Jähriger schon mal fragt: Wieso willst du mir jetzt erklären, was ich essen soll und was ich nicht essen soll?

(Thomas Stotko [SPD]: Das ist bei meiner Frau genauso! – Heiterkeit)

Er fühlt sich dann unter Umständen bevormundet – vielleicht sogar zu Recht.

Prof. Dr. Richenhagen (FOM Hochschule) (Stellungnahme 16/3517): Herzlichen Dank, hier Stellung nehmen zu können.

(Zuruf: Jetzt ist das Mikro aus!)

Ich möchte zwei Vorbemerkungen machen, bevor ich auf die einzelnen Fragen eingehe.

(Zuruf: Mikrofon einschalten!)

Erstens ist noch zu wenig betont worden, dass Fehlzeiten ein ganz extremer Spätindikator sind.

(Zurufe: Mikro! Mikro bitte!)

Das heißt also: Bei Fehlzeiten bekommen Sie die Rechnung von vor fünf oder zehn Jahren präsentiert. Das heißt: Eine zu starke Fokussierung nur auf Fehlzeiten leitet betriebs- bzw. verwaltungspraktisch sofort in die Irre. Sie müssen Frühindikatoren verwenden oder sogar Gestaltungsindikatoren verwenden, um richtig steuern zu können.

(Fortgesetzt Zurufe: Mikro! – Zuruf: Hat der Stenograf das? –
Zustimmung von Stenograf Stefan Ernst)

– Das geht nicht, okay.

(Zuruf: Jetzt ist es wieder aus! Jetzt ist es an!)

– Das Mikrofon ist kaputt, okay. Ich weiß, wie man die Knöpfe drückt; so ist es nicht.

Also: extrem nachlaufender Faktor. In dem Faktor „Fehlzeiten“ verbergen sich zweitens ganz viele verschiedene Dinge. Darin verbergen sich klassische Arbeitsunfälle, aber genauso auch falsches Führungsverhalten. Das heißt: Mit dem Faktor „Fehlzeiten“ muss man sehr vorsichtig umgehen.

Das leitet jetzt über zu meiner zweiten Vorbemerkung, nämlich zu dem extremen und sehr kleinteiligen Geschehen, wie Sie es gesagt haben. Wenn Sie sich anschauen, was die Forschung dazu sagt, was erfolgreiches Gesundheitsmanagement ist, sehen Sie: Das setzt sich zusammen aus zehn bis 15 Einzelfaktoren oder, wie wir gerne sagen, Stellschrauben, die Sie drehen müssen. Da gibt es verschiedene Modelle. Ich will nicht in Details gehen. Ich hatte in meiner Stellungnahme das Konzept der Arbeitsfähigkeit angesprochen, aber Sie können auch den Kollegen Badura aus Bielefeld mit seinem Sozialkapital nehmen.

Sie müssen zehn bis 15 Stellschrauben drehen, um das Richtige zu tun. Auf der anderen Seite haben Sie die Tatsache, dass das ganze System getrieben wird von Moden, um das pointiert zu sagen. Psychische Belastungen will ich nicht als „Mode“ bezeichnen, aber es ist im Moment ein Hype in der Diskussion. Früher war das die gesunde Ernährung. Das heißt: Unternehmen und Verwaltungen – da sind die privaten wie die öffentlichen gar nicht anders – neigen immer dazu, gerade das zu tun, was in der Zeitung steht, um das einmal sehr pointiert zu sagen. Das kann aber in die völlig falsche Richtung führen und schmälert die geringen Ressourcen, die Sie für betriebliches Gesundheitsmanagement haben, immer mehr.

Also ist ganz wichtig – daraus muss man diesen Schluss ziehen –, dass Sie in jeder Verwaltung und jedem Unternehmen schauen müssen: Was ist hier eigentlich los? Das ist immer unterschiedlich. Dafür müssen Sie aber ein Modell haben, mit dem Sie diese zehn bis 15 Faktoren kontrollieren können. Wenn Sie das nicht haben, sondern

einfach nur eine grobe Sonde in das System hineinhalten und dann hoffen dass Sie das Richtige gemessen bekommen, geht es oft in die Irre.

Das heißt: Sie müssen dann – jetzt sind wir bei den praktischen Problemen –, die Behörden dazu befähigen, dass sie das können. Das ist nicht immer nur Hexenwerk, und sie brauchen nicht immer Sachverständige dafür, aber sie müssen einmal lernen, wie sie etwas generell machen. Dann können sie es nachvollziehen und über mehrere Jahre machen.

Denn – das ist mein ganz wichtiger zweiter Punkt – Sie bekommen Erfolge bei den Fehlzeiten, weil es so ein extrem nachlaufender Faktor ist, auch erst in fünf bis zehn Jahren präsentiert. Das heißt: Wenn Sie nur ein Jahr Gesundheitsmanagement machen, lassen Sie es besser. Dann haben Sie ganz kleine Erfolge, aber vielleicht auch gar keine. Also: Sie müssen nachhaltig arbeiten können. Dazu brauchen Sie Indikatoren, an denen Sie die Wirksamkeit nachvollziehen können. Die Indikatoren müssen betrieblich bzw. behördenintern unstrittig sein. Wenn Sie wieder darüber streiten, welche Indikatoren das eigentlich sind, wird das natürlich auch schwierig. Das waren die beiden Vorbemerkungen.

Jetzt zum ersten Punkt, zur Statistik. Es gibt ein statistisches Problem, das lösbar ist. Schauen Sie in andere Verwaltungen, etwa in Verwaltungen des Bundes oder der Stadt bzw. des Landes Hamburg. Der Stadtstaat Hamburg macht regelmäßig auf Basis einer standardisierten Erhebung Fehlzeitenstatistiken. Er rechnet diese Effekte heraus. Ich habe in meiner Stellungnahme darauf hingewiesen, wie man so etwas generell machen kann. Man muss es erstens statistisch bereinigen, zweitens muss man es altersstandardisieren, drittens muss man es geschlechterstandardisieren. Das ist aber alles kein Hexenwerk. Das geht. Das kann man gut machen. Aber man muss es auch tun.

Auch die Kollegen im Bund machen es und kommen zu geringeren Krankenständen als bei der alleinigen Betrachtung der Rohdaten. Sie sind aber immer noch höher als die Daten im privatwirtschaftlichen Sektor. Das zeigt sozusagen, was der Bestand an spezifischen Dingen ist, die der öffentliche Dienst selbst zu verantworten hat. Die liegen vielleicht bei 1 % bis 1,5 % des Kartenstandes im Vergleich zur Privatwirtschaft. Wenn er richtig daran herangehen muss, muss er diese Analyse sauber betreiben, muss die Maßnahmen sauber ableiten und muss sich nach drei, vier oder fünf Jahren anschauen, was dort zu machen ist und ob die Maßnahmen erfolgreich waren.

Das können Sie aber nur – wie gesagt, dann sind wir wieder bei der Frage „Vereinheitlichung“ –, wenn Sie allen Behörden so etwas wie ein Masterkonzept an die Hand geben. Das heißt nicht, dass alle Behörden das selbst genau machen müssen. Aber es gibt auf dem Markt viele Instrumente zur Erfassung von zum Beispiel psychischen Belastungen bei der Arbeit. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat eine dicke Toolbox herausgegeben mit round-about 150 Verfahren. Ich fände es falsch, die Behörden alleinzulassen und zu sagen: „Sucht euch da selbst etwas heraus“, zumal sie unterschiedlich geeignet sind. Da wird man zentral ein paar Dinge heraussuchen und dann wird man den Behörden das übergeben. Die können dann wählen und können das machen. Sie brauchen vielleicht in dem einen oder anderen Fall

Unterstützung. Da kann ich auf den Bund verweisen. Der hat das in der Demografiestrategie für seine Behörden so gemacht, dass er einen bestimmten Geldbetrag für Beratung zur Verfügung gestellt hat, um den sich Behörden bewerben können. Sie können dann sagen: Wir machen das. – Dann hat man drei bis vier Best-Practice-Beispiele. Dann ist das Thema durch, und die anderen können sich sozusagen an diesem guten Beispiel orientieren.

In meinem letzten Punkt möchte ich etwas zu der Frage der Beteiligung sagen. Wenn Sie ein Stück weiterlesen, sehen Sie: In meiner Stellungnahme schreibe ich unter Nummer IV, wie wichtig es ist, bei Zielen die Menschen, die Institutionen – hätte ich beinahe gesagt –, die Personalräte und die Leitungen zu beteiligen. Aber es darf am Ende nicht so sein, dass darüber abgestimmt wird, was gesundheitlich das Richtige ist. Es gibt eine Verantwortung des Dienstherrn und des Arbeitgebers dafür.

Ich mache ein ganz einfaches Beispiel, das nicht ganz von der Sache hier ab ist. Wenn Sie grundsätzlich zu wenig Personal haben, können Sie nicht mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement gesundheitliche Probleme lösen. Diese Verantwortung hat der Dienstherr bzw. der Arbeitgeber, wie auch immer Sie das ausdrücken. Das muss bleiben. Das kann man durch Beteiligung auch nicht erledigen. Insofern ist Beteiligung gut und muss in bestimmten Verfahren auch gemacht werden.

Wir machen das öfter. Wir machen Gefährdungsbeurteilungen. Wir machen betriebliches Gesundheitsmanagement. Wir haben immer Workshopmethodiken, in denen wir Maßnahmen gemeinsam mit den Beschäftigten entwickeln und dann auch umsetzen. Aber das ist auch das Maß an Beteiligung, bei dem man davon ausgehen kann, dass es zu guten Zielen führt. Wir sind weit davon entfernt, dem 55-Jährigen zu erklären, was er jetzt alles bei der Ernährung nicht mehr tun soll.

Dr. Julia Schröder (BGF) (Stellungnahme 16/3511): Vielen Dank für Ihre Fragen und Ihrem Interesse am Thema. Ich bin gerne hier, um sie zu beantworten.

Ich gehe kurz auf die Frage der Statistik ein, die zu Beginn gestellt wurde. Ich kann das wirklich kurz machen, weil ich mich meinen Vorrednern anschließen möchte. Ich denke: Das ist tatsächlich so, wie Sie beschrieben haben. Dadurch, dass Sie im öffentlichen Dienst mit den ersten drei Tagen erheben, die in der Regel nicht attestpflichtig sind, unterscheiden sich die Krankenstände mit Blick auf die Erhebungssystematik deutlich von denen, die in der freien Wirtschaft erhoben werden. Nominell, wenn Sie auf die Zahlen schauen, sehen Sie: Eben wurde von einem halben Prozent gesprochen. Wenn Sie das standardisieren und um andere Faktoren bereinigen, können das bis zu 1,5 % sein. Aber – das ist der Punkt, den ich dabei gerne machen würde – das Ganze ist insofern eine Scheindiskussion, als tatsächlich, selbst wenn Sie diese Unterschiede herausrechnen, die Krankenstände so hoch sind, dass es tatsächlich einen Handlungsbedarf gibt.

Vorgestern kamen die neuen Zahlen der AOK. Das sind die Daten, auf die wir direkt zugreifen können als 100-prozentige Tochter der AOK. Da war der öffentliche Dienst im dritten Jahr in Folge wieder an der ersten Stelle der belasteten Branchen mit dem

Krankenstand von 7,5 %. Das ist, wenn Sie sich die AOK-Versichertenklientel vorstellen, noch einmal eine andere Klientel als das, was in den entsprechenden Statistiken erhoben wird. Durch die Bank zeigt sich dort ein sehr hoher Krankenstand. Die Belastungs- und Beanspruchungspalette im öffentlichen Dienst ist eben hoch. Daher ist unbesehen von den Zahlen und unbesehen von Krankenständen ein Handlungsbedarf da. Ich glaube: So viel muss zu diesem Punkt festhalten.

Zu der Frage, ob wir eine zentrale Stelle brauchen, die steuert, oder ob wir besser bedient sind, wenn wir es dezentral laufen lassen, meine ich, dass es tatsächlich wichtig ist, wie Herr Richenhagen gerade andeutete, Mindeststandards zu haben – gerade in den Punkten „Anbieterauswahl“ und „Analyse“, die immer am Beginn stehen müssen und die sehr sauber gemacht werden müssen, damit man weiß, was mein Status quo ist und wie ich zu einer Zielsetzung und zu einer Kennzahlenformulierung komme, damit ich zielgerichtet weitergehen kann.

Daher: Mindeststandards – ja. Es muss ein gemeinsames Verständnis davon geben: Worüber reden wir und wo wollen wir hin? Aber in der Durchführung, beim Ausprobieren dessen, was für mein Ressort und für die Arbeitnehmergruppen, mit denen ich arbeite, das Richtige und das Wirksame ist, bin ich eher für einen partizipativen Ansatz und für einen Bottom-up-Ansatz, weil es hierbei tatsächlich auf das Detail ankommt. Wenn ich da zu viel auf den Metaebene festlege für die vielen verschiedenen Berufsgruppen, über die wir gerade sprechen, laufen wir Gefahr, dass wir nicht zielgerichtet arbeiten. Daher ist die intelligente Kombination von einem Bottom-up-Ansatz und einer Top-down-Festlegung von Mindeststandards für mich das Wichtigste.

Herr Schatz, Sie hatten nach den psychischen Belastungen gefragt. Die Frage, wie hoch sie sind, ist schwer pauschal zu beantworten. Wir haben gerade die Zahlen aus dem Bereich der Polizei gehört. Wir sind beispielsweise ganz viel im Gesundheitswesen unterwegs im Bereich der ambulanten und stationären Pflegedienste. Da ist die Zahl um ein Drei- bis Vierfaches höher. Sie ist exorbitant hoch. Damit will ich sagen, dass es auch hierbei ganz stark darauf ankommt, welche Branche ich betrachte und welche Art von Belastungstableau ich in den jeweiligen Berufsfeldern habe. Wie hoch ist der Frauenanteil? Davon abhängig schwankt die Anzahl der sogenannten F-Diagnosen – das ist die Gruppe der psychischen Belastungen, der psychischen Erkrankungen – sehr stark.

Aber im Gros der Branchen ist es tatsächlich die zweithäufigste Diagnosegruppe nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Das ist eine sehr komplexe Diagnosegruppe. Ich würde für fast alle Branchen sagen: Es gibt tatsächlich einen Handlungsbedarf, genauer hinzuschauen, in der Analyse auch diese Faktoren abzuklopfen und sich nicht rein auf die vermeintlich handfesteren Diagnosegruppen der Muskel-Skelett-Erkrankungen, Infektionserkrankungen oder Ähnliches zu konzentrieren. Die psychischen Belastungen sind zugleich auch die Diagnosegruppe, die am schwierigsten handhabbar zu machen und so herunterzubrechen ist, dass ich weiß: Was sind die konkreten Maßnahmentools im BGM, die hier wirksam sind? Denn das ist wiederum ein sehr breites Spektrum.

Sie hatten nach Beispielen im öffentlichen Dienst gefragt. Ich habe in meiner Stellungnahme einzelne angedeutet und geschrieben, was wir oft zurückgespielt bekommen –

auch von städtischer Ebene –: Es ist der Personalmangel, der unendlichen Druck ins System bringt. Dieser Druck schlägt sich nieder. Es sind umfangreiche Restrukturierungen bzw. Umstrukturierungen, die die Personen, die dort arbeiten, mitmachen müssen. Und es ist eine stark gewandelte Anspruchshaltung der Bürger, die einen Service von der öffentlichen Ebene erwarten. Da hat sich vielleicht auch in der Erwartungshaltung bzw. in der Erwartungskultur sehr viel getan.

Hiermit sind ein paar Dinge angesprochen, bei denen – den Personalmangel ausgenommen – uns die Belegschaften zurückmelden: Das ist eben so. Das sind meine Arbeitsbedingungen. Wie gehe ich damit um? – Hierbei kommen die Führungskräfte ins Spiel, weil die Führungskräfte eine ganz interessante Schlüsselposition haben, um Belastungen und Beanspruchungen abzufedern. Führungskräfte sind aber auch in der Hinsicht eine der am stärksten belasteten Gruppen, weil ein unheimlich hohes Anspruchsdenken herrscht. Sie sagen: Ich habe eine Fachkarriere gemacht. Ich bin in dem, was ich fachlich erfülle, sehr gut. Aber mich hat keiner menschlich darauf vorbereitet, diese Ansprüche auch noch zu erfüllen. Jetzt bin ich auch noch dafür verantwortlich, dass meine Leute gesund sind. – Das ist ein Satz, den man häufig hört.

Das heißt: Auch hier ist ganz viel Druck. Das ist aus meiner Sicht ein ganz lohnenswerter Bereich, um sich um die Führungskräfte zu kümmern, da Führungskräfte in ihrem eigenen Gesundheitsverhalten und in ihrer Rolle die Möglichkeit haben, ihre Teams, die sie führen, resilienter, widerstandsfähiger und gesünder zu machen. Das heißt: Auf dieses Handlungsfeld der gesunden Führungskultur würde ich gerne hinweisen. Denn Führung ist für mich als Arbeitnehmerin ein Arbeitsverhältnis.

Auf der anderen Seite hat man immer die Dichotomie zwischen den Arbeitsverhältnissen und dem Verhalten bzw. dem Gesundheitsverhalten. Wenn wir auf der individuellen Ebene sind, spielt beim Gesundheitsverhalten die Resilienz, also die psychische Widerstandsfähigkeit eine ganz große Rolle. Wie gehe ich persönlich mit Drucksituationen und mit Stresssituationen um? Da existieren sehr interessante Ansätze. Mittlerweile gibt es auch gut validierte Ansätze, die sagen: Auf der Verhaltensebene kann ich bei der Resilienz sehr gut ansetzen.

Thomas Stotko (SPD): Ich habe eine ganz andere Frage. In dem Antrag ist die Forderung nach einer landesweiten Studie ein wesentlicher Bestandteil. Wenn ich es richtig sehe, haben BDk und DPoIG darauf nicht reagiert. Ich habe es zumindest nicht gelesen; vielleicht habe ich es übersehen. Bei der GdP meine ich, gelesen zu haben: Eine landesweite Studie halten wir für keine kluge Idee, wenn überhaupt, muss sie ressortbezogen sein. Ich würde sie auf die Polizei beziehen. Bei Frau Dr. Schröder habe ich gelesen: Von einer Studie halte ich nichts; ich mache lieber direkt BGM.

(Heiterkeit von Dr. Julia Schröder [BGF])

– So steht es da drin. Ich gebe nur wieder, was Sie geschrieben habe.

Mich interessiert von den Sachverständigen: Wenn ich es richtig heraushöre, halten Sie von einer generellen landesweiten Studie nichts, weil das vermutlich zu unterschiedlich ist, aber Sie würden ressortbezogen etwas davon halten. Uns im Innenausschuss wird – das will ich jetzt deutlich sagen – insbesondere die große Anzahl der

Beschäftigten in der Polizei interessieren. Ist es sinnvoll, landesweit eine Studie durchzuführen in Bezug auf die Frage von Gesundheitsfaktoren und in Bezug auf das Gefühl der Beschäftigten in dieser Frage, oder macht so eine Studie keinen Sinn?

Dirk Schatz (PIRATEN): Ich habe im Prinzip auch eine Frage zu einer Studie, allerdings in einer anderen Richtung. Im Bereich der psychischen Belastungen sprachen gerade die Sachverständigen, die sich dazu geäußert haben, von objektiven Zahlen, die mit den Statistiken vorliegen. Gerade bei den psychischen Belastungen ist es so, dass es im einen oder anderen Bereich durchaus noch Vorbehalte gegenüber psychischen Erkrankungen gibt und sich der eine oder andere nicht zuzugeben traut, dass er eine psychische Erkrankung hat. Deswegen interessiert mich, ob Ihnen Studien bekannt sind, die sich – ich drücke das einmal kriminologisch aus – mit der Dunkelziffer der psychischen Erkrankungen befassen und ob Sie eventuell Zahlen aus diesen Studien haben.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Somit können wir die Runde beschließen. Das sind kurze und knappe Fragen, die wahrscheinlich nicht ausgiebig beantwortet werden müssen.

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): In der Tat war es eine kurze und knappe Frage. – In Bezug auf die eigentlich bereits wesentlich erforschten Bereiche für die Ursachen von Erkrankungen haben wir eben dargelegt, dass viele Belastungen in der entsprechenden beruflichen Vita zu sehen sind. Sie liegen oft in der Vergangenheit, wirken sich aber erst viele Jahre später aus. Das alles ist bekannt. In der Tat würde ich an der Stelle sagen: „Wir müssen das BGM in der Tat leben; wir brauchen dazu nicht noch Erhebungsgrundlagen“, wenn das die Frage konkret war.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Können Sie etwas zur Frage nach den Dunkelziffern sagen?

(Dirk Schatz [PIRATEN]: Dunkelziffer der psychischen Erkrankungen!)

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): Das ist eine ganz interessante Frage, weil Herr Velleman eben gesagt hat, es gebe ein Hellfeld der psychischen Erkrankungen. In der Tat ist das sehr klein. Dann muss man eben auch festhalten, dass wir tatsächlich in unserer Befragung – da kann ich jetzt ganz konkret zu den Dingen etwas sagen, die ich selbst in der Behörde identifizieren konnte –, feststellen konnten, dass sehr wohl Erkrankungen, die offenbar rein physische Ursachen haben, eigentlich in der Wirklichkeit ihre Ursache haben. Das ist ein Dunkelfeld, das wir nur sehr schwer beleuchten können, weil es in der Tat dazu kaum Erhebungen gibt. Aber wenn man die einzelnen Betroffenen bezüglich der Ursachen und bezüglich des Fernbleibens interviewt, stellt man fest: Da ist in der Tat ein größeres Feld, als das, was wir momentan identifiziert haben.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Die Frage war ja: Gibt es dazu Erhebungen? Denn daraus resultiert ja etwas.

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): Es gibt keine offiziellen Erhebungen dazu; das war ja die Frage.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Das Problem ist erkannt. Es ging nur darum herauszufinden, ob es eine Studie dazu gibt.

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): Nein.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Das ist nicht der Fall, okay.

Sascha Gerhardt (DPoIG NRW): Die ist mir nicht bekannt.

Britta Werner (BDK NRW): Zur landesweiten Studie kann ich mich auch anschließen, dass die Ursachen bekämpft werden müssen, dass immer mehr Arbeitsbelastung bei weniger Personal herrscht, Stichwort: Personalmangel. Das kann ich nur wiederholen. Das führt zu mehr Stress. Administrative Tätigkeiten könnten durch Angestellte ausgeführt werden; das ist auch zusätzliche Arbeit für die Polizeibeamten, die aber eigentlich eher auf ihre Fachlichkeit hin ausgebildet sind und sich da mehr binden sollten.

Ansonsten darf nicht vergessen werden – das ist auch schon in unserer Stellungnahme angebracht –: Die landesweiten Behördenziele zur Kriminalitätsbekämpfung der letzten Jahren – Stichworte: Rockerkriminalität, Terrorismus, die kriminalpolitisch bedeutsamen Phänomene des Wohnungseinbruchs und Taschendiebstahls, die Ermittlungskommissionen nach besonderen Einsatzlagen wie an Silvester 2015 – führen immer mehr zu erheblichen Belastungen. Wir haben kein Personal. Wir müssen immer mehr Personal aus den einzelnen Bereichen abziehen.

Ich möchte nicht auf dem Thema „Ausbildung“ herumreiten, aber auch da müsste es eine kriminalpolizeiliche Ausbildung direkt geben. Auch da sind die Kollegen gestresst, weil sie fachlich nicht gut genug ausgebildet werden.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Frau Werner, die erste Frage war: keine landesweite Studie?

Britta Werner (BDK NRW): Ja, keine landesweite Studie.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Können Sie zur zweiten Frage nach der Dunkelziffer auch kurz etwas sagen?

Britta Werner (BDK NRW): Erhebungen haben wir auch da nicht. Dazu kann ich keine Zahl liefern.

Rainer Peltz (GdP NRW): Landesweit ist immer eine Problematik, eine ressortweite Überprüfung sehr wohl ... Gerade in Bezug darauf, was in den letzten vier Jahren passiert ist. Die Nachhaltigkeit lässt sich erst in sechs, acht, zehn oder zwölf Jahren sehen. Dafür sind wir sicherlich.

Wie entwickelt sich das Ganze weiter? Zur Studie: Zumindest im Bereich der Polizei ist mir bekannt, dass sie bei der psychischen Belastung demnächst angegangen werden soll. Aber Ressortbereich? Das wird auch.

Zur Dunkelziffer kann nur sagen: Mir ist keine einzige Studie bekannt. Beim Hellfeld hätten wir keine Dunkelziffer mehr. Eine solche ... Das sind alles nur Annahmen und keinerlei klare Aussage, die man da treffen könnte.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Die Frage war, ob es eine landesweite Studie geben soll. Herr Prof. Dr. Richenhagen, können Sie dazu etwas sagen, obwohl die Polizeigewerkschaften direkt angesprochen worden sind.

Prof. Dr. Richenhagen (FOM Hochschule): Aus wissenschaftlicher Perspektive wäre es sehr gut, wenn man wüsste, wo eigentlich die Ursache dafür liegt, dass der öffentliche Sektor auf allen Ebenen in Deutschland höhere Krankenstände als der privatwirtschaftliche Sektor hat. Das ist nicht wirklich aufgeklärt. Ich habe am Institut extra recherchieren lassen. Es gibt keine Untersuchungen, die wirklich schlüssig erklären können, warum der öffentliche Dienst immer 0,5 % bis 1,5 % mehr Krankenstand hat als die Privatwirtschaft, wenn man alles herausrechnet, was an Besonderheiten da ist.

Da muss noch etwas sein, das wir nicht kennen. Insofern wäre eine Studie aus unserer Sicht gut, um die Frage endlich einmal beantworten zu können, ob zum Beispiel – jetzt mache ich eine These, die vielleicht ein bisschen polarisiert – die Führungsstile im öffentlichen Sektor so schwierig sind. Wenn man nämlich einen der 15 Einzelfaktoren sucht, der am meisten Arbeitsfähigkeit vernichtet, ist es Führung. Ich sage immer den Führungskräften in Führungsseminaren: Wenn Sie die Idee hätten, Arbeitsfähigkeit zu vernichten, machen Sie es mit schlechter Führung. Das geht am effektivsten. – Daher wären wir schon ganz interessiert daran zu wissen, warum der öffentliche Dienst durchgängig höhere Krankenstände hat.

Zum Zweiten: Zu den psychischen Belastungen muss man sagen, dass schon ein Ansteigen – das machen wir mit den AOK-Daten auch – der Zahl der psychischen Erkrankungen festzustellen ist, was aber wiederum ein sehr komplexes Phänomen ist. Früher hat man das in den Rücken geschoben – im wahren Sinn des Wortes –, heute wird es eben psychologisiert – etwas untechnisch ausgedrückt. Das ist ein schwieriges Phänomen, mit dem man umgehen muss, genauso wie das viel beachtete und viel in der Öffentlichkeit diskutierte Phänomen Burn-out. Burn-out ist erst einmal keine richtige Diagnose. Zweitens verbirgt sich dahinter fast immer bzw. sehr oft Depression. Die können Sie nicht im betrieblichen Gesundheitsmanagement bearbeiten. Da muss der betroffene Mensch in fachärztliche Behandlung.

„Psychische Belastungen“ ist nicht der Ausdruck, den die Beschäftigten oder Sie befürchten sollten, sondern „psychische Belastungen“ sind im Sinne des Gesetzes, auch

im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes nichts anderes als Arbeitsbedingungen, die psychisch wirken. Man muss sich anschauen, ob im öffentlichen Dienst besondere Arbeitsbedingungen so negativ psychisch wirken, dass es zu Erkrankungen kommt. Das ist objektive Frage. Man kann Leute fragen, wie sie auf sie wirken, aber man kennt aus der Forschung natürlich auch Situationen, die besondere psychische Beanspruchungsfolgen – das ist der Fachausdruck – zeitigen. Also sollte man sich anschauen: Wie sind die psychischen Bedingungen im öffentlichen Sektor? Sie sind sehr unterschiedlich – von der Polizei angefangen bis zum Kommunalbeamten, der die Hundesteuer berechnet, wenn das überhaupt heute noch notwendig ist. Das weiß ich gar nicht.

Daher: Aufklärung über die Ursachen ist es erforderlich. Sonst können Sie immer nur bisschen mit dem Schrotgewehr schießen.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Frau Dr. Schröder, landesweite Studie?

Dr. Julia Schröder (BGF): Jein. Ich habe das ein bisschen provokativ oder sehr direkt in meiner Stellungnahme formuliert, weil ich der Auffassung bin: Man darf es nicht „Studie“ nennen, damit in den Köpfen derjenigen, die hinterher die das BGM durchführen sollen, nicht abgespeichert ist: Da kommen Forscher, machen eine Studie, und dann machen wir hinterher mal BGM. – Mein Punkt war vielmehr: Ihr müsst das integriert sehen.

Diejenigen, die dann die Maßnahmenplanung aufsetzen, diejenigen, die die Kennzahlen formulieren – woran will ich in drei Jahren in meiner Behörde messen, dass es etwas gebracht hat bzw. dass es eine Wirksamkeit entfaltet hat –, sind diejenigen, die in der Analyse – deshalb habe ich auf „Analyse“ statt auf „Studie“ verwiesen – schon beteiligt sein müssen. Das heißt: Mir geht es weniger darum, wenn die Mittel da sind, beides zu machen, zu sagen: Wir gehen noch einmal from the scratch wissenschaftlich heran, machen eine ressortübergreifende Studie für das gesamte Land, um in verschiedene Bereiche zu schauen. – Das wäre der Goldstandard. Aber wichtiger ist aus meiner Sicht, in dem jeweiligen Kreis – es spielt eine große Rolle, ob ich in der Stadt Köln bin, oder ob ich in einem Polizeidezernat in der Fläche bin, irgendwo draußen in der Jülicher Börde oder so – möglichst kleinteilig für meinen Bereich, für mein Ressort, für die Berufsgruppen, mit denen ich in den nächsten Jahren im Bereich des BGM arbeiten möchte, zu schauen: Welche Belastungen gibt es hier? Es geht darum, eine zielgenaue Analyse zu machen. Das zielgerichteter und in seiner Wirksamkeit vielversprechender.

Zur zweiten Frage nach der Dunkelziffer ganz kurz: Nein, ich kenne auch keine Studie. Es gibt mittlerweile Studien, die belegen, dass die Dunkelziffer ein bisschen schrumpft, da es eine Entstigmatisierung gibt und ein geändertes Kodierverhalten der Ärzte gibt. Was früher noch oft als „Rücken“ kodiert wurde oder in sämtlichen somatischen Diagnosegruppen, wird heute eher als das kodiert, was es ist, nämlich eine F-Diagnose, eine psychische Diagnose. Aber auch das ist nicht in allen Branchen so. Wenn man sich die AOK-Krankenstandsdaten für die Gießereien anschaut – Männerbranche, härte Männer –, sieht man: Da gibt es kein „Psych“. Wenn Sie in die Diagnosegruppen

der Kita-Erzieherinnen und der Lehrerinnen schauen, sehen Sie: Da trauen sich viele, zum Hausarzt zu gehen, das anzusprechen und zu sagen: „Ich habe Angstzustände. Ich habe Depressionen.“ Dann wird das auch als solches kodiert.

Das sind die Studien, die mir gerade einfallen, die sehr gut nachweisen können: Der Anstieg an F-Diagnosen, über den auch alle Zeitungen schreiben, und der Anstieg an psychischen Belastungen sind vielleicht diesem ehrlicheren Kodierverhalten der Ärzte geschuldet. Aber das erklärt es auch nur zum Teil. Das erklärt nicht das gesamte Phänomen.

Mir fällt kein methodisches Design ein, mit dem man das zuverlässig nachweisen könnte: Was davon ist Dunkelziffer, und was nicht? – Kurze Antwort: Nein, gibt es nicht.

Jan Velleman (GdP): Ich habe mich an einer Stelle vertan. Es sind nicht 3 %, sondern 5 %. Ich habe extra noch einmal nachgeschaut. Also: ein bisschen mehr schon, aber der Trend bleibt richtig. Er ist sogar leicht sinkend. Ich habe mir die Zahlen herausgesucht. Dann ist das auch vollständig. Von 2012 bis 2014 liegen die psychischen Störungen fast durchgängig zwischen den Plätzen 8 und 9 der Diagnosehäufigkeit. Das fällt dann ab: 2012, gestartet sind wir mit 5,6 % und liegen jetzt bei 5,3 %. Daraus kann ich keinen Trend ableiten. Das bleibt relativ konstant. Nach dem, was Sie eben gesagt haben, müssten wir eine Studie über das Diagnoseverhalten der Polizeiarzte veranlassen.

Vorsitzender Daniel Sieveke: Man kann das eine tun, ohne das andere zu lassen. So ist mein Fazit aus bestimmten Äußerungen.

Weitere Wortmeldungen liegen mir zu diesem sicherlich wichtigen Thema nicht vor. Aber das wurde auch schon in der gestrigen Anhörung thematisiert und wird sicherlich in der weiteren Dienstrechtsmodernisierungsdebatte besprochen. Davon können Sie ausgehen – zumindest in einigen Sachverhalten.

Man muss darüber hinaus hinterfragen, ob in der Privatwirtschaft die Statistik in Ordnung ist oder ob sie da zu niedrig ist, weil sich vielleicht Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft nicht trauen, bestimmte Erkrankungen zuzugeben. Vielleicht ist da auch eine Bereinigung notwendig.

Wir werden das stenografische Wortprotokoll – dafür einen Dank an den Stenografischen Dienst und die Ausschussassistenten – nach den Osterferien bekommen. „Nach den Osterferien“ ist ein weiter Begriff. Das wird etwas länger dauern als das Protokoll von der gestrigen Sitzung.

Ich danke Ihnen, dass Sie da waren, und freue mich, die Kollegen am Donnerstag zur nächsten Sitzung des Innenausschusses begrüßen zu dürfen, zu der auch unsere Gäste herzlich eingeladen sind.

gez. Daniel Sieveke
Vorsitzender

Anlage

22.04.2016/25.04.2016

325

Sachverständigengespräch des Innenausschusses des Landtags NRW

**Hohe Krankenstände in der Landesverwaltung durch Einführung
eines pro-aktiven Gesundheitsmanagements senken**

Antrag der Fraktion der CDU, Drucksache 16/8981

Dienstag, 8. März 2016, 14.00 Uhr, E 3 D 01

Tableau

Stand: 08.03.2016

Eingeladen	Redner/in weitere Teilnehmer	Stellungnahme
Erich Rettinghaus Vorsitzender der DPoIG NRW	Sascha Gerhardt Wolfgang Orscheschek	16/3522
Sebastian Fiedler Vorsitzender des BDK NRW	Britta Werner	16/3436
Rainer Peltz stellv. Landesvorsitzender der GdP GdP Landesbezirk NRW	Rainer Peltz Jan Velleman	16/3553
Prof. Dr. Gottfried Richenhagen FOM Hochschule, Essen	Prof. Dr. Gottfried Richenhagen	16/3517
Dr. Julia Schröder Institut für Betriebliche Gesund- heitsförderung BGF GmbH, Köln	Dr. Julia Schröder	16/3511
<i>Roland Staude</i> <i>Vorsitzender des DBB NRW</i>	<i>keine Teilnahme</i>	---
