

Krankenrückkehrgespräche – Eine Maßnahme des Vertrauens?

Die Diskussion um krankheitsbedingte Fehlzeiten und die damit verbundenen Kosten für Unternehmen der Privatwirtschaft gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in Großbetrieben sind betriebliche Fehlzeitenprogramme aufgelegt worden, die Maßnahmen wie Krankenbesuche, Kontrollanrufe, Anwesenheitsprämien, Überprüfung durch den Betriebsarzt und Krankenrückkehrgespräche beinhalten¹⁾. Eine Umfrage des Instituts der deutschen Wirtschaft in Köln bei 380 Unternehmen mit insgesamt 3,6 Millionen Beschäftigten zeigte auf, daß die am häufigsten praktizierte Maßnahme in den Betrieben das Rückkehrgespräch ist²⁾.

Im Zuge der Verwaltungsmodernisierung und dem damit verbundenen Ziel eines effizienteren Handelns ist die Fehlzeitendiskussion auch in die Dienststellen der Behörden und Verwaltungen hineingetragen worden. Anfang des Jahres 1997 wurden Staatsbedienstete erstmals hellhörig, als der damalige Innenminister Kanther laut über Krankenkontrollbesuche nachdachte. Grundlage dafür war eine interne Untersuchung der Krankenstände in den Bun-

desbehörden, die eine Krankenquote von 7,4 % ergab. Bei einer durchschnittlichen Quote von 5,9 % (von März 1995 bis März 1996) wurden die Bundesbediensteten folglich 25 % häufiger krank geschrieben als die übrigen Arbeitnehmer³⁾. Zwar wurden die Kontrollbesuche vorerst abgewendet, viele der o. g. Maßnahmen, so auch Krankenrückkehrgespräche, halten jedoch nach und nach Einzug in die öffentlichen Verwaltungen, was insbesondere die Personalräte zum Handeln zwingt.

Zur besseren Einordnung der Meldungen über außergewöhnlich hohe Krankenstände im öffentlichen Dienst werden im folgenden zunächst aktuelle Zahlen zum Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung im Vergleich mit anderen Branchen dargestellt. Anhand eines Praxis-Beispiels wird dann der Ablauf eines Krankenrückkehrgespräches beschrieben und daran anschließend dieses Mittel zur Fehlzeitenreduzierung aus der Sicht der Beschäftigten kritisch bewertet. Das Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten des Personalrates⁴⁾ soll Personalräte in den Stand versetzen, sich konstruktiv an der Debatte um Fehlzeiten zu beteiligen und anstelle oder zumindest in Ergänzung von Krankenrückkehrgesprächen eine

1) Vgl. Borowiak/Taubert, Das Rückkehrgespräch – Ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung, Personalführung 1997, S. 1086 ff.; Bueren, Krankenrückkehrgespräche – kein Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Arbeit & Ökologie-Briefe 1997, S. 7 ff.; Fischer/Kiesche, Krankenrückkehrgespräche, AiB 1997, S. 639 ff.; Friczewski/Drupp, Fehlzeitenmanagement durch Rückkehrgespräche, AOK-Angebot für Firmenkunden, DOK 23–24/97, S. 745 ff.; IG Metall (Hrsg.), Fehlzeitendebatte und Krankenkontrolle. Eine Argumentationshilfe der IG Metall zum Thema „Krankenrückkehrgespräche“, 1996: Nieder u. a., Damit das Kümmern nicht verkümmert. Personalführung 6/97, S. 564 ff.; Wompe, Jagd auf Kranke – Rückkehrgespräche auf dem Vormarsch, (Hrsg.), 2. Auflage, Juni 1998.

2) Vgl. Beigel, Reduzierung von Fehlzeiten bei Opel, Angewandte Arbeitswissenschaft Nr. 151, 1997, S. 49 ff.

3) Vgl. Öffentlicher Dienst – Da muß etwas passieren, Spiegel 3/1997, S. 24 ff.

4) Zu Handlungsmöglichkeiten s. auch Herbst, Einflußmöglichkeiten des Personalrats bei Kündigung wegen Krankheit, PersR1994, S. 503 ff.

vorausschauende und systematisch betriebene betriebliche Gesundheitsförderung zu initiieren.

1. Krankenstand im öffentlichen Dienst

Die Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)⁵⁾ (s. Abb. 1) zeigen, daß der Krankenstand der AOK Mitglieder in der öffentlichen Verwaltung 1997 mit 6,1 % deutlich über dem durchschnittlichen Krankenstand von 5,1 % liegt. Das WIdO erklärt dazu: „Bei dem hohen Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung muß allerdings berücksichtigt werden, daß ein großer Teil der AOK-Mitglieder in Bereichen mit hohen Arbeitsbelastungen tätig ist, wie z. B. im Straßenbau, in der Straßenreinigung, Abfallbeseitigung, in Gärtnereien etc. Eine gewisse Rolle dürfte auch die Tatsache spielen, daß in der Regel die öffentlichen Verwaltungen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Schwerbehinderter stärker nachkommen als die übrigen Branchen.“⁶⁾

Im Bericht des Bundesverbandes der BKK⁷⁾ finden sich ähnliche Zahlen: der Krankenstand der bei einer BKK versicherten Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung betrug 1997 6,6 % gegenüber einem durchschnittlichen Krankenstand von 4,9 %. Hier erklärt der Bundesverband ebenfalls, daß die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltungen „häufig unter besonders belastenden Bedingungen ar-

beiten (Schichtarbeit, Arbeiten im Freien, körperliche Belastungen usw.). Die BKK-Pflichtversicherten, die in öffentlichen Verwaltungen beschäftigt sind, arbeiten vor allem in städtischen Betrieben wie Straßenreinigung oder Müllabfuhr, wo der Krankenstand mit durchschnittlich 35 Arbeitsunfähigkeitstagen (entspricht 9,6 %) besonders hoch ist.“⁸⁾

Auch die Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten Studie der Bertelsmann Stiftung⁹⁾ belegen, daß Mitarbeiter von öffentlichen Verwaltungen häufiger krank sind als andere Arbeitnehmer. In 32 Städten wurden die Krankenstände ermittelt und in Korrelation zu der Mitarbeiterzufriedenheit gesetzt. Dabei stellte sich heraus, daß die **Krankenquoten** in der Regel umso **höher** sind, je **geringer** die **Zufriedenheit** mit der Gleichbehandlung aller durch die direkten Vorgesetzten ist, je **weniger** die Delegationsregeln eingehalten und beachtet werden und je **eingeschränkter** die Mitarbeiterbeteiligung bei Entscheidungen bezüglich des Arbeitsbereiches ist. Die Autoren der Studie folgern, daß Defizite im Führungsverhalten entscheidenden Einfluß auf die Motivation der Mitarbeiter haben und damit letztlich auch auf die Häufigkeit der Krankheitstage.

Der Blick auf die dem WIdO Branchenreport 1997¹⁰⁾ entnommene Statistik der Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) (s. Abb. 2 und 3) zeigt, daß 1996 bei AOK Mitgliedern der öffentlichen Verwaltung überdurchschnittlich häufig Muskel-/Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen und psychiatrische Erkrankun-

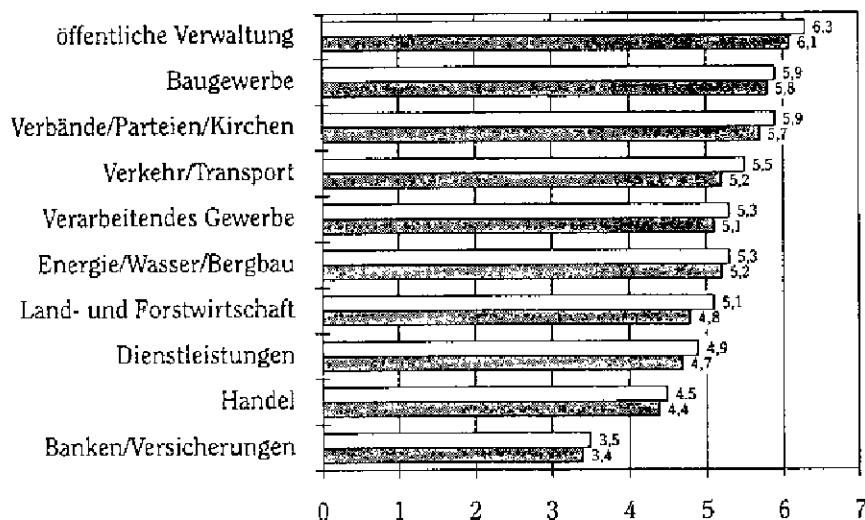
gen auftraten. Das WIdO weist bezüglich des hohen Prozentsatzes von AU-Tagen bei Muskel-/Skeletterkrankungen darauf hin, daß die in die Statistik eingegangenen AOK-Mitglieder, die im Bereich der öffentlichen Verwaltung beschäftigt sind, in der Mehrzahl Tätigkeiten ausüben, die mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind. Weiterhin heißt es, daß „im Gegensatz zu den Muskel-/Skeletterkrankungen und den Verletzungen [...] der Anteil der Atemwegserkrankungen am Krankenstand besonders hoch in Branchen mit einem hohen Angestelltenanteil [ist]. Am höchsten ist er bei Banken und Versicherungen (18,2 %), bei Verbänden, Parteien, Kirchen (18,1 %) und im Dienstleistungsbereich (16,1 %)“¹¹⁾.

Die dargestellten Zahlen belegen, daß zwar der Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung vergleichsweise hoch ist, insgesamt aber hier wie in den anderen Branchen eine Verringerung der Fehlzeiten deutlich zu erkennen ist (s. Abb. 1). Dennoch setzen öffentliche Arbeitgeber auf Instrumente der **Fehlzeitenreduzierung** und damit auch auf **Krankenrückkehrgespräche**¹²⁾.

2. Praxis-Beispiel: Krankenrückkehrgespräche bei der Adam Opel AG

Das früheste und am besten dokumentierte Beispiel für Rückkehrgespräche ist

Abbildung 1: Krankenstand in % nach Wirtschaftszweigen, 1997 im Vergleich zum Vorjahr, AOK-Mitglieder



(Quelle: WIdO Presseinformation vom 14. Mai 1998)

5) Vgl. WIdO (Hrsg.), Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft – Branchenreport 1997, Bonn 1998.

6) Ebenda, S. 13

7) Vgl. Presseinformation des BKK-Bundesverbandes vom 12. Oktober 1998.

8) Ebenda, S. 3 (die Zahlen wurden zur besseren Vergleichbarkeit mit den AOK-Daten umgerechnet: 10 Krankheitstage entsprechen bei 365 Kalendertagen einem Krankenstand von 2,7 %).

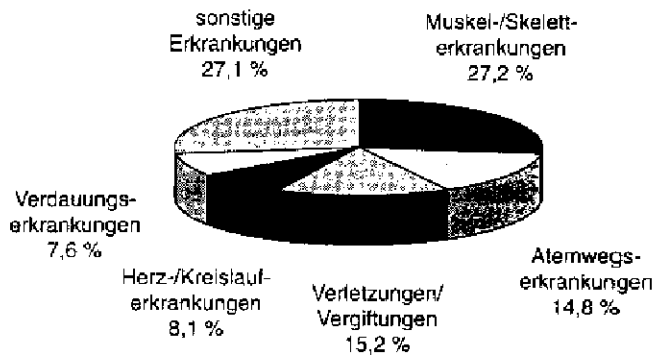
9) Vgl. Presse-Mitteilung der Bertelsmann Stiftung vom 6. November 1998: „Krankenquote im öffentlichen Dienst besonders hoch – Defizite im Führungsverhalten demotiviert Mitarbeiter“, Studie auf der Basis von Daten aus interkommunalen Leistungsvergleichen.

10) Vgl. WIdO (s. Fn. 5)

11) Ebenda, S. 54.

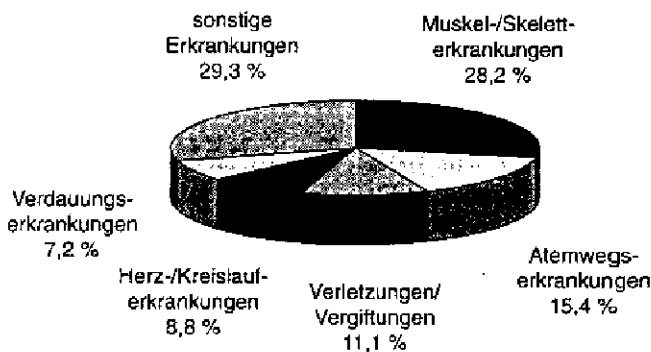
12) Mitteilung des Niedersächsischen Innenministeriums vom 17. März 1997: „Entsprechend den Grundstrukturen des Rahmenkonzepts Personalentwicklung wird das Personalgespräch bei häufigen Kurzerkrankungen im Vordergrund der Überlegungen stehen.“

Abbildung 2: AU-Tage nach Krankheitsarten – alle AOK-Mitglieder 1996



Quelle: WIdO (Hrsg.), Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft – Branchenreport '97, Bonn 1998

Abbildung 3: AU-Tage nach Krankheitsarten – Öffentliche Verwaltung, AOK-Mitglieder 1996



Quelle: WIdO (Hrsg.), Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft – Branchenreport '97, Bonn 1998

Grundsätzlich müssen alle Mitarbeiter, die aus einer Krankheit bzw. Fehlzeit zurückkehren, an den vom direkten Vorgesetzten zu führenden Gesprächen teilnehmen. Um die „Ärmsten der Armen“¹³⁾ zu schützen, wurde allerdings festgelegt, „daß kein Gespräch der nächsthöheren Stufe geführt werden muß, wenn der/die Betroffene nach einer Fehlzeit aus den folgenden Gründen zurückkehrt:

- genehmigte Kur,
- Krankheit während der Schwangerschaft,
- Krankheit nach einem Arbeitsunfall
- abgebrochener Arbeitsversuch noch vor Ablauf der Arbeitsunfähigkeit
- Nach- und Folgebehandlungen noch vor Ablauf der Arbeitsunfähigkeit
- ein Tag Krankheit im Zeitraum von mehr als neun Monaten seit dem ersten Gespräch“¹⁴⁾.

Zur Erreichung der o. a. Ziele ist der AVP nach den drei Prinzipien Standardisierung, Visualisierung und Dokumentation aufgebaut.

Die Standardisierung zeigt sich darin, daß jeder Vorgesetzte eine Mappe mit einheitlichen Vordrucken zur Führung und Dokumentation der Gespräche erhält. Vorgeschrieben sind die Gesprächsstufen, die Akteure, die Anlässe/Fristen, die Zielrichtung und die Phasen des Gesprächsablaufs (Information, Befragung, Ergebnis). Die dezidierten Rollen- und Gesprächsanweisungen sind selbsterklärend und unmißverständlich formuliert und sollen die Vergleichbarkeit der Gespräche sichern. Die Fragen sind standardisiert und mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten versehen. Die Vorgesetzten werden in der Handhabung des AVP speziell geschult. Visualisierung bedeutet die Veranschaulichung der Abwesenheit jedes Mitarbeiters im Arbeitsbereich, die Darstellung der Fehlzeitenquote im Arbeitsbereich und im Unternehmen und die Veröffentlichung der Zahl der geführten Gespräche. Krankenstand, Rotations- und Flexibilisierungsplan hängen offen aus. Hilfsmittel sind Interaktionstafeln, Klebepunkte und monatliche Meldungen. In der Werkszeitung werden die Krankenstände der Abteilungen veröffentlicht.

13) Vgl. Spies/Beigel, Einer fehlt, und jeder braucht ihn. Wie Opel die Abwesenheit senkt, 1996, S. 102 – 107, S. 161.

14) Borowiak/Taubert (s. Fn. 1), S. 1088.

15) Spies/Beigel (s. Fn. 13), S. 165.

16) Vgl. ebenda, S. 116f.

17) Ebenda, S. 105.

18) Ebenda

der **Anwesenheits-Verbesserungs-Prozeß** (AVP) der Opel AG. Rückkehrgespräche, die in anderen Unternehmen eingeführt worden sind, können sich von diesem Beispiel graduell unterscheiden. In vielen Unternehmen diente der AV-Prozeß, der bei Opel Rüsselsheim 1994/95 begann, aber ganz offensichtlich als Vorbild. Von daher soll dieses Modell ausführlich vorgestellt werden. Bei der Entwicklung des AVPs sind die Betriebsräte einvernehmlich beteiligt worden¹⁵⁾. Insgesamt kann der Anwesenheitsverbesserungsprozeß als ein „eskalierender Prozeß der Repression“¹⁶⁾ bezeichnet werden. Der AVP wird als Instrument verstanden, „mit dem sich die Abwesenheitsraten senken lassen, indem diejenigen erfaßt werden, die die krankheitsbedingte Abwesenheit ausnutzen wollen ... um bei Bedarf entsprechende massivere arbeitsrechtliche Schritte einleiten zu können“¹⁷⁾. Die Gespräche sollen sowohl **motivieren** als auch **disziplinieren**. Detailziele, die mit dem AVP verfolgt werden, sind Ko-

stenreduktion, Verbesserung des Arbeitsklimas, Motivation, Disziplinierung, Ursachenerforschung der Krankheit/Fehlzeit, Vergleichbarkeit der Gespräche, Transparenz der Fehlzeiten und deren Konsequenzen für das Unternehmen und verstärkte innerbetriebliche Aufmerksamkeit auf das Fehlzeitenverhalten der Beschäftigten.

Insgesamt ist der AVP **vierstufig** mit sich **verschärfenden Gesprächsarten** aufgebaut. Jeder Mitarbeiter, der nach einer ersten Krankheit in den Betrieb zurückkehrt, wird zu einem Motivationsgespräch geladen. Zu den sich anschließenden Mitarbeiter-, Personal- und Fehlzeitengesprächen werden die aus einer Krankheit zurückkehrenden Mitarbeiter dann verpflichtet, wenn weniger als neun Monate seit ihrer letzten Fehlzeit vergangen sind. Findet innerhalb von neun Monaten keine Fehlzeit statt, so wird der AVP bei der nächsten Fehlzeit wieder beginnend mit dem Motivationsgespräch durchlaufen¹⁸⁾.

Dokumentation meint die vorstrukturierte Protokollierung der Ergebnisse dieser Gespräche – ausgenommen ist das Motivationsgespräch – und damit eine lückenlose Feststellung der Abwesenheiten und vor allem den eindeutigen und nachvollziehbaren Nachweis über die geführten Gespräche. Im folgenden wird der Aufbau des AVP ausführlicher geschildert¹⁹⁾.

Nach der ersten Abwesenheit (**Stufe 1**) werden die kranken Mitarbeiter bei ihrer Rückkehr durch den betrieblichen Vorgesetzten zu einem **Motivationsgespräch** geladen. „Wir haben Sie vermisst und freuen uns, daß Sie wieder da sind“. Die Unterlagen zu diesem Gespräch sind mit dem Symbol der offenen Arme gekennzeichnet. Gefragt wird nach dem Grund für die Fehlzeit/Krankheit, nach dem weiteren Wohlbefinden, nach Wünschen für die weitere berufliche Entwicklung, nach Vorschlägen zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes und nach dem persönlichen Umfeld, den Hobbys und sonstigen Interessen des Mitarbeiters. Offensichtlich soll der Vorgesetzte Ursachen für die Krankheit erheben, die im persönlichen Umfeld des Beschäftigten bzw. in den Arbeitsbedingungen liegen können.

Bei der **Stufe 2** (weitere Abwesenheit innerhalb von 9 Monaten) werden im **zwangsweisen Mitarbeitergespräch** dem Mitarbeiter die Folgen seines Fehlens für die Abteilung aufgezeigt. „Sie fehlen uns im Arbeitsprozeß“. Jetzt ist das Symbol bezeichnenderweise die gelbe Karte. Gleichzeitig muß ein Bogen ausgefüllt werden, mit Fragen wie z. B. „Wie er auf häufiges Fehlen eines Kollegen reagieren würde“ und wiederum mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Auf Wunsch des Mitarbeiters kann ein Vertreter des Betriebsrates hinzugezogen werden, die Unternehmensseite kann den Werksarzt hinzuziehen. Auch beim Mitarbeitergespräch sollen Arbeitssituation und -bedingungen erörtert werden. Zu den genannten Problembereichen in den Arbeitsbedingungen sollen Problemmunikationsberichte (PKB) gefertigt werden, die betriebsintern weiter aufgearbeitet werden²⁰⁾.

Bei der **Stufe 3** nach erneuter Abwesenheit innerhalb von 9 Monaten erfolgt das **Personalgespräch**. Diesmal nimmt auch der nächsthöhere Vorgesetzte teil. Das Personalgespräch dient dazu, dem Mitarbeiter deutlich die klaren Konsequenzen des Fehlens aufzuzeigen. „Weiteres Fehlen hat Folgen“. Treffendes Symbol ist diesmal der erhobene Zeigefinger. Die

Kommunikation richtet sich u. a. auf die Kosten der Fehlzeit für das Unternehmen, auf die Mehrbelastung für die Kollegen aufgrund der Fehlzeit, auf die Schilderung von Fällen krankheitsbedingter Kündigungen, auf die weitere Gesprächsstufe und deren arbeitsrechtlichen Konsequenzen und darauf, wie der Mitarbeiter weitere Fehlzeiten vermeiden will. Bei nochmaliger Erkrankung/Abwesenheit innerhalb von neun Monaten erfolgt die **Stufe 4**. Drohendes Symbol in den Unterlagen ist der Paragraph. Das **Fehlzeitengespräch** als „Ultimo Ratio“ findet nun in der **Personalabteilung** statt. Die Gesprächsführung erfolgt durch einen Vertreter der Personalabteilung. Hier wird das Fehlzeitenverhalten erörtert und über die Möglichkeit der Kündigung informiert. Wegen der Erörterung arbeitsrechtlicher Konsequenzen soll auch ein Vertreter des Betriebsrates hinzugezogen werden, eventuell auch Sachverständige. Der betriebliche Vorgesetzte ist zu beteiligen.

Über den Erfolg des AVP liegen in der Öffentlichkeit Berichte für das Jahr 1995 vor. Nach dem erfolgten Start des AVP wurden in Rüsselsheim bis zu 100 Gespräche pro Monat geführt. Ergebnisse sind, nach Berichten leitender Opel-Angestellter, der Rückgang der Fehlzeiten um ca. 30 %, die Reduzierung der Fehlzeiten in einigen Abteilungen um die Hälfte und eine Einsparung von Lohnfortzahlungskosten von 10 Millionen DM in 1995. Der Jahresdurchschnitt der Fehlzeitenquote konnte 1995 auf 6,9 % gesenkt werden, im Vergleich zu 8,0 im Jahre 1994²¹⁾. 1997 teilt der in dem AVP-Entwicklungsprozeß besonders engagierte stellvertretende Gesamtbetriebsratsvorsitzende Klaus Franz die folgenden zwei Kenngrößen nach zweijährigem Prozeßverlauf mit:

1. Die Fehlzeitenquote ist auf 4,6 % im Durchschnitt gesunken.
2. Die Zahl der fehlzeitenbedingten Kündigungen ist um 60 % gesunken²²⁾.

In einer nicht repräsentativen Befragung von Opel-Arbeitern Ende 1998 werden interessante, z. T widersprüchliche Ergebnisse und Einschätzungen der Betroffenen deutlich²³⁾:

- „das AVP-System macht Angst“
- „AVP ist ein Kontrollsystem“
- „Mitarbeiter lassen sich auch bei ansteckenden Krankheiten nicht krank schreiben“
- „Ursachenforschung interessiert niemand“
- „das Umfeld macht krank“

- „Krankheiten, die auf Vorgesetzte zurückzuführen sind, werden verschwiegen“
- „dringende OP-Krankheiten werden hinaus gezögert“
- „die meisten Vorgesetzten sind schlecht geschult und können mit dem Programm nicht umgehen“
- „Ausnahmeregelungen gibt es und sind wachsweiß und führen zu zweierlei Maß“
- „die Mitarbeiter gehen arbeiten, wenn sie krank werden“
- „es nutzt der Anwesenheitsquote, die Saisonkrankmacher werden gebremst“
- „ein Anreiz, weniger krank zu machen und im Großen und Ganzen o. K.“

3. Krankenrückkehrgespräche aus der Sicht der Beschäftigten

Hohe Abwesenheitsquoten können für Unternehmen bzw. Behörden zweifelsohne negative Konsequenzen zur Folge haben. Demotivation bei anwesenden Beschäftigten, die Notwendigkeit, fehlende Arbeitnehmer vorübergehend ersetzen zu müssen, das Entstehen von Einarbeitungs- und Koordinationskosten, die nicht rechtzeitige Bearbeitung von Vorgängen sowie Qualitätsverluste seien beispielhaft erwähnt. **Betriebswirtschaftlich** ist es folglich **nachvollziehbar**, wenn öffentliche wie private Arbeitgeber über Maßnahmen zur Reduzierung von Abwesenheitsquoten nachdenken. Münden entsprechende Überlegungen in der Initiierung eines – für alle Beteiligten **offenen – Kommunikationsprozesses** der präventiven betrieblichen bzw. behördlichen Ge-

19) Vgl. ausführlich Spies/Beigel (s. Fn. 13), S. 131 ff.

20) Vgl. Spies/Beigel (s. Fn. 13), S. 46, den Problemmunikationsbericht „Lackierei“ der Adam Opel AG. Ein ähnliches Instrument setzt VW ein; vgl. Heinrich, Arbeitsmedizinisches Lastenheft. Ein neuer Weg der Krankenstandsdokumentation und -interpretation in der Volkswagen AG, ErgoMed 1996, S. 54 ff.

21) Vgl. Beigel (s. Fn. 5), S. 63

22) Busch (Hrsg.), Arbeitsmotivation und Gesundheit. Rückkehrgespräche in der betrieblichen Praxis, Berlin 1997, Einleitung, S. 20

23) O. V. „Was wir von Krankenrückkehrgesprächen halten“ – Kommentare von Opel-Arbeitern im Originalton, Arbeit & Ökologie-Briefe 1998, S. 12 ff.

sundheitsförderung, in dessen Mittelpunkt die Bekämpfung krankmachender betrieblicher Ursachen steht, ist dies sicherlich auch aus Sicht der Beschäftigten zu begrüßen.

Bei **Krankenrückkehrgesprächen** handelt es sich allerdings **nicht** um eine solche, für alle Beteiligten **offene Kommunikationsform**²⁴⁾. Die nicht freiwillig stattfindenden Gespräche werden ausschließlich mit Beschäftigten geführt, die arbeitsunfähig waren. „Ausgangspunkt der Gespräche sind somit nicht der Betrieb und die dort liegenden Ursachen für Krankheit und eingeschränktes Wohlbefinden, sondern der oder die Beschäftigte als Person“²⁵⁾. Bestandteil der Krankenrückkehrgespräche ist zwar häufig – wie bisherige Erfahrungen zeigen – auch die Thematisierung von arbeitsplatzbedingten Ursachen der Erkrankung. Dies sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß entsprechende Gespräche nicht Ausdruck einer Vertrauenskultur sind, in der gleichberechtigte Partner in entspannter Atmosphäre kommunizieren.

Bei formalisierten und verpflichtenden Krankenrückkehrgesprächen besteht vielmehr ein **Machtungleichgewicht** zwischen Vorgesetztem und dem an den Arbeitsplatz zurückkehrenden Beschäftigten: „Der Vorgesetzte ist eigens für das Gespräch geschult. Er lädt ein, nicht der Rückkehrer. Er bestimmt den Gesprächsablauf, strukturiert ihn mit Hilfe eines Leitfadens und vorgegebener Fragen, protokolliert das Gespräch und bewertet es“²⁶⁾. Ein offener Dialog über das Thema Arbeit und Gesundheit findet folglich nicht statt. Vielmehr ist das Krankenrückkehrgespräch prinzipiell ein geeignetes **Disziplinierungsinstrument** des Vorgesetzten. Geschickt eingesetzt kann es der Repression von kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bis hin zur Vorbereitung krankheitsbedingter Kündigungen dienen. Die Gespräche zielen eindeutig auf eine Personalisierung ab in dem Sinne, daß die Beschäftigten mit häufigen Fehlzeiten ihr Verhalten ändern und ihre Fehlzeiten trotz gesundheitlicher Beschwerden und Krankheiten reduzieren sollen.

Nicht auszuschließen ist, und dies gilt vor allem bei geschickter Gesprächssteuerung durch den Vorgesetzten, daß Beschäftigte Details ihres Krankheitsbildes, ihrer Krankengeschichte²⁷⁾ und/oder ihres privaten Umfeldes offenlegen, in der Hoffnung, damit belegen zu können, daß tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat. Diese ‚erzwungene‘ Offenheit

birgt allerdings Risiken für den Beschäftigten in sich. So ist es unter dem Aspekt des Datenschutzes äußerst bedenklich, wenn entsprechende Gesprächsinhalte – und dies dürfte nicht die Ausnahme sein – vom Vorgesetzten dokumentiert werden. Was passiert mit den Gesprächsprotokollen? Wer kann in die Protokolle einsehen? Wer garantiert, daß die dokumentierten sensiblen Informationen nicht an die Personalabteilung weitergeleitet werden? Ist auszuschließen, daß die Protokolle zur Begründung von krankheitsbedingten Kündigungen herangezogen werden?²⁸⁾

4. Handlungsmöglichkeiten des Personalrates

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problembereiche stellt sich zwangsläufig die Frage, wie sich Personalräte verhalten sollen, wenn sie mit Plänen der Arbeitgeber bzw. des Managements, Krankenrückkehrgespräche einzuführen, konfrontiert werden. Eine Strategie des „Einfach-Laufen-Lassens“ dürfte sicherlich nicht angebracht sein. Damit würde dem Auftreten negativer Folgen für den Beschäftigten nur Vorschub geleistet. Darüber hinaus würde eine Strategie des sich nicht Einmischens wahrscheinlich nicht dazu beitragen, daß ein Prozeß in Gang gesetzt wird, sich mit dem sensiblen Thema Fehlzeitenproblematik und ihrer Ursachen grundsätzlich, fundiert und systematisch auseinanderzusetzen.

Gestaltung ist folglich angesagt. Dabei lassen sich unseres Erachtens **zwei** in ihrer Tragweite recht unterschiedliche **Handlungsalternativen** unterscheiden: die **Minimalstrategie**, deren Ziel es ist, Krankenrückkehrgespräche durch die Festlegung von Anforderungen zu entschärfen und die **Maximalstrategie**, die im Gegensatz zu Krankenrückkehrgesprächen eine präventive betriebliche Gesundheitsförderung favorisiert.

4.1. Minimalstrategie: Krankenrückkehrgespräche gestalten

Lassen sich Krankenrückkehrgespräche nicht verhindern, sollten wenigstens in einer **Dienstvereinbarung Mindestbedingungen**, die eine Begrenzung der Risiken bewirken, festgelegt werden.

Minimalstrategie:

- Krankenrückkehrgespräche gestalten
- Zweckbegrenzung der Gespräche: Identifizierung und Abstellung betrieblicher Gesundheitsgefährdungen
 - Vereinbarung von Zielen zum Abbau von arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsgefährdungen
 - keine Gewissensfragen, keine Fragen nach dem Krankheitsbild und zu dem persönlichen Umfeld
 - Generelles Nachteilsverbot
 - Gewährung einer Vorbereitungszeit für Arbeitnehmer
 - Aushändigung von Vorbereitungsunterlagen an Arbeitnehmer
 - Einführung zusätzlicher teamorientierter Präventionsgespräche

Dabei kommt der Festlegung des Zwecks besondere Bedeutung zuteil. So sollten die Gespräche ausschließlich dazu geführt werden, die Ursachen betrieblicher Gesundheitsgefährdung und Gesundheitsschäden in Erfahrung zu bringen sowie auf deren Beseitigung hinzuwirken. Sinnvoll wäre z. B., wenn Beschäftigte(r) und Vorgesetzte(r) betriebsbezogene Verbesserungsziele (z. B. Abbau von Überstunden, Verbesserung des Führungsverhaltens, menschengerechtere Gestaltung der Bildschirmarbeit) vereinbaren würden und festlegten, mittels welcher Maßnahmen und in welchem Zeitraum die vereinbarten Ziele zu verwirklichen sind. Der Vorgesetzte hätte dann in einem zweiten Gespräch gegenüber dem Beschäftigten darzulegen, ob bzw. in welchem Umfang die vereinbarten Ziele erreicht wurden. Verhindert werden sollte auf jeden Fall, in einem Krankenrückkehrgespräch Fragen zum Krankheitsbild bzw. zum Krankheitsverlauf und/oder zum persönlichen Umfeld zu stellen²⁹⁾. Ebenso wenig dürften Gewissensfragen erlaubt sein. Mit Ausnahme der Erfassung der betrieb-

24) Vgl. Gelfert, Krankenrückkehrgespräche: Es gibt bessere Formen der Kommunikation über Gesundheit am Arbeitsplatz, Arbeit & Ökologie-Briefe, Nr. 1997, S. 9.

25) Ebenda.

26) Bueren (s. Fn. 1), S. 7.

27) Fragen zur Diagnose sind nicht zulässig. Vgl. Fürstenberg, Fehlzeitenreduzierung in der öffentlichen Verwaltung, Verwaltung und Fortbildung Nr. 1997, S. 233.

28) Vgl. Bueren (s. Fn. 1), S. 7.

29) Vgl. o. V., Krankenrückkehrgespräche: Wie ist damit umzugehen?, Arbeit und Ökologie, Nr. 1996, S. 14.

lichen Gesundheitsbelastungen sowie der Zielvereinbarungen sollte eine personenbezogene/personenbeziehbare Aufzeichnung/Dokumentation von Gesprächen bzw. Gesprächsergebnissen auf keinen Fall stattfinden. Vorgaben des Datenschutzes sind unbedingt einzuhalten³⁰. Aus der Zwecksetzung der Krankenrückkehrgespräche, nämlich ausschließlich arbeitsplatzbezogene Ursachen und Probleme zu thematisieren, ergibt sich zwangsläufig die Konsequenz, daß Krankenrückkehrgespräche nicht zu negativen Konsequenzen für die Beschäftigten wie etwa Personalselektion oder Begründung arbeitsrechtlicher Maßnahmen führen dürfen. Gleichwohl sollte ein **Nachteilsverbot** ausdrücklich in einer Dienstvereinbarung festgelegt werden. Die Tatsache, ein Krankenrückkehrgespräch führen zu müssen, kann für den Betroffenen sehr belastend sein. Dies gilt auch dann, wenn der Zweck entsprechender Gespräche eindeutig auf eine betriebliche Ursachenanalyse und -beseitigung begrenzt ist. Zumindest dann, wenn in Unternehmen bislang hierarchiebezogenes Denken im Vordergrund stand, auf Seiten der Vorgesetzten Mißtrauen gegenüber den Beschäftigten stark ausgeprägt war, in der Vergangenheit sehr wenig Wert auf Beteiligung der Beschäftigten und eine kommunikative Unternehmens- bzw. Behördenkultur gelegt wurde oder schlechte Erfahrungen beim Führen von Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgesprächen gesammelt wurden, dürfte auf Seiten der Beschäftigten Skepsis durchaus berechtigt sein. Es sollten deshalb Vorkehrungen getroffen werden, die dazu beitragen, daß entsprechende Gespräche eher zwischen ‚gleichwertigen‘ Gesprächspartnern geführt werden. Dazu zählt beispielsweise, daß zwischen Terminabsprache von Vorgesetztem und Beschäftigtem und der Führung des Krankenrückkehrgespräches eine ausreichende Frist, z. B. eine Woche, liegt, damit der Beschäftigte ausreichende Gelegenheit hat, sich auf das bevorstehende Gespräch vorzubereiten. Dazu zählt aber auch, daß dem Beschäftigten zum Zeitpunkt der Terminabsprache eine Art Checkliste (Arbeitsplatz-Problem-Beschreibung) über mögliche arbeitsplatzbezogene Ursachen für Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden ausgehändigt wird. Welchen Einfluß auf die krankheitsbedingte Abwesenheit haben nach Auffassung des betroffenen Beschäftigten etwa Führungsstil des Vorgesetzten, Arbeitsinhalte oder

Arbeitsbedingungen? Eine solche, auf die betriebliche bzw. behördliche Situation zugeschnittene Checkliste würde es den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sicherlich erleichtern, in angemessener Zeit sich systematisch und sorgfältig auf das anstehende Gespräch vorzubereiten. Nach dem Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsbedingungen zu beurteilen (§ 5 ArbSchG) sowie Dokumentationen zu erstellen, aus denen das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das Ergebnis ihrer Überprüfung ersichtlich sind (§ 6 ArbSchG)³¹. Gleichzeitig mit der Checkliste sollten dem Beschäftigten die Dokumentationsunterlagen hinsichtlich seines Arbeitsbereiches ausgehändigt werden³². Flankierend zu Krankenrückkehrgesprächen sollten auch andere Formen der Kommunikation zum Thema Gesundheit am Arbeitsplatz angedacht werden. Zu denken ist etwa an regelmäßig stattfindende Gespräche zwischen allen Beschäftigten z. B. einer Abteilung, deren Vorgesetzte, den Fachkräften für Arbeitssicherheit, dem Betriebsarzt und dem Personalrat. Gegenüber Krankenrückkehrgesprächen haben diese Gespräche den nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß sie erstens teamorientiert sind und zweitens, daß man nicht erst krank werden muß, um die Gesundheitssituation im unmittelbaren Arbeitsbereich thematisieren zu können³³.

4.2. Maximalstrategie: Betriebliche Gesundheitsförderung statt Krankenrückkehrgespräche

Doch selbst dann, wenn es dem Personalrat gelingen sollte, die vorangegangenen Gestaltungsempfehlungen in einer Dienstvereinbarung abzusichern, läßt sich das Risiko nicht gänzlich ausschließen, daß Krankenrückkehrgespräche zum Nachteil der Beschäftigten mißbraucht werden. Als **Alternative** zur skizzierten Minimalstrategie, Krankenrückkehrgespräche zu gestalten, ist deshalb auch denkbar, daß Personalräte die Strategie verfolgen, anstelle oder zumindest in Ergänzung zu Krankenrückkehrgesprächen eine vorausschauende und systematisch betriebliche betriebliche Gesundheitsförderung zu initiieren. Eine auf Vertrauen und Kommunikation setzende Gesundheitsförderung würde auch eher im Einklang stehen mit den vielfach verkündeten Versprechungen des Mana-

gements, eine auf Beteiligung und Wertschätzung der Beschäftigten basierende Unternehmens- bzw. Verwaltungskultur aufzubauen.

Maximalstrategie:

Betriebliche Gesundheitsförderung statt Krankenrückkehrgespräche

- Verzicht auf Krankenrückkehrgespräche
- Ganzheitliche betriebliche Gesundheitsförderung als Ziel
- Einsatz von Instrumenten der Gesundheitsförderung:
 - Arbeitskreis „Arbeit und Gesundheit“
 - Mitarbeiterbefragung
 - Gesundheitszirkel, unabhängige Gesundheitsgruppe
 - Verhaltenspräventiv orientierte Seminarangebote
- Kopplung des Gesundheitsschutzes mit dem Qualitätsmanagement
- Regelung der betrieblichen Gesundheitsförderung in einer Dienstvereinbarung

Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung sind z. B. die Einrichtung eines Arbeitskreises **Arbeit und Gesundheit**, die Installierung von Gesundheitszirkel, die Durchführung strukturierter, anonymer Beschäftigtenbefragungen oder Seminarangebote zur Verhaltensprävention. Zentrale Kennzeichen entsprechender Maßnahmen sind deren Beteiligung-, Projekt- und Konsensorientierung. Sie setzen u. a. sehr stark darauf, das Expertenwissen der Beschäftigten für die Behebung von gesundheitlichen Mißständen am Arbeitsplatz, von Führungsproblemen und Betriebsklimaschwierigkeiten umfassend zu nutzen und eine ganzheitliche Prävention zu ermöglichen³⁴.

30) Vgl. ebenda.

31) Vgl. Gesetz zur Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und weiterer Arbeitsschutzrichtlinien, Artikel 1: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG), §§ 5 und 6.

32) Vgl. ähnlich o. V. (s. Fn. 29), Krankenrückkehrgespräche, S. 14.

33) Vgl. Gelfert, (s. Fn. 24), S. 9.

34) Vgl. Kiesche, Gesundheitszirkel aus der Sicht von ArbeitnehmerInnen, AiB 1994, S. 342 ff; Müller, Gesundheitszirkel als Instrument zur Arbeitsplatzgestaltung, PersR 1998, S. 149 ff; Reuhl, „Im Arbeitsalltag nicht die Fassung verlieren“ – Die Unabhängige Gesundheitsgruppe im Amt für Soziale Dienste in Bremen –, PersR 1997, S. 191 ff.

Personalräte, die Krankenrückkehrgespräche aufgrund der skizzierten Risiken grundsätzlich ablehnen, sollten deshalb die Alternative „betriebliche Gesundheitsförderung statt Krankenrückkehrgespräche“ dem Arbeitgeber nahebringen und konkrete Projekte anregen. Hilfreich dafür, Gespräche über Gesundheit am Arbeitsplatz dialogorientiert zu initiieren,

sind die allerorts erkennbaren Bestrebungen der (öffentlichen) Arbeitgeber, ein Qualitätsmanagement aufzubauen. Denn richtig verstandenes Qualitätsmanagement thematisiert immer auch den Grad der Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit in der Organisation. Konsequenterweise heißt dies, daß schlechte Arbeitsinhalte und -bedingungen und

krankmachende Führungsorganisation nicht tabuisiert, sondern mit dem Ziel aufgegriffen werden müssen, Verbesserungen Schritt für Schritt durchzusetzen. Letztlich gilt auch für die Maximalstrategie, daß wesentliche Eckpunkte in einer Dienstvereinbarung zu regeln sind.

Dr. Ulrich Fischer/Dr. Eberhard Kiesche/
Astrid Nahrman, BTQ Niedersachsen
