

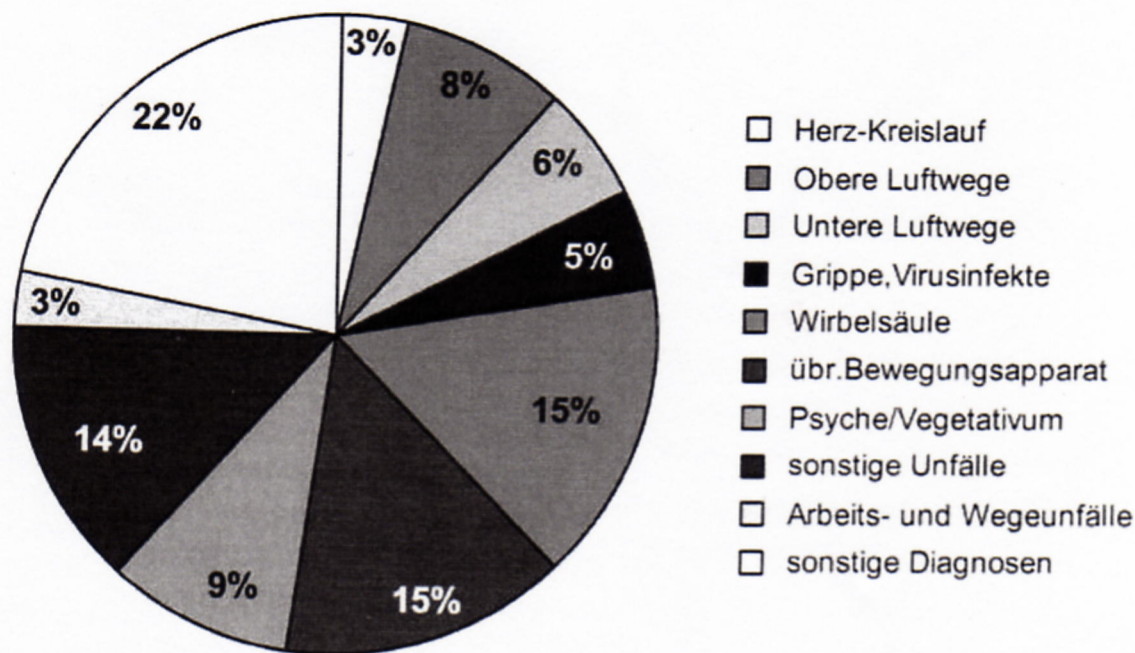
# Einbeziehung betrieblicher und außerbetrieblicher Ebenen in Konzepte der Prävention chronischer Erkrankungen

U. FUNKE

***Zusammenfassung.** Die überragende Bedeutung chronischer Erkrankungen im Bezug auf krankheitsbedingte Fehlzeiten und (Minder-)Produktivität sowie deren in der Regel starker, z. T. exponentieller Altersbezug ist zwar unter Experten unumstritten, nicht aber allen Akteuren und Beteiligten im Betrieb evident. Entsprechende Konzepte vorausgesetzt, beginnt daher der Einbezug betrieblicher Ebenen in die Prävention chronischer Krankheiten mit der jeweils geeigneten Vermittlung des erforderlichen Wissens und der darauf aufbauenden Maßnahmekonzepte. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Existenz eines akzeptierten betrieblichen Handlungsträgers, der auf Basis seiner Fachqualifikation die Koordination und konzeptionelle Weiterentwicklung in diesem Themenbereich übernimmt. In erster Linie kommt hierfür der betriebliche Gesundheitsschutz (betriebsärztliche Dienst) in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung in Frage, der allerdings eine über die Basis der individuellen Gesundheitsversorgung und -beratung hinausweisende Perspektive im Sinne der Gestaltung und Verbesserung von „Gesundheitsprozessen“ entwickeln muss. Zu den weiteren Voraussetzungen zählt die Akzeptanz von Gesundheitsschutz- und Gesundheitsförderungszielen im betrieblichen Management – durchaus in Verknüpfung mit Aspekten der Wettbewerbsfähigkeit – sowie der Konsens über die Notwendigkeit (überindividuelle) Transparenz in allen relevanten Gesundheitsprozessen herzustellen, um ein effektives Gesundheitsmanagement zu ermöglichen.*

## 7.1 Chronische Krankheiten, Krankenstand und betriebliche Präventionspotenziale

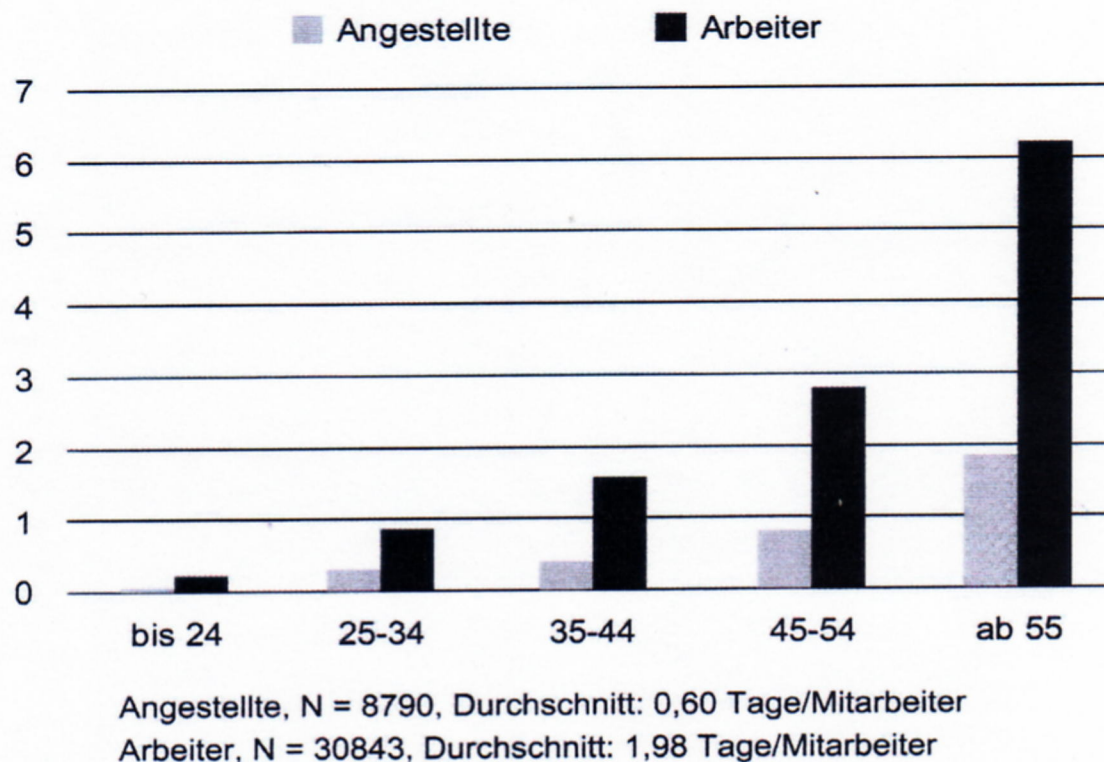
Bestimmende Faktoren des Krankenstands sind chronische Krankheiten und schwerere (Privat)-Unfälle. Wirbelsäulenerkrankungen spielen in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle, da sie einerseits aufgrund betrieblicher Altersstrukturen oft für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage



N = 39633, insgesamt 11,14 AU-Tage/Mitarbeiter

**Abb. 7.1.** Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosegruppen, 2005, Audi BKK: Ingolstadt u. Neckarsulm

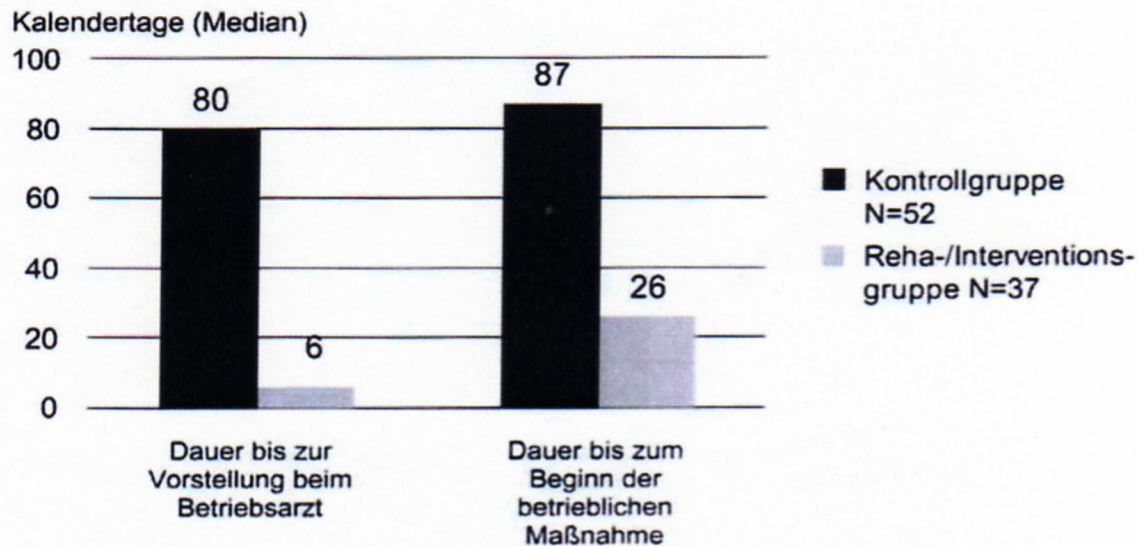
(s. Abb. 7.1) verantwortlich sind, andererseits aber auch effektive betriebliche Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention benennbar sind. Während in der Großindustrie die Verbesserung der Ergonomie am Arbeitsplatz im Sinne der Vermeidung der Krankheitsverursachung beim Gesunden nur noch begrenzte Potenziale haben dürfte und die Ergebnisse primärpräventiver Verhaltensprävention generell schwer erkennbar sind, gilt dies nicht für die Bereiche der Sekundär- und Tertiärprävention. Abbildung 7.2 verdeutlicht die dargestellten Verhältnisse am Vergleich der Wirbelsäulenerkrankungs-assoziierten Arbeitsunfähigkeitstage von Arbeitern und Angestellten, bei denen die Arbeitsunfähigkeit von Arbeitern über alle Altersgruppen hinweg vor allem durch relativ monotonen, den Bewegungsapparat betreffende Anforderungen bei häufig fehlenden Alternivarbeitseinsatzmöglichkeiten ausgelöst wird. Damit rückt der Prozess der Wiedereingliederung bei chronischen Krankheiten mit dem Ziel der Vermeidung und/oder Verkürzung der jeweiligen Arbeitsunfähigkeitsepisoden vor allem bei Wirbelsäulenerkrankungen in den Fokus betrieblicher Präventionsüberlegungen.



**Abb. 7.2.** Arbeitsunfähigkeitstage bei Wirbelsäulenerkrankungen nach Alter und Stellung im Beruf, 2005 (Audi BKK: Ingolstadt u. Neckarsulm)

## 7.2 Integrierte Versorgung bei orthopädischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Wirbelsäulenerkrankungen

Bereits im Jahr 2002 wurde beim Gesundheitswesen der AUDI AG in Zusammenarbeit mit der m&i Fachklinik Enzensberg, der Audi BKK und der LVA Oberbayern das Projekt "Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration (Beginn: 1998)" abgeschlossen [1]. Kernbestandteil dieses Projektes der integrierten Versorgung von orthopädischen Erkrankungen war der unverzügliche unmittelbare Informationsaustausch von Reha-Arzt und Betriebsarzt über Gesundheitszustand und -prognose des Rehabilitanden und gegebene Anforderungen am Arbeitsplatz bzw. an realistischen Alternarbeitsplätzen, um einen verzögerungsfreien optimalen Reintegrationsprozess zu erreichen. In den Ergebnissen [1] zeigte sich, dass durch die auf der persönlichen Kommunikation der jeweiligen Experten beruhende Vorgehensweise nicht nur die Dauer zwischen Klinikentlassung, Vorstellung beim Betriebsarzt und Beginn betrieblicher (Wiedereingliederungs-)Maßnahmen (z. B. Arbeitsversuch) erheblich verkürzt (Abb. 7.3), sondern auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis zur



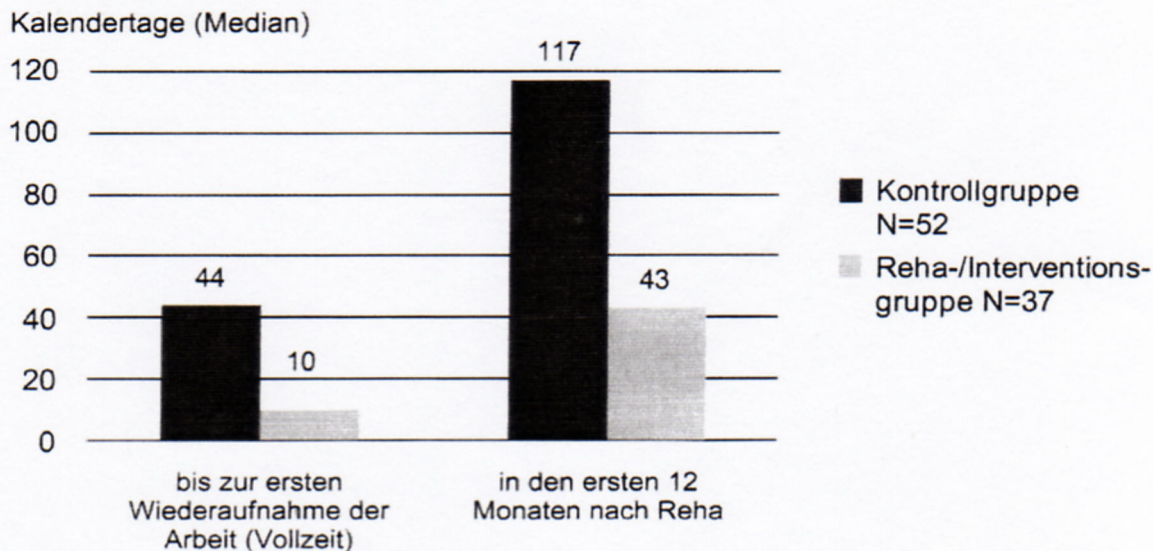
**Abb. 7.3.** Einleitung und Beginn betrieblicher Maßnahmen zur Wiedereingliederung nach stationärer Rehabilitation

ersten Arbeitswiederaufnahme und innerhalb der ersten 12 Monate nach der Reha erheblich vermindert werden konnten (s. Abb. 7.4). Insbesondere das letztere Resultat zeigt, dass aus dem Verfahren ein nachhaltiger Nutzen u. a. sowohl für den Mitarbeiter als auch für Unternehmen, Krankenkasse und Rentenversicherungsträger ableitbar ist. Voraussetzung für dieses Konzept ist allerdings ein im Betrieb akzeptierter Betriebsarzt, der im Sinne eines echten Gesundheitsmanagements die erforderlichen Prozesse verantwortlich gestaltet, koordiniert und gegebenenfalls optimiert.

### 7.3 Wiedereingliederung im Betrieb und Arbeitseinsatzflexibilisierung – Einbezug der verschiedenen betrieblichen Ebenen

Im Betrieb lassen sich neben den professionellen Ebenen wie Personalabteilung, Planung, Arbeitnehmervvertretung und (Betriebs-)Krankenkasse, bei denen auch über eine langjährige Zusammenarbeit im Arbeitsschutzausschuss ein Basiswissen über Konzepte und Umsetzung präventiver Maßnahmen vorhanden ist, vier verschiedene Ebenen unterscheiden, die in ihren unterschiedlichen Rollen und Funktionen in die Konzepte der Prävention einbezogen werden müssen. Es sind dies:

- Management
- Fertigungsgruppenleiter
- Gruppensprecher
- Mitarbeiter

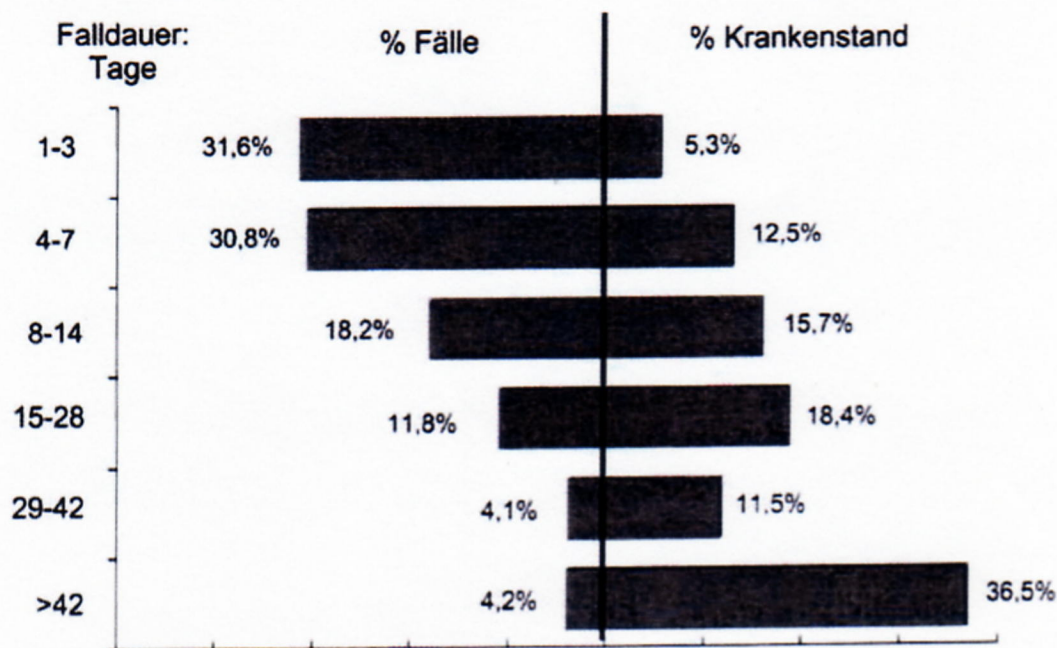


**Abb. 7.4.** Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Rehabilitation

Zu vermitteln ist einerseits ein für alle Ebenen erforderliches Grundwissen über Gesundheit, relevante Krankheiten, Prävention und Erhalt von Leistungsfähigkeit/Produktivität sowie ein an die jeweiligen Funktionen und Anforderungen angepasstes spezifisches Wissen über „Gesundheitsprozesse“ und gegebenenfalls Evaluierungssysteme. Zum Grundwissen zählt unter anderem die Verteilung von Kurzzeit- und Langzeitarbeitsunfähigkeit und deren Bedeutung für den Krankenstand (s. Abb. 7.5), der (unternehmensspezifische) Krankheitsarten- und Altersbezug des Krankenstands sowie dessen Tätigkeitsbezug am Beispiel von Wirbelsäulenerkrankungen. Ebenso ist der Standardprozess der Wiedereingliederung bei längeren/chronischen Erkrankungen mit Beschreibung der jeweiligen Aufgaben/Funktionen (inkl. Arbeitseinsatzbeurteilung durch den Betriebsarzt) unverzichtbarer Bestandteil des Grundwissens.

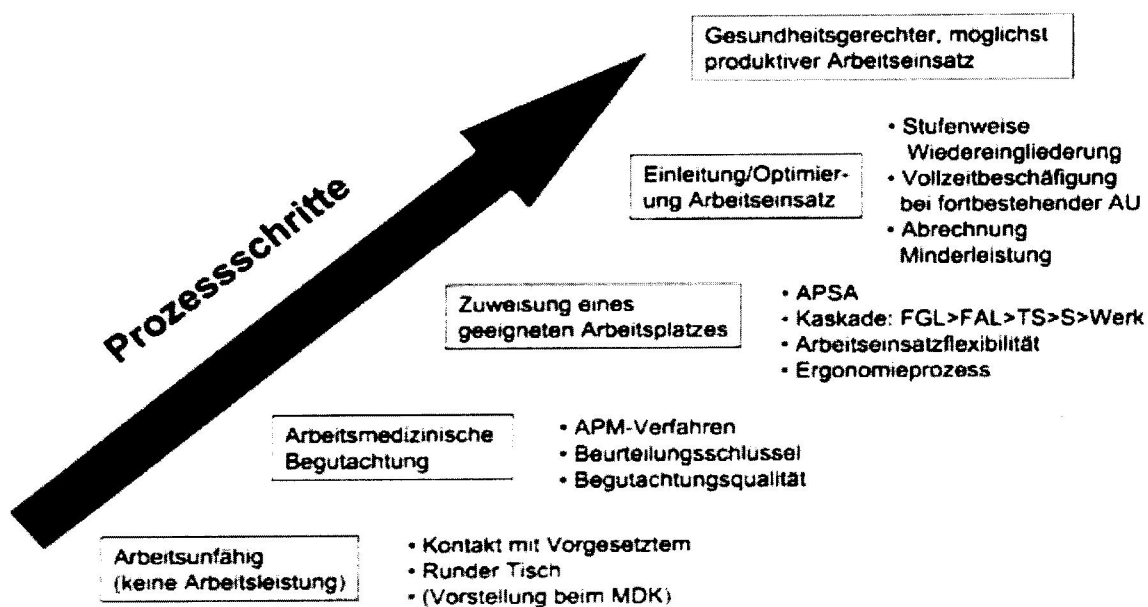
### 7.3.1 Management

Die Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist Bestandteil der arbeitsvertraglich festgelegten Aufgaben des Managements. Nichtsdestoweniger bedarf es auch bei dieser Personengruppe zusätzlicher Anleitung, um dauerhaft möglichst zweckdienliche Entscheidungen und Handlungen im Sinne einer effektiven Prävention am Arbeitsplatz, z. B. auch durch Formen der integrierten Versorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen, sicherzustellen. Grundlage akzeptierter Anleitung zur Prävention am Arbeitsplatz ist wiederum die



**Abb. 7.5.** Arbeitsunfähigkeitsfalldauer, -fälle, -tage und Krankenstand, 2005, Audi BKK: Ingolstadt u. Neckarsulm

krankheitsartenbezogene Transparenz des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, die über eine jährliche Organisationseinheits-bezogene Gesundheitsberichterstattung erreicht wird. Außerdem sind als nachvollziehbar, gerecht und umsetzbar empfundene Zielvereinbarungen zum Gesundheits-/Krankenstand sowie die Berücksichtigung der Zielerreichung bei der persönlichen Gratifikation des Managers von großem Nutzen. Bei der AUDI AG bestehen bei u. a. nach Alter und Geschlecht standardisierten Zielvorgaben zum Gesundheits-/Krankenstand [2] und regelmäßiger Gesundheitsberichterstattung seit 1992 [3] hierzu beste Voraussetzungen. Langjährige Erfahrungen im Bezug auf Möglichkeiten und Grenzen der Maßnahmeableitung und -evaluation aus Gesundheitsberichtsdaten u. a. über Quartalsgespräche (zum Thema) Gesundheitsmanagement, zu denen die Leitung der jeweiligen Organisationseinheit einlädt, dürften einen entscheidend prägenden Einfluss auf das präventive Handeln des Managements haben. Zusätzlich werden neu (insbesondere von extern) ins Management eintretenden Führungskräften spezielle Informationsveranstaltungen („Fit zum Führen“) angeboten, in denen u. a. die Standardprozesse des Gesundheitsmanagements vom Gesundheitsschutz erläutert werden.



**Abb. 7.6.** Betrieblicher Integrationsprozess und Produktivität,

Abkürzungen: APM-Verfahren: Arbeitsplatzbezogene arbeitsmedizinische Begutachtung und Maßnahmeinleitung, APSA: Arbeitsplatzstrukturanalyse, AU: Arbeitsunfähigkeit, FAL: Fertigungsabschnittsleiter, FGL: Fertigungsgruppenleiter, MDK: Medizinischer Dienst der Krankenkassen, S: Segmentleiter, TS: Teilsegmentleiter, Runder Tisch: (Revisions-)Verfahren zur Einleitung bzw. Beschleunigung der Wiedereingliederung unter Beteiligung von Personalreferent, Betriebsarzt, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung und Vorgesetztem.

### 7.3.2 Fertigungsgruppenleiter

In der Produktion führen die Fertigungsgruppenleiter (Meister) als erste betriebliche Führungsebene die Mitarbeiter. Dementsprechend müssen sie auch die wichtigsten Gesundheitsprozesse kennen und verantwortlich umsetzen. Bei weitgehend adäquat ergonomisch gestalteten Arbeitsplätzen und gut etablierten, integriertem betriebsärztlichen Dienst, ergibt sich das belegbar höchste Präventionspotenzial aus der Optimierung des Wiedereingliederungsprozesses. Beim Gesundheitswesen der AUDI AG wurde bereits vor Jahren die gesamte Rehabilitationskette von der klinischen Versorgung bis hin zum produktiven Einsatz an einem geeigneten Arbeitsplatz analysiert und unter direkter Beteiligung aller internen und externen Partner gestaltet. Dabei zeigte sich, dass der Wiedereingliederungsprozess durch eine definierte Prozesskette mit exakter Aufgabenzuordnung der jeweiligen Partner erheblich verbessert und durch Vermeidung von verschiedenen Schnitt-

