

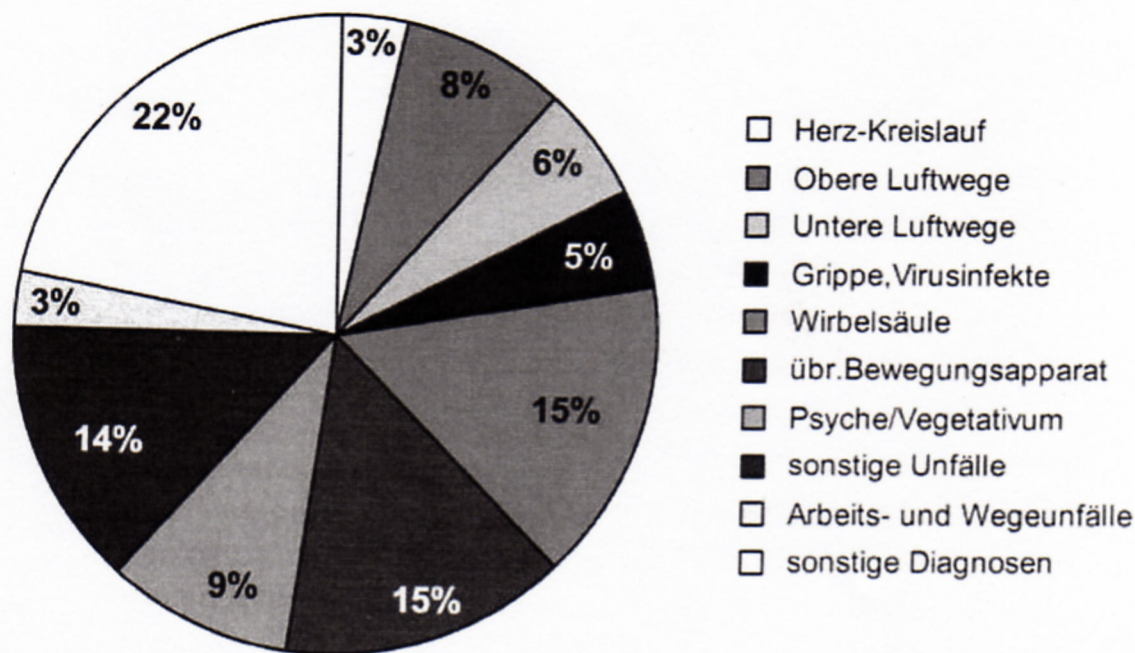
Einbeziehung betrieblicher und außerbetrieblicher Ebenen in Konzepte der Prävention chronischer Erkrankungen

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 Alternativarbeitseinsatzmöglichkeiten 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.

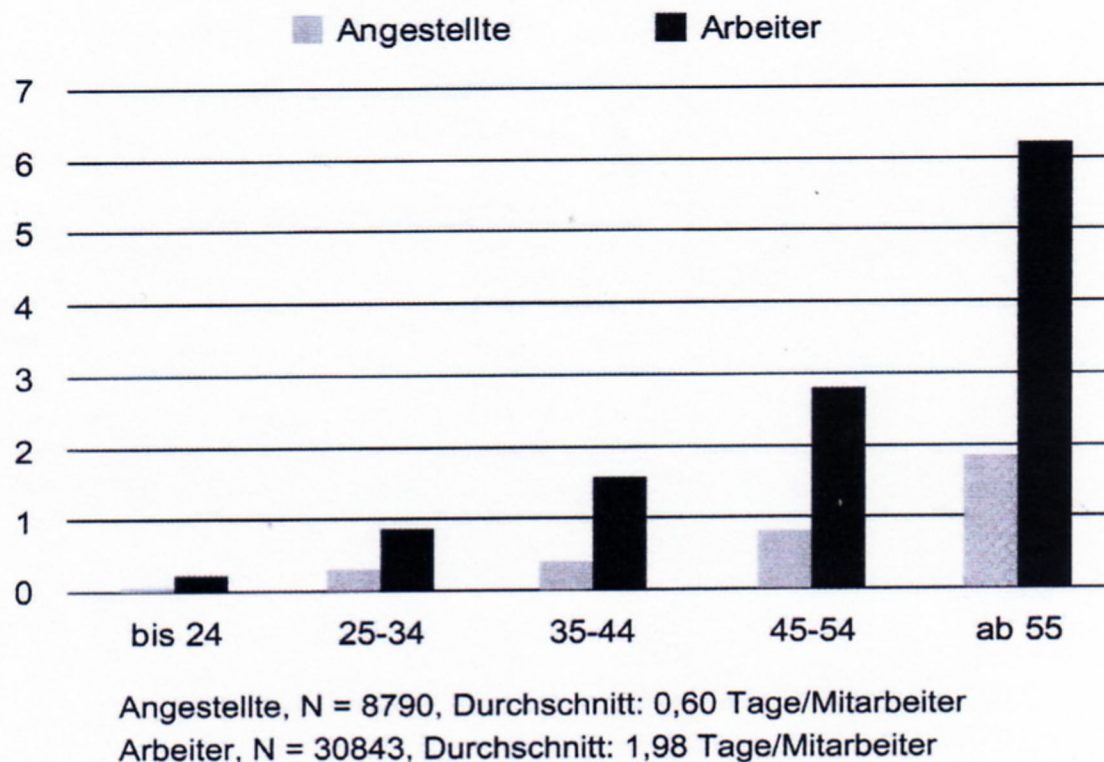


Abb. 7.2. Arbeitsunfähigkeitstage bei Wirbelsäulenerkrankungen nach Alter und Stellung im Beruf, 2005 (Audi BKK: Ingolstadt u. Neckarsulm)

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

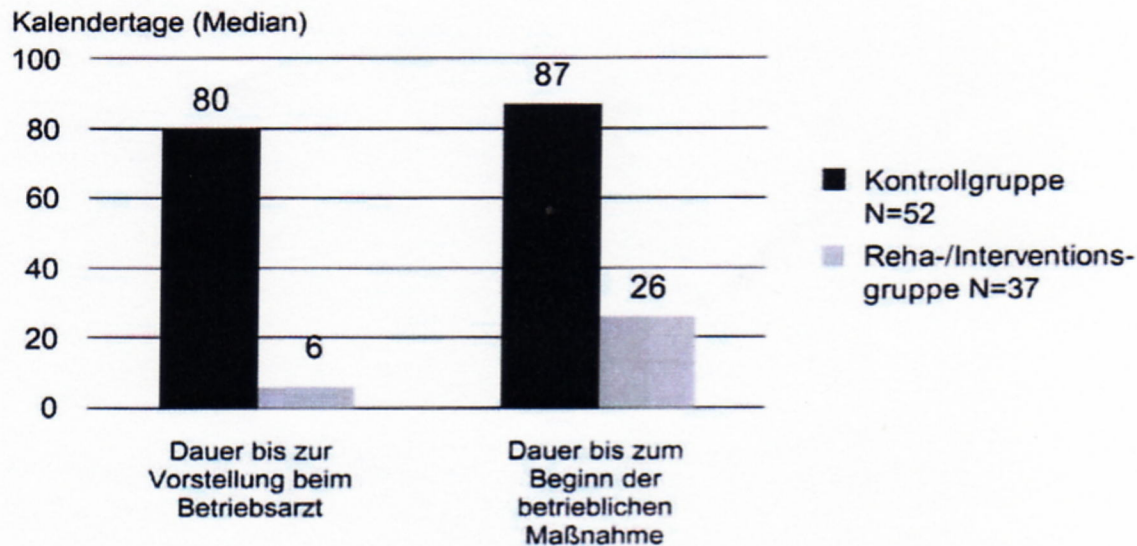


Abb. 7.3. Einleitung und Beginn betrieblicher Maßnahmen zur Wiedereingliederung nach stationärer Rehabilitation

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

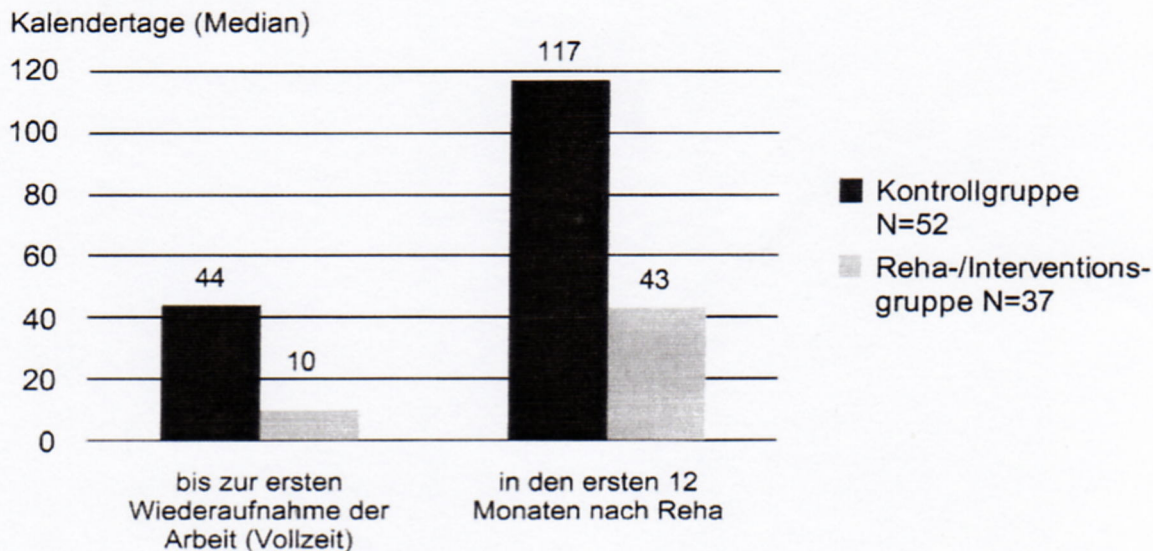


Abb. 7.4. Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Rehabilitation

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

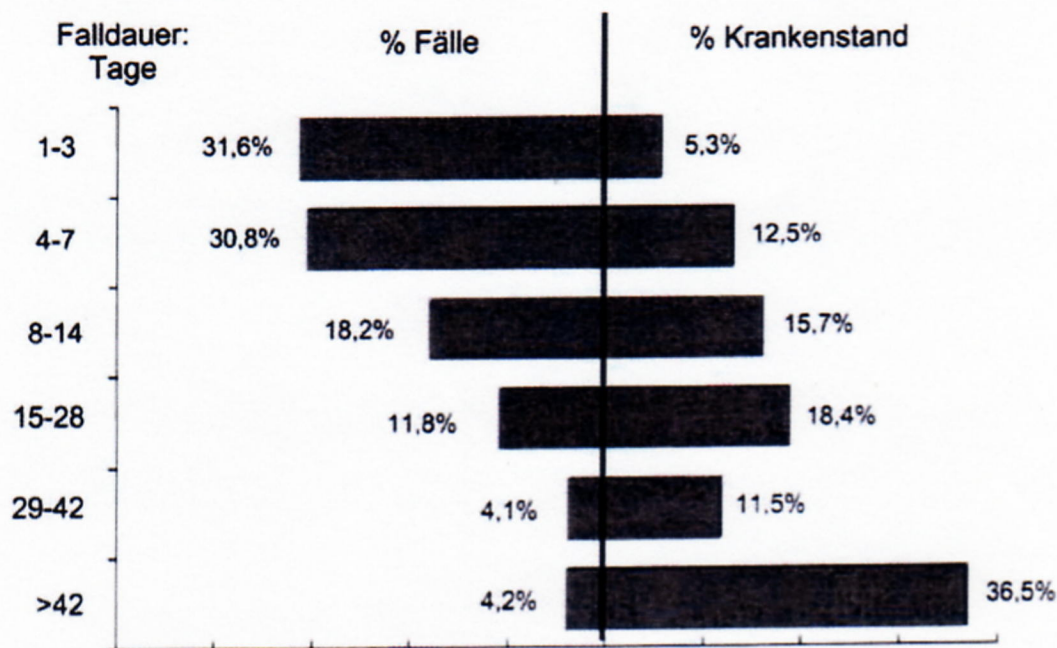


Abb. 7.5. Arbeitsunfähigkeitsfalldauer, -fälle, -tage und Krankenstand, 2005, Audi BKK: Ingolstadt u. Neckarsulm

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.

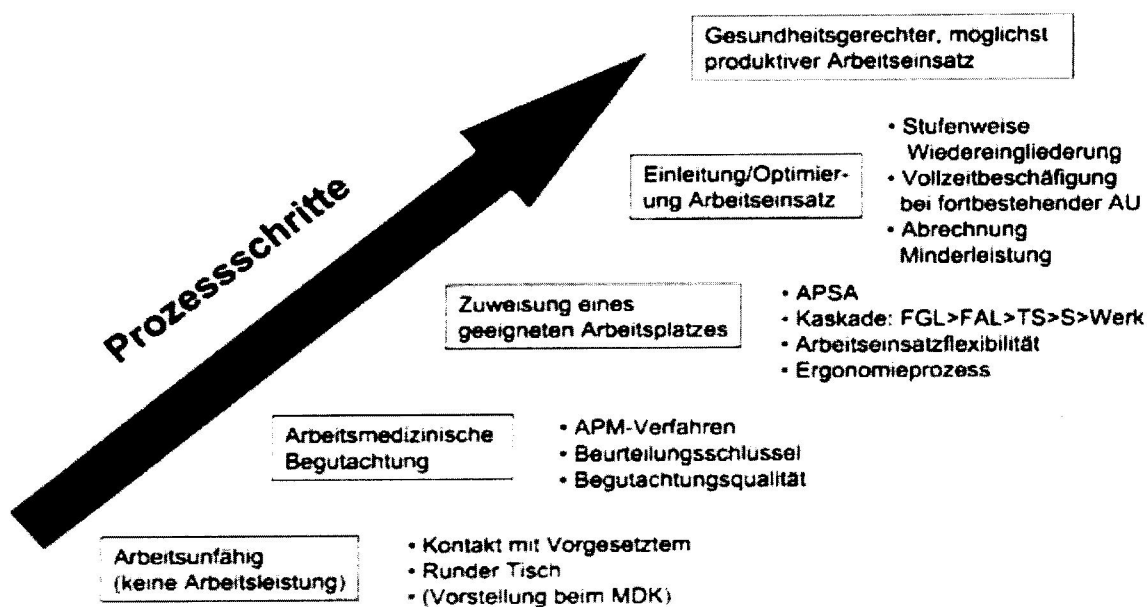


Abb. 7.6. Betrieblicher Integrationsprozess und Produktivität,

Abkürzungen: APM-Verfahren: Arbeitsplatzbezogene arbeitsmedizinische Begutachtung und Maßnahmeeinleitung, 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-

stellenproblematiken erheblich verkürzt werden konnte. Neben dem in Abb. 7.1, 7.2, (7.3, 7.4,) 7.5, illustrierten Grundwissen spielt daher der Prozess der Wiedereingliederung mit seinen einzelnen Teilschritten (Abb. 7.6) vor allem für die Fertigungsgruppenleiter eine ganz besondere Rolle. Sie müssen alle Instrumente, Verantwortlichkeiten, Kooperationschnittstellen und Prozessschritte kennen, bewerten und nutzen, um den Integrationsprozess möglichst verzögerungsfrei steuern zu können. Das Audi-Gesundheits- und speziell das Wiedereingliederungsmanagement stellt daher seit jeher einen Standardbaustein in der Qualifikationsmatrix der Fertigungsgruppenleiter dar. Im Jahr 2004 wurden alle Fertigungsgruppenleiter der AUDI AG nochmals über Seminarveranstaltungen (gemeinsame Leitung: Personalreferent und Betriebsarzt) auf den neuesten Stand gebracht.

7.3.3 Gruppensprecher

Gruppensprecher (ohne formelle Führungsfunktion) stellen die wichtigste Kommunikationsschnittstelle des Unternehmens zu den Mitarbeitern dar. Es wäre daher unternehmerisch wenig sinnvoll, diese Gruppe nicht in das Gesundheitsmanagement einzubeziehen [4], zumal ein Informationsvorsprung im generell sehr positiv besetzten Themenbereich „Gesundheit“ einen besonderen Wert für die Gruppensprecher in ihrer Rollenwahrnehmung (oft informelle Führungsfunktion) in der Gruppe hat. Da Gruppensprecher nicht selten unmittelbar von den Mitarbeitern mit aktuellen Unternehmensfragen konfrontiert werden, besteht bei Ihnen ein hoher Bedarf nach verlässlicher, möglichst klarer (vermittelbarer) und vollständiger Information. Dies muss selbstverständlich auch für Informationen über das Gesundheitsmanagement gelten. Neben dem Grundwissen (Abb. 7.1, 7.2, 7.5) und vor allem dem Prozess der Wiedereingliederung (Abb. 7.6) sind daher realistische Abschätzungen von Wirksamkeit und Wirkungsweise der verschiedenen präventiven Maßnahmekategorien (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) unverzichtbar. Sekundär präventive Maßnahmen, d. h. Früherkennungs-, bzw. Vorsorgeuntersuchungen haben keinen gravierenden Einfluss auf die Produktivität (unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte), da leider nur eine Minderheit der produktivitätsrelevanten Erkrankungen grundsätzlich durch sekundäre Prävention beeinflussbar ist. Nachweislich durch sekundäre Prävention beeinflussbar sind mit Arteriosklerose assoziierte Herz-Kreislaufkrankungen, die u. a. aufgrund der betrieblichen Altersstruktur im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (s. Abb. 7.1) keine wesentliche und auch im Rahmen von Morbidität und beruflicher Wiedereingliederung keine entscheidende Rolle spie-

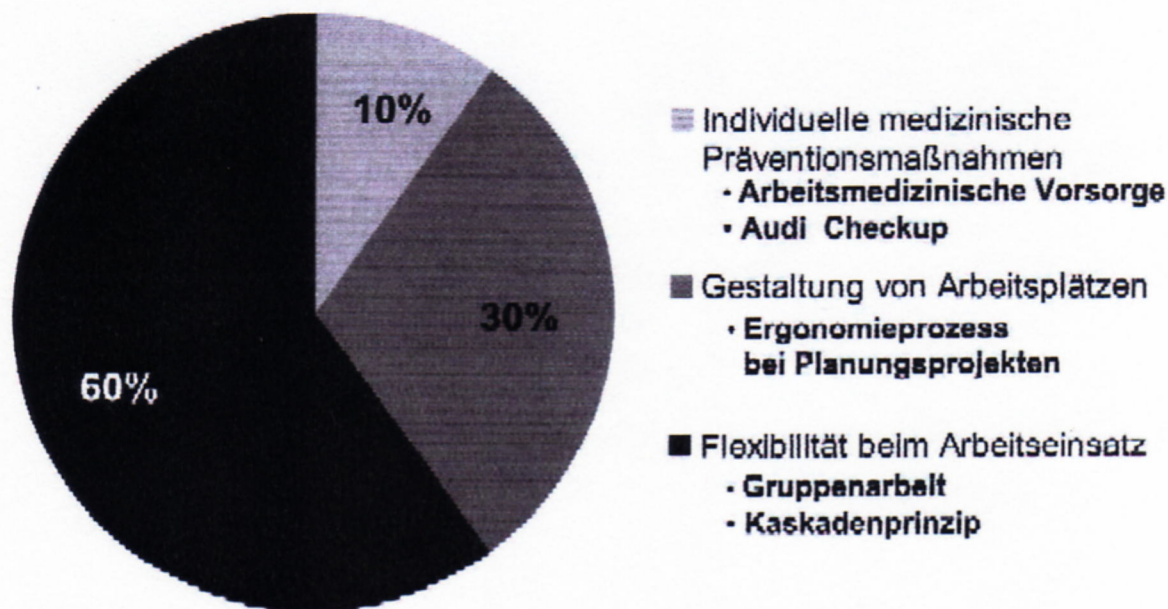


Abb. 7.7. Produktivität unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte: Potenziale verschiedener Maßnahmen

len. Im Übrigen zeigen qualifiziert aufbereitete Erfahrungen, dass durch sekundäre Prävention vor allem aufgrund mangelnder Compliance trotz aller Bemühungen leider wiederum nur eine Minderheit der mit Produktivitätsverlusten verbundenen Krankheiten vermieden bzw. ins höhere Alter verschoben werden kann.

Aus jahrzehntelangen Erfahrungen bei der Steuerung von Wiedereingliederungsprozessen lässt sich demgegenüber die überragende Bedeutung der tertiären Prävention im Sinne der unter gesundheitlichen Aspekten stimmigen Tätigkeitszuweisung für die individuelle Produktivität ableiten. Voraussetzung hierfür ist allerdings das Vorhandensein Qualifikations-adäquater ergonomisch geeigneter Arbeitsplätze, so dass auch in der entsprechenden Arbeitsgestaltung ein relevantes Potenzial liegt. Übereinstimmende Einschätzungen von Betriebsärzten und Gruppensprechern legen für ein Automobilunternehmen mit entwickelten Arbeitssystemen folgende quantitativen Potenziale der verschiedenen Maßnahmekategorien für die Produktivität unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte (Abb. 7.7) nahe.

Unterschiedliche Latenzzeiten der verschiedenen präventiven Maßnahmekategorien dürfen allerdings nicht unterschlagen werden, da sonst falsche Erwartungen mit entsprechenden Enttäuschungen und Glaubwürdigkeitsverlusten in Rechnung gestellt werden müssen. So ist davon auszugehen, dass bei Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention

(s. Abb. 7.7) durchschnittliche Latenzzeiten in der Größenordnung von 10 Jahren von der Erstberatung bis zum vollen Wirkungseintritt angenommen werden müssen. Ergonomische Maßnahmen bzw. die ergonomische Umgestaltung von Arbeitsprozessen erfolgt in der Automobilindustrie im Wesentlichen im Zuge der Modellwechsel in einer ca. 7-jährigen Periodik, d. h. hier muss von einer durchschnittlichen Latenzzeit von ca. 3 Jahren ausgegangen werden. Maßnahmen der Arbeitseinsatzflexibilität, d. h. die Zuweisung eines den aktuellen und dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen entsprechenden Arbeitsplatzes wirken dagegen unverzüglich. Diese Information ist insofern besonders wichtig, als sie die Bedeutung der Gruppensprecher im Rahmen des Gesundheitsmanagements heraushebt, da sie gerade hier unmittelbare Handlungsmöglichkeiten haben. Außerdem stellt die Erhöhung der Arbeitseinsatzflexibilität in Großunternehmen den auch unternehmerisch wichtigsten – jedoch bei weitem nicht ausgeschöpften – Teilaspekt der Prävention chronischer Krankheiten und des Gesundheitsmanagements insgesamt dar. In der AUDI AG werden zur Zeit alle Gruppensprecher u. a. unter zur Hilfenahme der hier dargestellten Instrumentarien in Workshops unter gemeinsamer Leitung von jeweils verantwortlichem Personalreferenten und Betriebsarzt geschult.

7.3.4 Mitarbeiter

Allen Audi-Mitarbeitern wird ab 2007 der Audi Checkup als umfassende allgemeinpräventive und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung angeboten. Dabei werden die Mitarbeiter über ihren Gesundheitszustand und gegebenenfalls gesundheitliche Risikofaktoren informiert und bei Erfordernis (auf freiwilliger Basis) direkt in verschiedene Präventions- und Betreuungsprogramme (u. a. der Audi BKK) eingesteuert. Bei zu erwartender fast vollzähliger Teilnahme wird auch das Klientel der Männer mittleren Alters erreicht, dass im Allgemeinen jegliche Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (als Teil integrierter Versorgung bei chronischen Krankheiten) meidet. Über den Tatbestand, dass erst durch die – in vielfältiger Weise von Unternehmen und Gesundheitsschutz unterstützte – tatsächliche Umsetzung präventiver Maßnahmen ein positiver Gesundheitseffekt zu erreichen ist, informieren nicht nur die untersuchenden Ärzte, sondern auch die über die o. g. Workshops geschulten Gruppensprecher. Letztere erläutern auch den Aspekt der nachhaltigen Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Belegschaft als Unternehmensinteresse, dass sich im Einbezug der Gesamtbelegschaft (früher nur Management) in den Audi Checkup ausdrückt. Selbst-

verständlich werden die übrigen o. g. Workshopinformationen über von den Gruppensprechern organisierte Gruppengespräche an die Mitarbeiter weitergegeben, so dass auch sie einen bedarfsgerechten Überblick über Gesundheitsmanagement [5] und Aspekte der integrierten Versorgung bei chronischen Krankheiten gewinnen.

7.4 Perspektiven einer integrierten Versorgung am Beispiel von Wirbelsäulenerkrankungen

Die dargestellten Vorgehensweisen zur Optimierung des Wiedereingliederungsprozesses [1] bedürfen selbstverständlich der Ausweitung. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt beteiligen sich einige Reha-Kliniken bzw. einige Reha-Ärzte am Verfahren, wobei von der Audi BKK an die Rehabilitanden ausgegebene Flyer (zur Vorlage in der Reha-Einrichtung) auf Verfahrensablauf und den bei Audi zuständigen/betreuenden Betriebsarzt hinweisen. Von besonderem Interesse wäre eine Ausweitung auf weitere Krankheitsarten, wobei vorrangig psychische Krankheiten einzubeziehen wären, da sich bislang bei ihnen erfahrungsgemäß der Wiedereingliederungsprozess am schwierigsten gestaltet, aber andererseits hier die größten Optimierungspotenziale zu veranschlagen sind. Insgesamt ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass das Verfahren aus organisatorischen Gründen nicht flächendeckend sein kann, von der Kooperationsbereitschaft der Reha-Ärzte abhängt und wahrscheinlich nur für Großbetriebe mit einem integrierten betriebsärztlichen Dienst praktikabel ist.

Nicht nur im Rahmen der Optimierung des Wiedereingliederungsprozesses stellt sich die Frage nach einer unmittelbaren Versorgung von Mitarbeitern mit akuten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule. Zumindest in größeren Unternehmen sollte neben einer betriebsärztlichen ambulanten Versorgung ein adäquates Angebot physikalischer Therapie (z. B. im betriebsärztlichen Dienst) bestehen, da bei Wirbelsäulenerkrankungen nach allen Erfahrungen eine echte Primärprävention durch verhaltenspräventive Maßnahmen (Rückenschulen etc.) unrealistisch ist. Tatsächlich werden solche Maßnahmen (insbesondere Rückenschulen) im Wesentlichen als Therapieergänzung oder -ersatz oder im Sinne von Mitnahmeeffekten bei „Sportlern“ in Anspruch genommen – das unmittelbare unverzügliche Angebot entsprechender Therapie zum richtigen Zeitpunkt ist sinnvoller und glaubwürdiger.

Bei Krankenständen in der Größenordnung von 3% in einem produzierenden Automobilunternehmen sind weitere Krankenstandssenkungsmaßnahmen Optimierungskurven-gemäß mit relativ hohem Aufwand

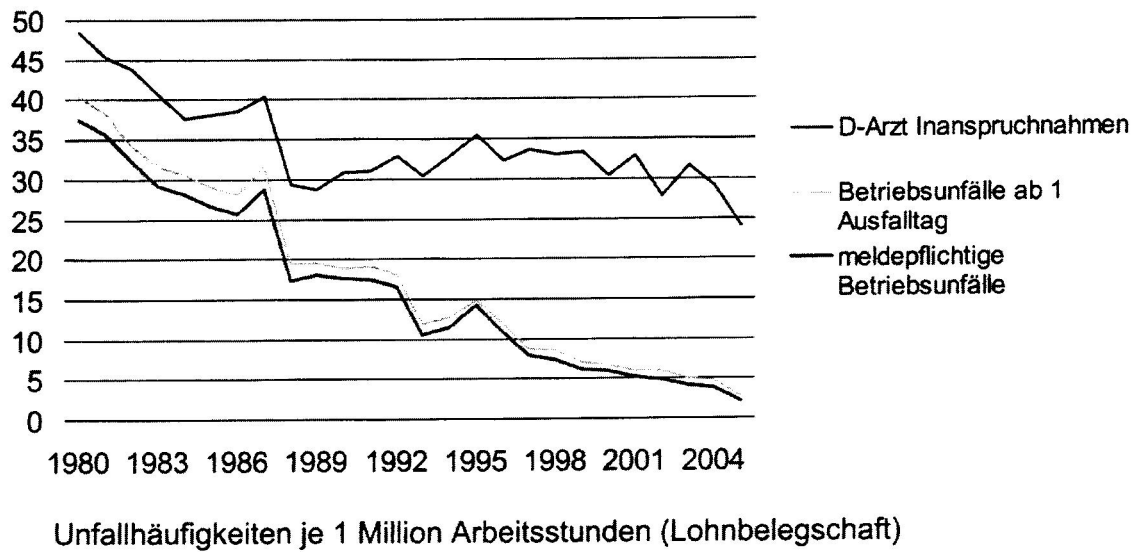


Abb. 7.8. Unfallhäufigkeiten Audi Ingolstadt 1980-2005

verbunden. Ergänzende, unmittelbar bereitstehende therapeutische Möglichkeiten vorausgesetzt, wäre bei Wirbelsäulenerkrankungen dennoch am ehesten eine weitere Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage (in der Produktion) denkbar. Hierzu müssten jedem gewerblichen Mitarbeiter bei Wirbelsäulenbeschwerden jederzeit bei Erfordernis (möglichst produktive) Alternativtätigkeiten für die Dauer der Krankheitsepisode angeboten werden. Dies setzt eine große Organisationseinheiten-übergreifende Flexibilität des Arbeitseinsatzes voraus, die zur Zeit noch nicht in vollem Umfang gegeben ist. Am Beispiel des Arbeitseinsatzes nach Arbeitsunfällen (Abb. 7.8) lässt sich jedoch nachweisen, welchen Einfluss der unmittelbare adäquate Arbeitseinsatz bei gesundheitlichen Problemen für die Arbeitsunfähigkeitszeiten hat. So führten im Jahr 1980 noch 77% aller Unfälle im Betrieb, die aufgrund einer definierten Verletzungsschwere dem Durchgangsarzt (D-Arzt) vorgestellt werden mussten, zu einem Arbeitsausfall von mehr als 3 Tagen und damit zu einem meldepflichtigen Arbeitsunfall. Heute, nachdem in jedem Einzelfall überprüft wird ob und welche Tätigkeit nach einem Unfall noch ohne die Gefahr der Verschlimmerung oder Verzögerung des Heilungsablaufs ausgeübt werden kann, und diese dann auch unverzüglich zugewiesen wird, resultiert nur noch aus 9% der D-Arzt-pflichtigen Unfälle im Betrieb ein meldepflichtiger Arbeitsunfall mit mehr als 3 Tagen Arbeitsunfähigkeit. Arbeitsunfälle lösen dementsprechend zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt nur ca. 1% aller Arbeitsunfähigkeitstage aus. Die Übertragung

der Vorgehensweise auf Wirbelsäulenerkrankungen mit ca. 15% Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen könnte dementsprechend den heutigen niedrigen Krankenstand noch weiter signifikant senken und die Produktivität erhöhen.

Literatur

- [1] Haase I, Riedl G, Birkholz LB, Schaefer A, Zellner M (2002) Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration. ASU 37:331–335
- [2] Funke U (2004) Zielsysteme Gesundheitsstand. Tagungsbericht 2003 des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte. Gentner Verlag, Stuttgart
- [3] Funke U (1998) Betriebliche Gesundheitsberichte als Instrumente der Prävention. ASU 33:104–109
- [4] Funke U (1999) Konzepte und Erfahrungen zur Gruppenprävention im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. 39. Jahrestagung der DGAUM, Wiesbaden. Rindt-Druck, Fulda: S 231–235
- [5] Stork J, Funke U (2005) Aktuelle Entwicklungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Automobilindustrie. In: Jonas K, Keilhofer G, Schaller J. Human Resource Management im Automobilbau – Konzepte und Erfahrungen (Schriften zur Arbeitspsychologie Band 63, Hrsg: Ulich E). Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle