

# Fehlzeiten-Report 2006

## A SCHWERPUNKTTHEMA: CHRONISCHE KRANKHEITEN

### Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung



#### 1. Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten)

ASJA MAAZ; MAIK H.-J. WINTER; ADELHEID KUHLMEY

Der Beitrag widmet sich dem Wandel des Krankheitspanoramas vom akuten zum chronischen Krankheitsgeschehen. Nach epidemiologischen Befunden zum Spektrum chronischer Krankheiten werden exemplarisch Erkenntnisse zur Verbreitung ausgewählter besonders relevanter Krankheitsbilder referiert. Dabei handelt es sich erstens um die Koronare Herzkrankheit, zweitens Neubildungen, drittens Diabetes mellitus sowie psychische Erkrankungen. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Auseinandersetzung mit den Kosten der Versorgung chronisch Kranker dar. Vor dem Hintergrund der geplanten Lebensarbeitszeitverlängerung wird darüber hinaus exkursiv der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gesundheit, chronischer Krankheit und Alter nachgegangen.

#### 2. Arbeitsbedingte Einflüsse bei der Entstehung chronischer Krankheiten

KARL KUHN

Die Abschätzung der durch präventive Maßnahmen vermeidbaren arbeitsbedingten Anteile an den Ursachen von in der Bevölkerung verbreiteten chronischen Krankheiten setzt neben gesicherten epidemiologischen Kenntnissen über arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken von Beschäftigtengruppen insbesondere auch zuverlässige Daten über die Anzahl von exponierten Personen sowie die Stärke der Expositionen und Belastungen voraus. Zur Verbesserung der Gesundheitslage der Erwerbspopulation und der Prävention von arbeitsassoziierten Erkrankungen bedarf es einerseits der Generierung weiteren Wissens über die Expositions-Wirkungs- bzw. Dosis-Wirkungs-Beziehungen zwischen bestimmten Arbeitsstoffen und anderen Expositionsfaktoren und den jeweiligen Gesundheitsrisiken. Dieses Wissen wird benötigt, um präventionsorientierte Normen und Grenzwerte zu bestimmen bzw. zu aktualisieren. Andererseits gilt es, über arbeitsplatzbezogene Präventionsprogramme die Morbidität bezüglich beeinflussbarer chronischer Krankheiten insgesamt zu reduzieren.

### **3. Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe**

CATHERINE M. BAASE

Der Beitrag stellt Ergebnisse einer Studie vor, deren Ziel es war, Prävalenz und geschätzte Gesamtkosten chronischer Krankheiten bei Beschäftigten der Dow Chemical Company in den USA zu bestimmen. Hierzu wurden mithilfe der „Stanford Presenteeism Scale“ Daten zu Einschränkungen der Arbeitsproduktivität und Fehlzeiten aufgrund selbst berichteter „primärer“ chronischer Erkrankungen von den Beschäftigten fünf verschiedener Standorte erhoben. Die Ergebnisse wurden mit demographischen Daten der Arbeitnehmer sowie Angaben zu Gesundheitsstatus, Medikamenteneinnahme, Raucherstatus, biometrischen Risikofaktoren, Gehalt und Art der Beschäftigung verknüpft. Fast 65% der Befragten gaben an, an mindestens einer der untersuchten chronischen Krankheiten zu leiden. Am häufigsten waren Allergien, Arthritis/Gelenkschmerzen oder -steifheit und Rücken- oder Nackenschmerzen. Die Fehlzeiten betragen je nach Krankheit zwischen 0,9 und 5,9 Stunden innerhalb eines Vier-Wochen-Zeitraums, die Arbeitsproduktivität war um 17,8% bis 36,4 % vermindert. Nach Adjustierung um weitere Faktoren war das Vorliegen einer chronischen Krankheit die häufigste Determinante der angegebenen Grade eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Die Gesamtkosten chronischer Krankheiten wurde auf 10,7% der gesamten Personalkosten der Dow Chemical Company in den Vereinigten Staaten geschätzt, 6,8% gingen allein auf eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zurück. Bei allen untersuchten chronischen Krankheiten überstiegen die Kosten der krankheitsbedingt verminderten Produktivität bei Anwesenheit am Arbeitsplatz die durch Fehlzeiten und medizinische Behandlung verursachten Kosten deutlich.

### **4. Prävention von Rückenerkrankungen in der Arbeitswelt**

DAGMAR LÜHMANN, BERNHARD ZIMOLONG

Der Betrieb bietet sich als ideales Setting für Präventionsmaßnahmen an. Die Ausgestaltung von Maßnahmen erweist sich jedoch als schwierig, da für die meisten "unspezifischen" Rückenschmerzen keine eindeutigen Ursachen vorliegen. Für ihre Entstehung muss ein Zusammenwirken von bio-psycho-sozialen Risikofaktoren angenommen werden. Im Bereich der Verhaltensprävention kommen Trainingsprogramme, Schulungen, Hilfsmittel und multidisziplinäre Programme zum Einsatz. Im Bereich der Verhältnisprävention erzielen ergonomische Maßnahmen nachhaltige Wirkungen, wenn sie zusammen mit Schulungen und Trainings angeboten und in ein gesundheitsförderliches Arbeitsklima eingebunden werden. Betriebliche Gesundheitsprogramme kombinieren verhaltens- und verhältnisorientierte Komponenten. Sie können insbesondere dann zu einer Veränderung und Stabilisierung des individuellen Gesundheitsverhaltens beitragen, wenn sie zielgruppenspezifisch angelegt sind. Für Rückenerkrankungen scheinen sekundäre Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung der Chronifizierung der Schmerzen das beste Nutzen-Kosten Verhältnis aufzuweisen.

### **5. Betriebliche Ansätze zur Prävention von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems**

GESINE GRANDE

Herz-Kreislaferkrankungen sind in Deutschland noch immer die häufigste Todesursache, sie verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen, aber auch in der deutschen Wirtschaft. Die Verbreitung von kardiovaskulären Risikofaktoren in der Bevölkerung konnte bisher durch primärpräventive und medizinische Interventionen nicht nachhaltig beeinflusst werden. Deshalb könnten betriebliche Ansätze zur Prävention von Erkrankungen des Herz-

Kreislaufsystems ein erhebliches Versorgungsdefizit verringern helfen. Es existieren betriebliche Präventionskonzepte, die sich auf die Modifikation einzelner oder kombinierter kardiovaskulärer Risikofaktoren beziehen. Entsprechende Programme basieren primär auf verhaltenorientierten Interventionen, mit denen der Risikofaktorenstatus zumindest kurzfristig günstig beeinflussbar ist. Die Potentiale der Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting werden jedoch in den Herz-Kreislauf-Präventionsprogrammen noch nicht ausreichend genutzt, dass zeigt sich unter anderem in der geringen Verschränkung von individuumbezogenen Interventionen und verhältnisbezogenen betrieblichen Veränderungen, in der Teilnehmerselektion und der fehlenden Umsetzung partizipativer Modelle.

## **6. Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention**

*ANJA LEPPIN*

Burnout kennzeichnet einen beruflichen Verausgabungsprozess, an dessen Ende Erschöpfung, reduzierte Leistungsfähigkeit und (zynische) Distanzierung von ehemals stark positiv besetzten Zielen stehen. Die individuellen und gesellschaftlichen Kosten von Burnout sind erheblich: das Spektrum reicht von Depressionen bis zu chronischen physischen Erkrankungen, von Ausfalltagen bis zur Frühberentung. Als Ursachen von Burnout gelten neben individuellen Faktoren wie einem hohen Anspruchsniveau vor allem arbeitsplatzbedingte Faktoren wie hohe emotionale Anforderungen („Helferberufe“), hohe Anforderungen bei gleichzeitig hohem Zeitdruck und geringen Ressourcen, geringe Kontrollmöglichkeiten, mangelnde positive Rückmeldungen und soziale Konflikte am Arbeitsplatz. Präventive Bemühungen haben bisher vor allem im Bereich des Individuums angesetzt, also in der Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen z.B. durch Vermittlung von Stressregulationsstrategien oder Zeitmanagement- und Konfliktlösetechniken. Effektive Primärprävention ist jedoch nur dann möglich, wenn auch potenziell pathogene Arbeitsplatzstrukturen verändert werden, also Zeitdruck genommen wird, Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und die Beschäftigten mehr Autonomie erhalten, eigene Arbeitsprozesse kontrollieren zu können.

## **7. Einbeziehung betrieblicher und außerbetrieblicher Ebenen in Konzepte der Prävention**

*ULRICH FUNKE*

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.

## **8. Betriebliches Eingliederungsmanagement - Herausforderung für Unternehmen**

*FRIEDRICH MEHRHOFF*

Seit dem 1. Mai 2004 haben die deutschen Unternehmen einen erweiterten Präventionsauftrag zu erfüllen. Der Gesetzgeber verlangt von ihnen über den § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitationsrecht) ein betriebliches Eingliederungsmanagement für alle Mitarbeiter, deren Arbeitsplatz aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung gefährdet ist und die damit aus dem Arbeitsleben herauszufallen drohen. Mit ihren Vorkehrungen und Betreuungen ergänzen die deutschen Arbeitgeber die Aufgaben der Rehabilitationsträger und Integrationsämter, die die Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe finanzieren. Diese neue „return-to-work“-Strategie verlangt von vielen Beteiligten ein Agieren und Kooperieren. Dieser Beitrag bietet einen Überblick über den derzeitigen Stand der Umsetzung des § 84 Abs. 2 und öffnet den Blick für eine internationale Dimension. Denn das Interesse, gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer länger und nachhaltig am Arbeitsplatz zu halten und damit Arbeitslosigkeit zu vermeiden, haben viele Nationen und Arbeitgeber.

## **9. Umgang mit chronischen Erkrankungen im Betrieb - Bausteine für ein betriebliches Integrationsmanagement**

*WOLFGANG TIMM*

Die Bedeutung des Themas „chronische Erkrankungen im Betrieb“ steht im Zusammenhang mit den langfristigen Reformaufgaben einer alternden Gesellschaft. Problemlösung statt Problemkompensation ist das Ziel. Die Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ hat hierzu Vorschläge entwickelt: Modernisierung der Unternehmenskultur für Wettbewerbsfähigkeit und Mitarbeiterorientierung; dezentrale, betriebswirtschaftlich ertragreiche Gesundheitspolitik im Betrieb; regionale Präventions- und Rehabilitationsverbände von Betrieben, Sozialversicherungen und Anbietern. Auch das neue Rehabilitationsrecht (SGB IX) zielt auf ein grundlegend gewandeltes Verständnis von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben. Es verpflichtet alle Sozialversicherungen zu systematischer Analyse (z.B. Frühindikatoren, Zielgruppen) und Erfolgsbewertung sowie zu koordinierten Präventions- und Rehabilitationsprogrammen mit Betrieben. Als Reformbeitrag werden praktizierte Bausteine für ein betriebliches Integrationsmanagement vorgestellt. Diese Module für mittelständische Betriebe stärken deren Fähigkeit, durch einen Steuerungsansatz, mitarbeiterzentrierte Führung und interne Unterstützungssysteme mit den Themen alternde Belegschaften und chronische Erkrankungen präventiv und rehabilitativ umzugehen.

## **10. Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter in einem Großunternehmen - Ein Beispiel für effektives betriebliches Eingliederungsmanagement**

*ERICH KNÜLLE*

In den Ford Werken GmbH wurde 2001 ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement eingeführt. Es ist inzwischen als Teil des Disability Managements in ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement integriert und zu einem wichtigen Bestandteil der Firmenkultur geworden.

Die Win-Win-Situation für Mitarbeiter und das Unternehmen wird dargestellt und die Prozesse skizziert, die den Erfolg ausmachen. Insbesondere der Abschied vom Defizit-Modell hin zu einem fähigkeitsorientierten Arbeitseinsatz mit einer intensiven externen und internen

Netzwerkbildung sind Gegenstand des Beitrages.

## **11. Fallmanagement der AOK bei Arbeitsunfähigkeit**

*HARALD POPKEN*

Die AOK hat vor mehr als 10 Jahren ein Fallmanagement für arbeitsunfähige Versicherte eingeführt. Das Krankengeldfallmanagement verfolgt dabei die gleichen Ziele wie das betriebliche Eingliederungsmanagement, zu dem die Betriebe seit dem 01.05.2004 gesetzlich verpflichtet sind: die Überwindung von Arbeitsunfähigkeit und die Reintegration kranker Versicherte in das Arbeitsleben. Etwa 3000 Krankengeldfallmanager der AOK arbeiten dabei eng mit den Versicherten, den Betrieben und ärztlichen Institutionen zusammen. Die Kontaktaufnahme des AOK-Fallmanagers mit dem erkrankten Versicherten erfolgt auf eigene Initiative und frühzeitig – möglichst noch während der sechswöchigen Entgeltfortzahlungsphase. Die speziell ausgebildeten Berater gehen aktiv auf die Kranken zu und kümmern sich um eine schnelle Behandlung. In persönlichen Beratungsgesprächen informieren sich die Fallmanager über die jeweilige Situation der Versicherten und koordinieren mit ihnen gemeinsam die erforderlichen Behandlungsschritte. Falls notwendig, schalten sie rechtzeitig weitere Experten aus dem Gesundheitswesen ein. Das Konzept ist bei allen AOKs erfolgreich umgesetzt.

## **12. Frühindikatoren für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit - Entwicklung eines Vorhersage-Instruments für die betriebliche Praxis**

*WOLFGANG BÖDEKER, KATJA ZELEN*

Langzeit-Arbeitsunfähigkeit gilt als ein besonderes gesundheitspolitisches Problem, da hiermit gleichzeitig negative Auswirkungen für die Beschäftigten, die Unternehmen und die Sozialversicherungsträger verbunden sind. Langzeit-Arbeitsunfähigkeit nimmt daher einen hohen Stellenwert in der Prävention ein. Dabei wird auch angestrebt, spezifische Risikokonstellationen zu erkennen, um frühzeitig intervenieren zu können. Frühindikatoren der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit würden helfen, besonders rehabilitationsbedürftige Beschäftigte zu identifizieren und sodann durch gezielte Präventionsmaßnahmen eine drohende Chronifizierung von Krankheiten bzw. ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu verhindern.

Langzeit-Arbeitsunfähigkeit hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. In der Gesamtbetrachtung indes werden die stärksten Zusammenhänge mit dem Lebensalter, dem Sozialstatus sowie der Anzahl und Dauer der vorangehenden Arbeitsunfähigkeit beobachtet. Hierbei gilt, je mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle pro Jahr auftreten, desto wahrscheinlicher ist eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit im Folgejahr. Diese Erkenntnisse eröffnen die Möglichkeit, Versicherte mit einem erhöhten Risiko für eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit auch ohne Rückgriff auf die Daten der Krankenkassen zu identifizieren.

## **B Daten und Analysen**

### **13. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2005**

*CHRISTIAN VETTER, INGRID KÜSGENS, CLAUDIA MADAUS*

Der folgende Beitrag liefert umfassende und differenzierte Daten zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Datenbasis sind die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen

der 9,4 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitglieder in Deutschland. Ein einführendes Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die allgemeine Krankenstandsentwicklung und wichtige Determinanten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Im einzelnen wird u.a. eingegangen auf die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit, die Bedeutung von Kurz- und Langzeiterkrankungen und Arbeitsunfällen, regionale Unterschiede in den einzelnen Bundesländern sowie die Abhängigkeit des Krankenstandes von Faktoren wie der Betriebsgröße und der Beschäftigtenstruktur. In elf separaten Kapiteln wird dann detailliert die Krankenstandsentwicklung in den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen analysiert.