

Aus dem Institut für Arbeitsmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. R. Kessel

**Kommunikation und
Kommunikationsstrukturen
zwischen
Betriebsarzt und Rehabilitationsklinik**

Inauguraldissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
-Aus der Medizinischen Fakultät-

vorgelegt von
Anja Lüdemann
aus Frankfurt am Main

Lübeck 2007

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. R. Kessel

2. Berichterstatter/Berichterstatterin:

Prof. Dr. med. T. Schäfer

Tag der mündlichen Prüfung:

17. März 2008

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den

17. März 2008

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Fragestellung	4
1.1	Einführung in die Thematik	4
1.2	Rehabilitation	4
1.3	Bedarf und Effizienz der Rehabilitation	5
1.4	Zieldefinitionen	7
2	Material und Methoden	8
2.1	Studienablauf	8
2.2	Instrumentarium (siehe auch Anhang)	10
2.2.1	FBS	10
2.2.2	Patientenfragebogen	10
2.2.3	Betriebsarztfragebogen	11
2.3	Auswahlkriterien	11
2.4	Teilnehmende Kliniken	12
2.5	Statistische Auswertung	12
2.6	Datenschutz	13
2.7	Zielparameter	13
3	Ergebnisse	14
3.1	Nicht-standardisiert erhobene Ergebnisse	14
3.1.1	Schwierigkeiten beim Ausgeben der Fragebögen	14
3.1.2	Probleme bei den Befragungen	14
3.1.3	Inhaltlich geplante, aber nicht realisierte Projekte	15
3.2	Standardisierte Ergebnisse	15
3.2.1	Teilnehmende Kliniken	15
3.2.2	Teilnahme und Rücklauf	16
3.2.2.1	Das Patientenkollektiv	16
3.2.2.2	Beschwerdebild nach eigenen Aussagen	18
3.2.2.3	Reha-Motivation	18
3.2.2.4	Betriebsärztliche Betreuung	19
3.2.3	Befragung acht Wochen nach Beendigung der Reha	20
3.2.3.1	Patientenkollektiv der Nachbefragung	20
3.2.3.2	Arbeitssituation nach der Reha	20

3.2.3.3	Befragung der Patienten zum Betriebsarzt	20
3.2.3.4	Rehabilitationseffekt	20
3.2.4	Befragung ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation (PNN)	21
3.2.4.1	Patientenkollektiv	21
3.2.4.2	Arbeitssituation und Reha-Effekt	21
3.2.4.3	Befragung zum Betriebsarzt der Patienten	23
3.2.5	Betriebsarztbefragung	23
3.2.5.1	Arbeitssituation aus betriebsärztlicher Sicht	24
3.2.5.2	Nutzen der Reha aus betriebsärztlicher Sicht	24
3.2.5.3	Kommunikationsmittel der Betriebsärzte	25
4	Diskussion	26
4.1	Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Klinik	26
4.2	Das internetbasierte Datennetzwerk	30
4.3	Betriebsarzt-Patientenverhältnis	33
4.4	Drop-out-Rate	34
4.5	Ausblick	35
5	Zusammenfassung	37
6	Literaturverzeichnis	39
7	Anhang	47
7.1	Teilnehmende Kliniken	47
7.2	Fragebögen	48
7.2.1	Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“	48
7.2.2	Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“ 8 Wochen nach Abschluss der Reha (PN)	51
7.2.3	Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“ ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation (PNN)	53
7.2.4	Betriebsarztfragebogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“	56
7.2.5	Reha-Kliniken: Kurzbefragungsbogen Klinikärzte	58
7.3	Patienteninformation und -einwilligung	60
8	Danksagung	64

Verzeichnis der Abkürzungen

ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfA	Bundesanstalt für Arbeit
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
FBS	Fragebogen für die Beschäftigten – Selbstbeurteilung
IMBA	Integration für Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt
PN	Patientenbefragung acht Wochen nach Ende der Rehabilitation
PNN	Patientenbefragung ein Jahr nach der Rehabilitation
Reha	Rehabilitation
SGB	Sozialgesetzbuch
VDR	Verband deutscher Rentenversicherungsträger

1 Einleitung und Fragestellung

1.1 Einführung in die Thematik

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei erwerbsfähigen Patienten haben den Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als wesentliches Ziel (Muche et al., 2000). Ein Erfolgskriterium der medizinischen Rehabilitation ist die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Dies wird in der Praxis nur unbefriedigend erreicht (Fraisie und Karoff, 1997; Bürger, 1999; Trowitzsch und Rust, 2000). Gründe hierfür sind oft unzureichende Kenntnisse über den jeweiligen Arbeitsplatz des Patienten seitens der Rehabilitationsmediziner wie auch ungenügender Informationsfluss zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt (Häussler und Keck, 1997; Dasinger et al., 2001; Schupp, 2001).

Durch das Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX am 01.07.2001 wurden erstmalig Aufgaben des Betriebsarztes im Rahmen der Rehabilitation gesetzlich definiert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Beteiligten soll gefordert und gefördert werden. Ziel soll sein, Schnittstellen zu optimieren und eine zeitnahe Wiedereingliederung der Patienten an ihren alten Arbeitsplatz unter Mithilfe und Einbeziehung des vor Ort tätigen Betriebsarztes zu erreichen.

In dieser Studie soll das Kommunikationsverhalten zwischen Betriebs- und Reha-Arzt sowie ein Lösungsansatz für eine verbesserte Kommunikation in Form eines internetbasierten Informationsnetzwerkes untersucht werden.

Die spärliche Literatur zu diesem Thema ist in elektronischen Datenbanken wie beispielsweise „Medline“ schlecht auffindbar, gleichlautend mit van der Weide et al., (1997), Dasinger et al. (2001), Franche et al., (2005) und Verbeek et al., (2005), so dass teilweise auf Tagungsbände und aktuelle Internetseiten verwiesen werden muss. Im Weiteren ist aufgrund der Mehrgliedrigkeit des deutschen Unfallversicherungswesens und damit einhergehender Besonderheiten in der rechtlichen Stellung des Betriebsarztes hierbei die internationale Literatur zu diesem Thema nur eingeschränkt verwertbar.

1.2 Rehabilitation

Rehabilitation bezeichnet das personenbezogene, multi- und interdisziplinäre Management von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit des Menschen. Unter der funktionalen Gesundheit werden Beeinträchtigungen der Körperstrukturen

und -funktionen, Beeinträchtigung der Aktivität des Menschen als handelndes Individuum und der Teilhabe des Menschen an der Gesellschaft in allen ihm wichtigen Lebensbereichen zusammengefasst (Gutenbrunner et al., 2002). Das Ziel der Rehabilitation ist unter anderem, schädigungsbedingte Fähigkeitsstörungen in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben abzuwenden, zu beseitigen oder zu bessern (Schupp, 2001) sowie zugleich Prävention vor schlimmerem Schaden zu gewährleisten (Welti, 2002). Angestrebt wird der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und/oder der Arbeitsfähigkeit unter Verwendung aller möglichen und zur Verfügung stehenden medizinischen Maßnahmen (Muche et al., 2000).

Leistungen zur Rehabilitation gliedern sich in medizinische, berufliche sowie soziale Rehabilitationsmaßnahmen.

Der medizinischen Rehabilitation werden stationäre Heilverfahren (§ 15 SGB VI), ambulante Rehabilitationsverfahren sowie die stufenweise Belastungserprobung und Arbeitstherapie zugeordnet. Finanzieller Träger sind die Rentenversicherung, die gesetzliche Krankenkasse und die Unfallversicherung (§ 6 SGB IX).

Die berufliche Rehabilitation nach § 16 SGB VI bezieht sich auf den Arbeitsplatz des Einzelnen und beinhaltet beispielsweise die Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz sowie Berufsfindung und Arbeitsplatzzerprobung. Finanzieller Träger ist die Bundesanstalt für Arbeit (§ 6 SGB IX).

Maßnahmen zur sozialen Rehabilitation beinhalten beispielsweise schulische Ausbildung behinderter Kinder und Jugendlicher und die Beschäftigung Behinderter in speziellen Werkstätten.

1.3 Bedarf und Effizienz der Rehabilitation

Die Zahl der erwerbsfähigen Personen wird in den nächsten Jahrzehnten sinken und das Renteneintrittsalter angehoben werden (Schliehe, 1997; Hansen, 2004; Badura, 2004). Aufgrund der demographischen Faktoren wird der Bedarf an Rehabilitation weiter steigen (Gutenbrunner et al., 2002). Die Anzahl der gestellten Rehabilitationsanträge sowie die Zahl bewilligter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Tabelle 1) schwankt konjunkturabhängig (Clade 2003). Ein zwischenzeitlicher Rückgang der medizinischen Rehabilitationsleistungen wird von Protz et al. (2000) auf eine schlechte Arbeitsmarktsituation und die Angst der Arbeitnehmer um den Arbeitsplatz zurückgeführt.

Tabelle 1: Bewilligte Anzahl von Leistungen zur Teilhabe, medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2007)

Jahr	Leistungen zur Teilhabe insgesamt	davon	
		Medizinische Rehabilitation	Teilhabe am Arbeitsleben
1995	1.160.699	1.042.441	118.258
1996	994.708	863.245	131.462
1997	757.862	645.374	112.488
1998	832.927	762.424	106.503
1999	952.653	832.460	120.193
2000	1.066.388	925.195	141.143
2001	1.134.591	961.249	173.342
2002	1.139.767	946.288	193.479
2003	1.122.496	909.475	213.021
2004	1.106.539	881.330	225.209
2005	1.099.346	879.796	219.550

Zudem sind aus wirtschaftspolitischen Gründen die Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation „gedeckelt“ worden (Schliehe, 1997). Das Verhältnis von Ausgaben und Ertrag in der Rehabilitation wird immer wichtiger (Hulshof et al., 1999). Die „Erosion der finanziellen Basis des Sozialsystems, die Veränderungen in der Arbeitswelt und die Reformprozesse in der Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik“ fordern neue, effiziente und kostensparende Lösungen (Schmidt et al., 2006).

Im Jahr 2001 wurden insgesamt 3 Milliarden Euro für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgegeben (Heipertz et al., 2001). 1995 waren es noch 4 Milliarden Euro (Schliehe, 1997). Diese Zahlen umfassen nur die direkten Kosten der rehabilitativen Maßnahmen, also die Kosten des eigentlichen „Kuraufenthaltes“. Neben direkten Kosten entstehen durch Krankheit indirekte Kosten, zu denen Arbeitsunfähigkeitstage, Erwerbsunfähigkeitsberentungen und krankheitsbedingte berufliche Veränderungen gehören (Krauth et al., 2002). Diese indirekten Krankheitskosten werden durch Rehabilitation reduziert (Samsel, 1999). Rehabilitation ist somit eine erfolgreiche Investition in Gesundheit und

Erwerbsfähigkeit (Schliehe, 1997; Loisel et al., 2002) und gesamtwirtschaftlich positiv zu werten.

Um in Zeiten, in denen sich die aktuelle Gesundheitspolitik verstärkt an ökonomischen Zielen orientiert (Krauth et al., 2002), eine Effizienzsteigerung der rehabilitativen Maßnahmen unter Berücksichtigung der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen, wird eine stärkere Berücksichtigung der beruflichen Situation im Rahmen der (medizinischen) Rehabilitation gefordert (Weh et al., 2000). Zunehmend thematisiert wird eine verbesserte Verzahnung der verschiedenen Rehabilitationsformen, insbesondere der medizinischen und berufsfördernden Maßnahmen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2001).

Es besteht heute Einigkeit darüber, dass eine erfolgreiche Rehabilitation nur bei Vorhandensein funktionierender interdisziplinärer und multiprofessioneller Teamstrukturen möglich ist (Gutenbrunner et al., 2002). Dazu sollte intensiv am gemeinsamen Rehabilitationsziel, der Wiedereingliederung des Patienten am Arbeitsplatz, gearbeitet werden (Schochat et al., 2003). Eine Voraussetzung hierfür ist kommunikativer Datenaustausch aller an der Reha beteiligten Personen und geeignete Kommunikationsstrukturen, um den Partnern der Rehabilitation die Möglichkeit zum Informationsaustausch zu gewährleisten.

1.4 Zieldefinitionen

Ziel der Befragung war es, das Verhältnis der Patienten zu ihrem Betriebsarzt zu erfassen. Der Schwerpunkt lag auf der Kommunikation zwischen Patient und Betriebsarzt sowie zwischen Rehaklinik und Betriebsarzt.

Hierzu sollte die Untersuchung folgende Fragen beantworten:

1. Wie häufig findet eine Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Arzt statt?
2. Wie ausgeprägt ist die Bereitschaft von Patienten und Betriebsärzten zu einer solchen Kommunikation?
3. Profitieren Rehabilitanden von einer Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Arzt?
4. Gibt es Gründe, die gegen eine Kontaktaufnahme sprechen?

2 Material und Methoden

2.1 Studienablauf

Mittels standardisierter Fragebögen wurden 500 Patienten im Rahmen einer Querschnittsstudie mit Vollerhebung zu drei verschiedenen Zeitpunkten befragt.

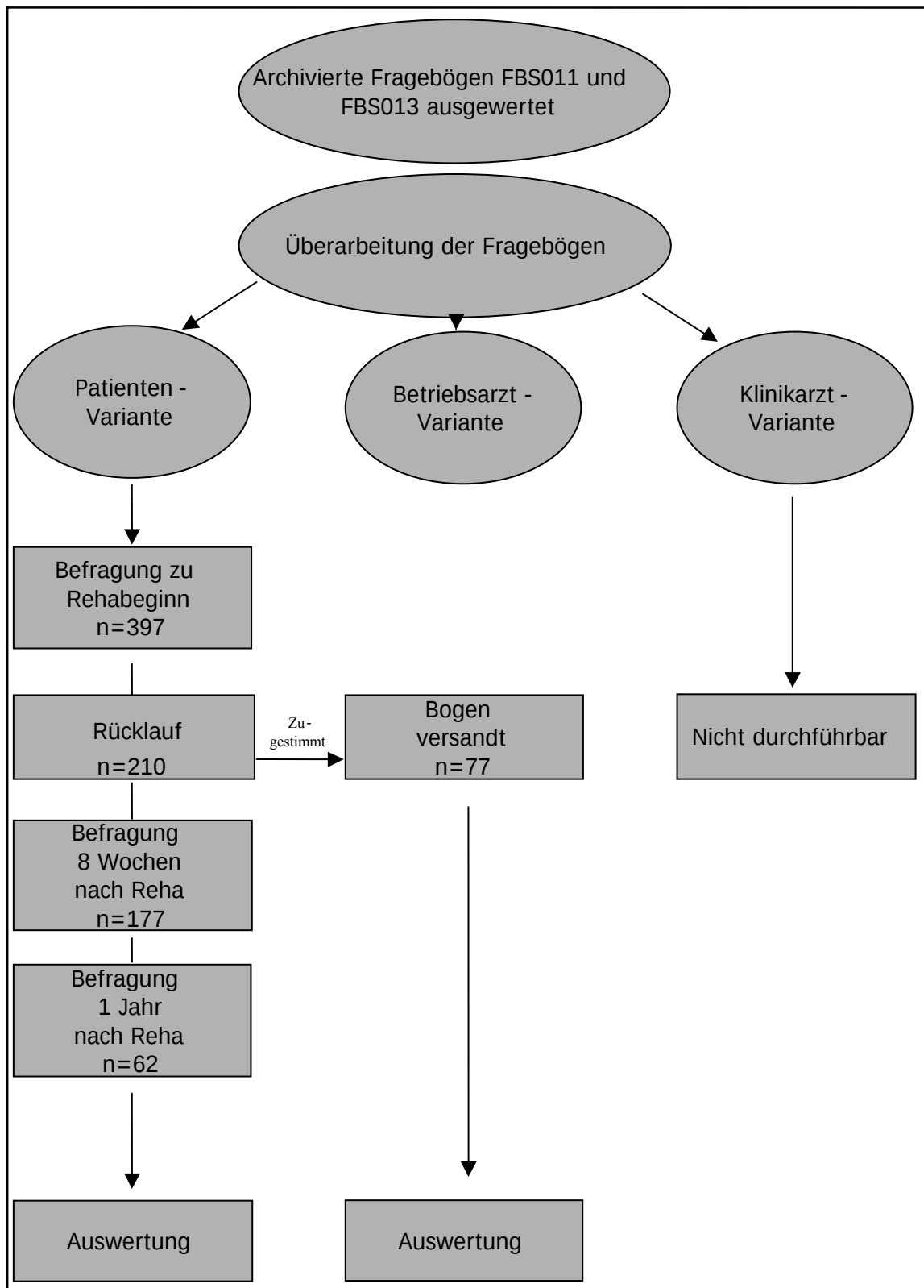
Die Fragebögen zur Beschäftigten – Selbstbeurteilung FBS011 und FBS013 (Potthoff und Schian, 1996) (Definition s. u.) wurden bereits vor Beginn der Studie in einigen der teilnehmenden Kliniken eingesetzt. Da die ausgefüllten Fragebögen mit den Patientenakten archiviert wurden, konnten in einer Vorerhebung nur die Ergebnisse aus zwei Kliniken untersucht werden. Die bei der Auswertung erhaltenen Erkenntnisse machten eine Überarbeitung der Fragebögen erforderlich. Der resultierende Fragebogen wurde in dieser Studie eingesetzt.

Zur Auswahl der Befragungszeitpunkte musste ein Kompromiss zwischen der Dauer der Studie und der Aussagekraft der erhobenen Daten über mittelfristige Erfolge einer Wiedereingliederung in den Beruf gefunden werden. Es wurde aus pragmatischen Gründen die Methode der indirekten Veränderungsmessung mit einem Nachbefragungsintervall von acht Wochen und einem Jahr gewählt (Kohlmann und Raspe, 1998).

Waren die Patienten mit der Befragung ihres Betriebsarztes einverstanden, kam ca. acht Wochen und ein Jahr nach dem Reha-Ende des Patienten ein modifizierter Fragebogen zur Anwendung.

Die vorgesehene Befragung der Klinikärzte konnte wegen fehlender Motivation der Klinikärzte nicht durchgeführt werden (Abbildung 1).

Abbildung 1: Flussdiagramm zum Studienablauf



2.2 Instrumentarium (siehe auch Anhang)

Das Instrumentarium basiert auf den Fragebögen für die Beschäftigten-Selbstbeurteilung FBS011 und FBS013 (Potthoff und Schian, 1996). Dieser valide Fragebogen wurde um betriebsarzt- und rehabilitationsspezifische Fragen ergänzt, bei deren Formulierung auf eine eindeutige, verständliche Sprache geachtet wurde. Er enthält möglichst kurze, einfache und präzise formulierte Fragen, ist aber insgesamt kurz gehalten, um eine bessere Mitarbeit zu erzielen.

2.2.1 FBS

Der „Fragebogen für die Beschäftigten-Selbstbeurteilung“ (FBS) wurde für die standardisierte Erhebung von Fähigkeitseinschränkungen und den belastenden Arbeitsanforderungen entwickelt (Potthoff und Schian, 1996); ein einfacher und standardisierter Fragebogen für die Befragung von Arbeitnehmern. Arbeitnehmerbefragungen werden von diesen Autoren als ökonomische Frühwarnsysteme bezeichnet, die auf individuelle berufliche Risikoschwerpunkte hinweisen. Genaue sozial- und arbeitsmedizinische Untersuchungen und Analysen können danach gezielter durchgeführt werden. In dieser Studie wurde der Teil „Belastungen am Arbeitsplatz“ dem FBS011 und FBS013 entnommen. Dieses System wurde um Fragen ergänzt, wenn neuere Assessment – Systeme wie z. B. „IMBA“ (Integration für Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt) diese Belastungsgruppen eingeführt haben (BMA, 1996; van de Sand, 2001).

2.2.2 Patientenfragebogen

Der Fragebogen besteht aus Fragen zur Arbeits- und Gesundheitssituation des Patienten in Anlehnung an den FBS. Das Fähigkeitsprofil wurde dem IMBA-Dokumentationsverfahren entnommen.

Der Fragebogen ist in fünf Themenblöcke unterteilt:

- derzeitiger Beruf,
- berufliche Belastung,
- Betriebsarzt,
- Beschwerdebild,
- Reha-Motivation.

Die Validierung des Fragebogens war nicht vorgesehen.

Der Fragebogen acht Wochen nach der Rehabilitation gliedert sich in die fünf Themenblöcke

- Rehabilitation,
- Rehabilitationseffekt,
- Arbeit nach der Rehabilitation,
- Betriebsarztkontakt nach der Rehabilitation,
- derzeitiges Befinden.

Ein Jahr nach der Rehabilitation wurde der erste Fragebogen mit den Themenblöcken

- derzeitiger Beruf,
- berufliche Belastung,
- Betriebsarzt,
- Beschwerdebild

um Fragen zum Reha-Effekt ergänzt und erneut versandt.

2.2.3 Betriebsarztfragebogen

Der Fragebogen besteht aus drei Teilen mit Fragen

- zur Kommunikation Reha-Klinik – Betriebsarzt,
- zum Arzt-Patienten-Verhältnis,
- zu gesundheitlichen Einschränkungen bei der Arbeit,
- zur Arbeitsbelastung und
- zum Reha-Effekt.

2.3 Auswahlkriterien

Befragt wurden alle Patienten im Untersuchungszeitraum in den teilnehmenden Kliniken am Tag der Aufnahme. Die Patienten waren zwischen 22 und 60 Jahren alt. Weitere Einschlusskriterien waren die schriftliche Einwilligung in die Studiendurchführung und die Erwerbsfähigkeit der Patienten. Ausgeschlossen von der Befragung wurden langfristig nicht erwerbstätige Personen wie zum Beispiel Rentner und Hausfrauen.

2.4 Teilnehmende Kliniken

Es konnten insgesamt 11 Reha-Kliniken aus Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern für diese Studie gewonnen werden, wobei in einigen die Beteiligung an der Probeevaluation zunächst rechtlich durch die jeweiligen Träger genehmigt werden musste.

Die Auflistung der Kliniken befindet sich im Anhang (Kapitel 8.1).

2.5 Statistische Auswertung

Die Datenerfassung wurde maskengestützt manuell in einer Excel-Tabelle durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe der Software SPSS 9.0 (Statistical Package for Social Sciences der SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

Für die deskriptive Auswertung wurden absolute und relative Häufigkeiten, Minima, Maxima, Standardabweichungen, Mittelwerte und Mediane ermittelt.

Die zur Auswertung kommenden Verfahren sind bei den jeweiligen Ergebnissen benannt. Zur Anwendung kamen:

t-Test	zum Vergleich annähernd gauß-verteilter Variablen als unverbundener t-Test, zum vorher/nachher-Vergleich als paarig angelegtes Verfahren.
U-Test	als nicht-parametrischer Test zum Vergleich zweier Variablenscharen, sofern die Voraussetzungen für den t-Test nicht gegeben sind, zum Beispiel keine Gauß-Verteilung der Parameterwerte, keine metrische Skalierung usw. vorliegt.
Chi-Quadrat-Test	zum Vergleich mehrerer dichotomisierter oder zu dichotomisierender Variablen auf Unabhängigkeit der Verteilung in Form des bekannten Vier-Felder-Tests.
Korrelation	nach Pearson oder Spearman zum Test auf Kovarianz von unabhängigen Parametern (beide Parameter werden gemessen).
Signifikanzniveau	wegen der geringen Fallzahlen wurde $p \leq 0,1$ als signifikant gewertet.

Lineare Regression	zum Test auf Kovarianz voneinander abhängiger Parameter, wenn einer der Parameter kontrolliert und nicht gemessen wurde.
Vorzeichentest	nicht parametrischer Test, um bei gepaarten Stichproben eine Veränderung oder eine Tendenz auf Signifikanz zu überprüfen.

2.6 Datenschutz

Zur Beurteilung der datenschutzrechtlichen Problematik wurden die Fragebögen dem Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Lübeck sowie der Datenschutzabteilung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vorgelegt und daraus resultierende Anregungen umgesetzt.

2.7 Zielparameter

- Häufigkeiten für den Verbleib im Beruf/ Arbeitsplatzwechsel/ Berentung
- AU-Zeiten nach Patienten-Angaben
- Kommunikationshäufigkeit zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt
- Häufigkeit betriebsärztlicher Hilfen beim Wiedereinstieg in den Beruf.

3 Ergebnisse

3.1 Nicht-standardisiert erhobene Ergebnisse

3.1.1 Schwierigkeiten beim Ausgeben der Fragebögen

Das plangemäße Ausgeben der Fragebögen erwies sich teilweise als schwierig,

- da sich ein Teil der Kliniken nicht weiter am Projekt beteiligte mit der Begründung, dass die Ausgabe von Fragebögen durch Klinikmitarbeiter „aufgrund von Arbeitsüberlastung“ nicht möglich erschien,
- da andere Kliniken erst die Zustimmung bestimmter Kostenträger vor der Ausgabe von Studienbögen oder der Rekrutierung von Probanden benötigten, was bis zu einem Jahr in Anspruch nahm,
- da sich eine Klinik durch die Einschlusskriterien nicht in der Lage sah, die angestrebte Anzahl von Patienten zu erreichen.

3.1.2 Probleme bei den Befragungen

In der Mehrzahl wurden die Fragebögen vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme vom Personal der Klinik ausgegeben und die Rücksendung koordiniert. Hierbei waren jedoch nicht alle Kliniken in der Lage, die Fragebögen auf diese Weise zu vergeben. Ein Versand durch die wissenschaftliche Begleitung war aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich, so dass in diesen Kliniken die Fragebögen durch wissenschaftliche Mitarbeiter verteilt wurden.

Die geringere Rücklaufquote erklärt sich einerseits durch die Überlastung des ärztlichen Personals und Schwierigkeiten bei der Wahl geeigneter Patienten aus dem Kollektiv der Klinik. Andererseits waren die Patienten nicht gewillt, einen weiteren Fragebogen auszufüllen. Eine Erinnerung an die Teilnahme an der Studie im Verlauf der Rehabilitation erfolgte nicht.

Um beim Ausfüllen der Fragebögen auftretende Unklarheiten in persönlichen Gesprächen aufzulösen, wurden in einigen Kliniken die Fragebögen persönlich am Tag der Anreise der Patienten ausgeteilt und mit den Patienten ausgefüllt. Dabei auftretende Probleme sollten vor Ort geklärt und für die Ausarbeitung weiterer Fragebögen verwendet werden. Dieser Weg stellte sich aber als ineffektiv heraus, da

sich 2/3 der Patienten nach langer Anreise nicht in der Verfassung fühlten, den Fragebogen auszufüllen.

Häufige Kommentare beim Ausfüllen des Fragebogens betrafen zwei Komplexe:

1. Offene Fragen nach Häufigkeit und Dauer bestimmter Tätigkeiten wie Fehlzeiten und Überstunden wurden verbal mit „das weiß ich doch nicht“ beantwortet. Dies betraf z. B. die Frage nach der Überstundenhäufigkeit (Felder 13, 14) sowie nach der Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten (Felder 33, 34) (Siehe Anhang S. 47-48).
2. Durch die Flut der Fragebögen vor Reha-Beginn, entweder im Rahmen anderer Studien oder im direkten Zusammenhang mit dem Reha-Aufenthalt, fühlten sich die Patienten überfordert. Häufig kamen folgende Fragen: „Ich habe schon vor der Reha so viele Fragebögen ausgefüllt, welche auch meine Tätigkeit betreffen. Muss das jetzt alles noch einmal sein?“ Ca. die Hälfte der persönlich befragten Teilnehmer, die nicht an der Untersuchung teilnehmen wollten, stellte diese Frage.

Beim Ausfüllen des Fragebogens entstehende Fragen konnten nicht standardisiert erfasst werden, da bei der Bearbeitung die Zeit für ausführliche Vermerke fehlte und längere persönliche Gespräche nur in Einzelfällen möglich waren.

3.1.3 Inhaltlich geplante, aber nicht realisierte Projekte

Die von uns versuchte Befragung der Klinikärzte war wegen deren Zeitmangel und fehlender Motivation der Klinikärzte nicht durchführbar.

3.2 Standardisierte Ergebnisse

3.2.1 Teilnehmende Kliniken

Von ursprünglich elf Kliniken wurden die Fragebögen nur in neun an Patienten verteilt (Auflistung der Kliniken siehe Anhang). In den Kliniken 1 - 6 wurden die Fragebögen durch die Klinik ausgegeben, in den Kliniken 7 - 9 durch Mitarbeiter des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Mit Ausnahme der Klinik 2 erfolgte die Befragung während der ersten 3 Tage des stationären Aufenthaltes. In Klinik 2 wurde

die Befragung kurz vor dem Therapiebeginn an die Patienten verschickt und bei der Aufnahme erfasst.

3.2.2 Teilnahme und Rücklauf

Von insgesamt 497 ausgegebenen Fragebögen wurden 210 beantwortet zurückgeschickt. Abzüglich der 100 Fragebögen, die auf die letztlich nicht teilnehmenden Kliniken entfallen, errechnet sich mit 210/397 Fragebögen eine Rücklaufquote von 53 % (Tabelle 2). Von 210 Patienten stimmten 187 der Befragung zu. Die in den folgenden Kapiteln genannten Prozentangaben beziehen sich auf diese 187 Patienten.

Einer Nachbefragung acht Wochen (PN) nach der Reha stimmten 177 Patienten (94 %) zu. Von den angeschriebenen 177 Patienten antworteten 62 (Rücklaufquote 35 %).

Bei der Nachbefragung ein Jahr (PNN) nach Ende der Rehabilitation antworteten von 62 Patienten 48 (77 % Rücklaufquote).

Tabelle 2: Patiententeilnahme an den Befragungen

	Erstbefragung bei Rehabeginn	Befragung 8 Wochen nach Reha	Befragung 1 Jahr nach Reha
Bögen verteilt	N=397	n=177	n=62
Bögen zurück	N=210	n=62	n=48

3.2.2.1 Das Patientenkollektiv

Das Alter der Patienten lag zwischen 22 und 59 Jahren, der Mittelwert lag bei 48 ± 9 Jahren. 107 (57 %) der befragten Patienten waren Männer. 80 (43 %) waren Frauen. Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Alters- und Geschlechtsverteilung (Mann-Whitney-U-Test; $p=0,113$). Es ergaben sich folgende Altersverteilungen (Abbildung 2):

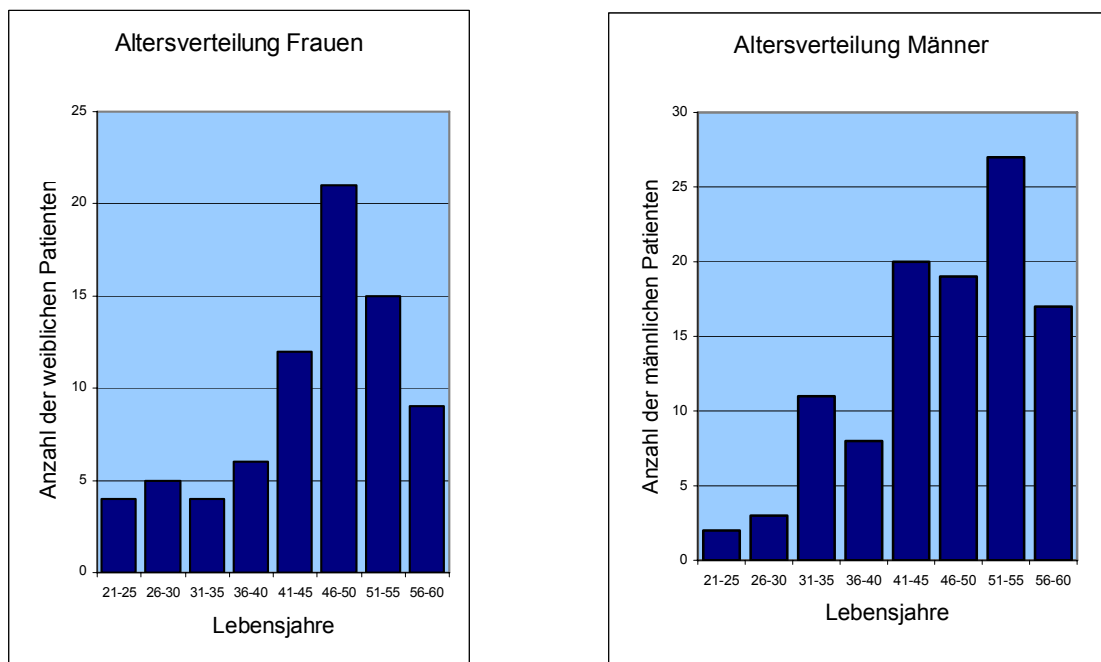


Abbildung 2: Altersverteilung der teilnehmenden Patienten (Anzahl pro Altersgruppe).

Berufliche Eckdaten der Patienten sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Signifikante Verteilungsunterschiede zwischen Männern und Frauen bestanden hinsichtlich des Anteils Angestellter (χ^2 -Test, $p=0,10$) und der Dauer der Berufstätigkeit (χ^2 -Test, $p=0,025$) (Tabelle 3).

Tabelle 3: Zusammensetzung des Patientenkollektives.

Parameter	Frauen	Männer
Anzahl Patienten	80 (43 %)	107 (57 %)
Alter der Patienten Mittelwert $\pm$ Standardabweichung (Wertebereich)	47 $\pm$ 10 Jahre (22-60 Lebensjahre)	49 $\pm$ 8 Jahre (23-59 Lebensjahre)
Dauer der Berufstätigkeit Mittelwert $\pm$ Standardabweichung (Wertebereich)	14 $\pm$ 11 Jahre (0-42 Arbeitsjahre)	23 $\pm$ 12 Jahre (1-43 Arbeitsjahre)
Anteil Arbeiter	22 %	54 %
Anteil Angestellte	68 %	25 %
Anteil mit leitender Tätigkeit	11 %	19 %
Anteil Selbständige	0 %	2 %
Anteil Beamte	4 %	9 %
Anzahl der Beschäftigten im Betrieb Median (Wertebereich)	105 (1-24000 Menschen)	185 (1-440000 Menschen)

72 Patienten (38 %) arbeiteten 39 - 40 Stunden pro Woche, während 37 Patienten (20 %) mehr und 26 (14 %) weniger als 30 Stunden arbeiteten.

Die Betriebsgrößen reichten von 1 bis 440 000 Mitarbeitern und unterschieden sich nicht signifikant zwischen Männern und Frauen (Mann-Whitney-U-Test, $p=0,129$). Der Median der Gesamtdaten lag bei 150.

3.2.2.2 Beschwerdebild nach eigenen Aussagen

Der größte Anteil, 113 Patienten (61 %), war aufgrund orthopädischer Beschwerden in der Reha, gefolgt von dermatologischen Erkrankungen ($n=23$, 12 %). 14 Patienten (11 %) litten jeweils unter psychischen oder unter anders klassifizierten Erkrankungen und 9 Patienten (5 %) unter kardiopulmonalen Erkrankungen.

Innerhalb des vorangegangenen Jahres waren 148 Patienten (79 %) im Mittel 83 Tage (Median: 45 Tage) krankgeschrieben, 34 davon für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten (18 %).

Durch gesundheitliche Probleme konnten 141 Patienten (77 %) nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten, 96 (54 %) nicht mehr alle Elemente ihrer Arbeit ausführen. 106 Patienten (61 %) konnten nur noch mit häufigen Pausen arbeiten und 142 (82 %) benötigten spezielle Hilfsmittel bei der Bewältigung der Arbeit.

81 Patienten (43 %) hatten in der Vergangenheit bereits an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen.

Einen Rentenanspruch gestellt hatten 10 Reha-Patienten (5%). Der Rentenanspruch war bei 4 Patienten (3 %) bei Reha-Antritt bewilligt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl der gestellten Rentenansprüche vor und ein Jahr nach Reha.

	Vor Reha	1 Jahr nach Reha
Rente beantragt	5 % (10/187)	10 % (5/48)
Rente bewilligt	3 % (4/187)	4 % (2/48)

3.2.2.3 Reha-Motivation

175 Patienten (94 %) erachteten die Rehamassnahme als sinnvoll und 155 (83 %) sahen eine Möglichkeit, die Reha aktiv mit zu gestalten. In einer offen gestellten Frage nach der in diese Reha gesetzten Hoffnung antworteten 16 Patienten (9 %)

explizit mit einer „Verbesserung der Arbeitsfähigkeit“. Fragte man direkt nach der Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit, hielten 13 (7 %) eine vollständige, 129 (69 %) eine teilweise Wiederherstellung durch die Reha für möglich.

3.2.2.4 Betriebsärztliche Betreuung

108 der Patienten (59 %) waren nach eigener Aussage betriebsärztlich betreut, wovon 77 (37 %) den Betriebsarzt namentlich benennen konnten. Ein Betriebsarzt fehlte in 62 Fällen (34 %) (Abbildung 3). 13 der befragten Patienten (7 %) wussten nicht, ob sie einen Betriebsarzt haben.

42 der betriebsärztlich betreuten Patienten (39 %) gingen davon aus, dass ihr Betriebsarzt den Arbeitsplatz kennt; 27 (25 %) der Patienten waren sich nicht sicher und 39 (36 %) gaben an, dass der Betriebsarzt ihren Arbeitsplatz nicht kennt. Zeitliche Angaben über den letzten Besuch des Betriebsarztes konnten von 69 Patienten (37 %) gemacht werden.

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Abbildung 3: Angaben der Rehabilitanden über ihre betriebsärztliche Betreuung.

Einer Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt wurde von 92 der betriebsärztlich betreuten Patienten (85 %) zugestimmt.

Lehnte der Patient die Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt ab, wurde er gebeten, den Grund dafür anzugeben. In der schriftlichen Befragung waren nur einzelne Befragte dazu bereit. In 4 Fällen habe erst kürzlich ein Betriebsarztwechsel stattgefunden, so dass noch kein Vertrauen habe aufgebaut werden können.

Bei den persönlichen Befragungen wurde in ca. der Hälfte der Fälle die Furcht vor negativen Auswirkungen einer Kontaktaufnahme geäußert. „Dann bricht in der übrigen Belegschaft Unruhe aus“ oder „der Betriebsarzt rennt dann sofort zur Betriebsleitung“ waren die häufiger geäußerten Bedenken.

3.2.3 Befragung acht Wochen nach Beendigung der Reha

3.2.3.1 Patientenkollektiv der Nachbefragung

Einer Nachbefragung nach acht Wochen stimmten 177 der Rehabilitanden (94 %) zu. Von den angeschriebenen Patienten antworten 62 Personen, was einer Rücklaufquote von 34 % entspricht. Die Geschlechterzusammensetzung dieser Teilgruppe änderte sich nicht wesentlich. Sie bestand aus 22 Frauen (35 %) und 40 Männern (65 %). Die Rehabilitationsmaßnahme erstreckte sich meist über drei (n=27, 44 %) beziehungsweise über vier (n=29, 47 %) Wochen. Im Maximum dauerte sie 23 Wochen, im Minimum 2 Wochen.

3.2.3.2 Arbeitssituation nach der Reha

49 Patienten (80 %) hatten ihre Arbeit erfolgreich wieder aufgenommen und führten ihre bisherige Tätigkeit aus.

40 Patienten (69 %) waren der Meinung, dass ihnen Hilfe oder Rat bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit nach der Reha nicht geholfen hätte.

3.2.3.3 Befragung der Patienten zum Betriebsarzt

Nach der Reha hatten 12 Patienten (20 %) Kontakt zu Ihrem Betriebsarzt, den 11 dieser Patienten selber veranlasst hatten. Nur in einem Fall war der Kontakt durch den Betriebsarzt angeregt worden. Der Betriebsarzt war in 4 Fällen bei der Wiedereingliederung hilfreich.

3.2.3.4 Rehabilitationseffekt

Durch die Rehabilitationsmaßnahme konnten die Beschwerden bei 50 Personen (81 %) gebessert werden, was sich bei 21 Personen (34 %) auch positiv auf die Arbeit auswirkte. Angemessen auf ihre Arbeit vorbereitet fühlten sich 24 der Befragten (39 %), 30 (48 %) erhofften sich die Erhaltung ihres derzeitigen Gesundheitszustandes – signifikant häufiger, wenn sie betriebsärztlich betreut waren (Tabelle 5).

Zwischen betriebsärztlich und nicht betriebsärztlich betreuten Patienten konnten 8 Wochen nach der Reha keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der vom Patienten empfundenen Arbeitsbelastung nachgewiesen werden (Tabelle 5).

Tabelle 5: Reha-Effekt nach acht Wochen

	Patienten ohne Betriebsarzt	Patienten mit Betriebsarzt	p (χ^2 -Test)
Die Reha war positiv für die Arbeit	Ja: 33 % (n=8/24)	Ja: 38 % (n=13/34)	0,702
	Nein: 67 % (n=16/24)	Nein: 62 % (n=21/34)	
Die Reha bereitet auf die Arbeit vor	Ja: 39 % (n=9/23)	Ja: 44 % (n=15/34)	0,708
	Nein: 61 % (n=14/23)	Nein: 56 % (n=19/34)	
Erhaltung des Gesundheitszustandes möglich	Ja: 37 % (n=9/24)	Ja: 65 % (n=22/34)	0,041
	Nein: 63 % (n=15/24)	Nein: 35 % (n=12/34)	

3.2.4 Befragung ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation (PNN)

3.2.4.1 Patientenkollektiv

Ein Jahr nach Abschluss der Reha wurden jene 70 Patienten, welche einer weiteren Befragung zugestimmt hatten, angeschrieben, von denen 48 antworteten.

3.2.4.2 Arbeitssituation und Reha-Effekt

Nach der Rehabilitationsbehandlung wurde von 44 Patienten (92 %) die Arbeit wieder aufgenommen. 43 (98 %) arbeiteten im vorigen Beruf und hatten, von zwei Ausnahmen abgesehen, keine gesundheitlichen Probleme bei der Ausübung ihrer Tätigkeit. Von zehn Patienten, die zuvor aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten konnten, ist dies neun Patienten nach der Rehabilitation wieder möglich. 17 Patienten (37 %) waren nach der Reha nicht in der Lage, alle Elemente

ihrer Tätigkeit auszuführen und 13 (29 %) mussten häufigere Pausen einlegen. Auf spezielle Hilfsmittel griffen 7 Patienten (15 %) zurück.

36 Patienten (78 %) gaben ein Jahr nach Rehabilitationsende einen verbesserten Gesundheitszustand an. 27 (56 %) nahmen an, dass sich der gesundheitliche Zustand erhalten ließe. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes wirkte sich bei 16 Patienten (44 %) auch auf die Arbeit aus. Stellt man die Arbeitseinschränkungen der Befragung vor der Reha jenen nach einem Jahr gegenüber, werden trotz teilweiser Besserungstendenz keine signifikanten Änderungen erkennbar (Tabelle 6).

Tabelle 6: Vergleich der Aussagen zu Arbeitseinschränkungen vor und ein Jahr nach Reha.

	Vor Reha	1 Jahr nach Reha	p (χ^2 -Test)
Patienten, die aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten können	21 % n=10/48	10 % n=5/48	0,16
Einzelne Elemente der Arbeit können nicht mehr ausgeführt werden	33 % n=16/48	35 % n=17/48	0,83
Häufige Pausen werden benötigt	31 % n=15/48	27 % n=13/48	0,65
Spezielle Hilfsmittel werden verwendet	13 % n=6/46	15 % n=7/48	0,77

Vergleicht man die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Patienten vor und ein Jahr nach der Reha, findet sich nach der Reha bei betriebsärztlich betreuten Patienten eine tendenziell stärkere Abnahme der Fehltage als bei den nicht Betreuten (Tabelle 7). Dieser Unterschied ist nicht signifikant.

Tabelle 7: Arbeitsunfähigkeitszeiten der betriebsärztlich betreuten und der nicht betreuten Patienten vor und ein Jahr nach der Reha (Median).

	Vor Reha	1 Jahr nach der Reha	p (Vorzeichen-Test)
Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU)	30 Tage n=46	15 Tage n=46	0,411
AU der betriebsärztlich betreute Patienten	60 Tage n=9/9	0 Tage n=5/9	0,508
AU der Patienten ohne Betriebsarzt	30 Tage n=18/37	17 Tage n=12/37	0,192

3.2.4.3 Befragung zum Betriebsarzt der Patienten

39 (81 %) der insgesamt 48 befragten Patienten kannten ihren Betriebsarzt nicht.

9 Patienten hatten nach der Rehabilitation Kontakt zu ihrem Betriebsarzt. Dieser Kontakt wurde in 8 Fällen von den Patienten angeregt, nur einmal von Seiten des Betriebsarztes.

3.2.5 Betriebsarztbefragung

Unter Nutzung der Patientenangaben konnten 77 Betriebsärzte angeschrieben werden. Bei 10 dieser Betriebsärzte konnte die Anschrift nur mit erheblichem Zeit- und Arbeitsaufwand ermittelt werden. Im Durchschnitt dauerte es 30 Minuten, bis die Angaben jeweils eines Rehabilitanden ergänzt werden konnten, wobei neben Telefonverzeichnissen auch nicht öffentlich zugängliche Mitgliederverzeichnisse einschlägiger Berufsverbände von Betriebsärzten verwendet werden mussten. Von direkten Nachfragen im Betrieb musste aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken (Schweigepflicht) abgesehen werden.

Von diesen 77 angeschriebenen Betriebsärzten antworteten 36, von denen 28 den jeweils betroffenen Patienten betreuten. Sieben dieser 28 waren durch den Patienten selbst und einer durch die Rehaklinik von der Rehamaßnahme des Patienten unterrichtet worden, die anderen Betriebsärzte erfuhren davon erst durch unser Schreiben.

3.2.5.1 Arbeitssituation aus betriebsärztlicher Sicht

25 der 28 Betriebsärzte kannten nach eigener Aussage den Arbeitsplatz des Patienten, 9 davon gaben an, dass ihr Patient nicht mehr alle Elemente seiner Arbeit ausführen könne und 4 bzw. 5, dass ihr Patient häufige Pausen bzw. Hilfsmittel in Anspruch nähme (Tabelle 8). Eine Möglichkeit zur innerbetrieblichen Umsetzung war in 13 Fällen gegeben und in 5 Fällen schon erfolgt.

Tabelle 8: Vergleich der Aussagen von Betriebsarzt und Patient zu Arbeitseinschränkungen und verwendeten Hilfsmitteln.

	Aussage des Betriebsarztes	Aussage des betreuten Patienten	t-Test
Einzelne Elemente der Arbeit können nicht mehr ausgeführt werden	32 % n=9/28	50 % n=14/28	p=0,695
Häufige Pausen werden benötigt	14 % n=4/28	36 % n=10/28	p=0,083
Spezielle Hilfsmittel werden verwendet	18 % n=5/28	18 % n=5/28	p=0,328

3.2.5.2 Nutzen der Reha aus betriebsärztlicher Sicht

Neun Betriebsärzte äußerten sich zu Häufigkeit und Dauer der AU-Zeiten ihrer Patienten, die im Durchschnitt vier Monate betrug.

Nach Aussage der Betriebsärzte versprach die Reha bei 16 der Patienten eine Verbesserung der Berufsprognose. Eine vollständige (1/28) oder teilweise (8/28) Verbesserung der Leistungsfähigkeit wurde in neun Fällen angenommen. Sechs Betriebsärzte machten mangelnden Kontakt entweder seitens des Patienten oder seitens der Reha-Klinik für eine ausbleibende Besserung der beruflichen Leistungsfähigkeit nach der Reha verantwortlich.

3.2.5.3 Kommunikationsmittel der Betriebsärzte

Einen besseren Kontakt zu Reha-Kliniken, die betreute Beschäftigte behandeln, würden alle antwortenden Ärzte begrüßen, jedoch nur fünf würden ihn nutzen. Keiner stand einer Kontaktaufnahme ablehnend gegenüber.

Einen Internetzugang hatten 17 Betriebsärzte. 14 nutzten diesen zur Informationsgewinnung. Einer Befundübermittlung via Internet würden 16 Betriebsärzte zustimmen, wenn dies aus datenschutzrechtlichen Gründen möglich sei.

Das am meisten genutzte Kommunikationsmittel war der Arztbrief (19/28) (Abbildung 4).

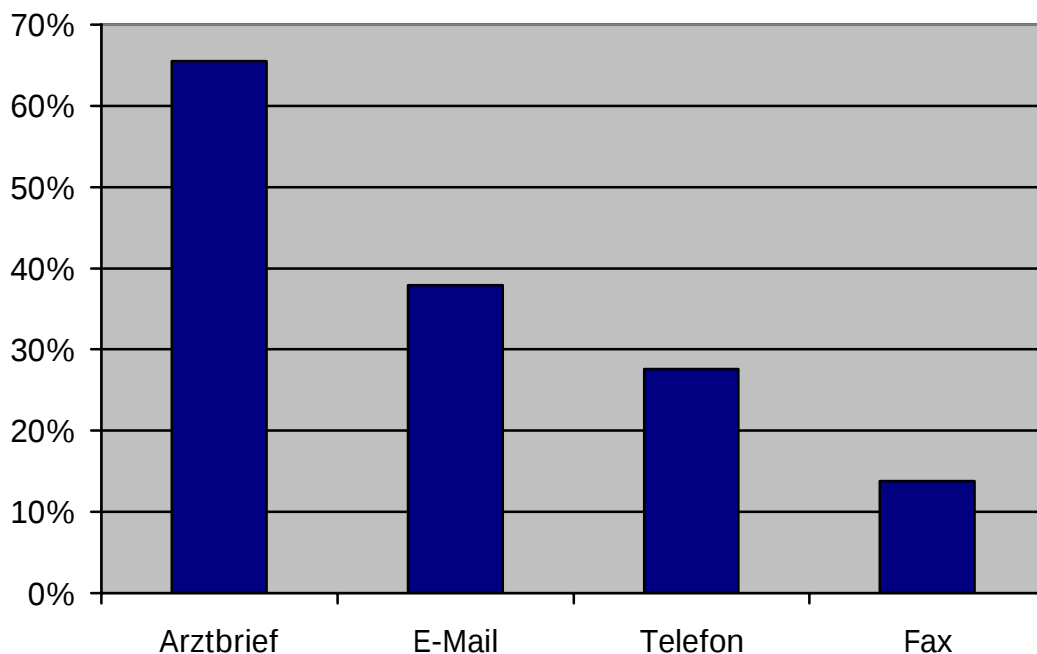


Abbildung 4: Verwendete Kommunikationsmittel der Betriebsärzte

4 Diskussion

4.1 Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Klinik

In unserer Studie konnten wir nachweisen, dass abgesehen von Einzelfällen keine Kommunikation zwischen Reha-Kliniken und Betriebsärzten besteht.

Ein ungehinderter Informationsfluss und eine enge Verzahnung von Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung sind aber wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation (Callahan, 1994; Häussler und Keck, 1997; Franche et al., 2005). Der Alltag spricht dafür, dass eher ein „berührungsloses Nebeneinander“ von Betriebsärzten und Reha-Kliniken besteht als ein „kommunikatives Miteinander“. Dies wird durch die spärlichen, teils schlecht auffindbaren Publikationen deutlich, was auch von anderen Autoren belegt wird (van der Weide et al., 1997; Verbeek et al., 2005). Es gibt nur wenige Studien über Informationswege und deren Nutzen im Rahmen der medizinischen Reha (Dasinger et al., 2001; Franche et al., 2005). Im deutschsprachigen arbeitsmedizinischen als auch im sozialmedizinisch-renten-versicherungsrechtlichen Schrifttum finden sich bis 2002 nur vereinzelt Berichte über Kooperationsprojekte. Beispielsweise wird das Wort „Betriebsarzt“ in den Tagungsbeiträgen des Verbandes der Rentenversicherungsträger 2000 und 2001 in jedem Jahr nur einmal erwähnt. Eine Änderung im Sinne zunehmender Einbeziehung der Arbeitsmediziner in die Rehabilitation in Deutschland ist erst seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 01.07.2001 zu beobachten.

Als Ausdruck des stattfindenden Wandels erscheinen häufiger wissenschaftliche Tagungsberichte (Seidel et al., 2003; Jochheim und Habekost, 2004; Hansen, 2004; Alles et al., 2004), in denen Berufsgenossenschaften, betriebsmedizinische Dienste oder Betriebsärzte an der Diskussion um die Teilhabe am Arbeitsleben und Effizienzsteigerung der Rehabilitation teilnehmen. Es werden vor allem Projekte vorgestellt, in denen große Konzerne durch enge Kooperation aller Beteiligten eine Leistungssteigerung durch frühe Wiedereingliederung ins Berufsleben erzielen. In Modellprojekten großer Unternehmen, wie beispielsweise der Adam Opel AG und der Audi AG, entstanden funktionierende Netzwerke mit enger Zusammenarbeit und wechselseitigem Informationsaustausch zwischen Reha-Klinik, dem betriebsärztlichen Dienst der Unternehmen und den zuständigen Leistungsträgern. Erreicht wurden neben einer hohen Akzeptanz bei den Rehabilitanden vor allem eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeits-Zeiten bis zur ersten Wiederaufnahme der Arbeit

nach der Reha und damit eine Kostenersparnis sowie seltenere Arbeitsplatzwechsel (Patzelt und Weber, 2004).

Die Kommunikation zwischen Reha-Klinik und Betriebsarzt auf Ebene der kleinen Betriebe (in unserer Studie lag der Median der Betriebsgröße bei 150 Mitarbeitern pro Betrieb) ist schwierig. Behrens (2000) beschreibt die selten zustande kommende Kommunikation als ein Verfahrenshindernis, welches aufgabenbezogenes Handeln der Betriebsärzte verhindert. Er nennt als Beispiel die „mangelnde Einfachheit in Erreichbarkeit und Information“ der Betriebsärzte seitens der Rehabilitationsmediziner, was mit unserer Studie bestätigt werden kann. Hier konnten 77 Betriebsärzte durch Auswerten von Patientenangaben zugeordnet werden, von denen letztendlich nur 28 auch den jeweiligen Rehapatienten betreuten. Nur ein Betriebsarzt war durch die Reha-Klinik benachrichtigt worden, 7 hatten durch den Patienten von der Reha erfahren. Bereits die Zuordnung des betreuenden Betriebsarztes gestaltete sich als schwierig, da nur 37 % der Rehabilitanden den Betriebsarzt namentlich benennen konnten. Die Angaben waren meist lückenhaft oder es wurde ein falscher Betriebsarzt genannt.

Eine Möglichkeit für eine standardisierte Weiterleitung des Rehaabschlussberichtes an die Betriebsärzte liegt bei den Kostenträgern. Potentiell wäre eine Erfassung des betreuenden Betriebsarztes im Antrag für Kostenübernahme möglich. Da Kostenträger keine Konkurrenz für die Betriebsärzte darstellen, könnten auf Ebene der Kostenträger Verzeichnisse über die Betriebszugehörigkeit der Betriebsärzte entstehen. Der am Ende der Reha erstellte Entlassungsbericht könnte von den Kostenträgern an die Betriebsärzte weitergeleitet werden. Jedoch scheint dieser Lösungsansatz realitätsfern, da das Problem in der Kommunikation der Ärzte liegt und die Kostenträger nicht direkt betrifft, zumal das Problembewusstsein für ausbleibenden Informationsaustausch auf dieser Ebene erst gebildet werden muss. Zudem sind Wege über Dritte zeit- und kostenintensiv. Es sollte eine direkte Kommunikation angestrebt werden. Ab 2006 ist die elektronische Datenerfassung der Gesundheitsdaten gesetzlich vorgeschrieben (Gesetz zur Modernisierung der Krankenversicherung), zudem steht die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte an. Die hierfür neu einzurichtenden elektronischen Netzwerke mit dem Ziel der vereinfachten Datenübermittlung bieten neue Möglichkeiten kosten- und zeitsparender Kommunikation aller aktiv Beteiligten. Diese

Gegebenheit sollte von allen an der Rehabilitation Beteiligten aufgegriffen werden und mit dem Ziel der schnelleren Kommunikation umgesetzt werden.

Gleichzeitig sind Anstrengungen zu unternehmen, einen stärkeren Bezug der Reha-Maßnahme auf den Arbeitsplatz zu erwirken. Bei 81 % der Patienten hatte sich der Gesundheitszustand acht Wochen nach der Reha gebessert, was sich aber nur bei 36 % positiv auf die Arbeit auswirkte. Nur 42 % fühlten sich in der Rehabilitation angemessen auf ihre Arbeit vorbereitet. Im Vergleich der Arbeitseinschränkung vor Reha und ein Jahr nach Reha sind keine signifikanten Unterschiede (z. B. „einzelne Elemente der Arbeit können nicht mehr ausgeführt werden“) erkennbar. Während der stationären Rehabilitationsmaßnahme werden Patienten für den Umgang mit ihrer Erkrankung im häuslichen Alltag geschult. In vielen Fällen orientiert sich das Reha-Ziel jedoch nicht konkret an den am Arbeitsplatz vorliegenden Anforderungen. Streibelt et al. (2006) beschreiben, dass Patienten „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation signifikant bessere aktivitäts- und partizipationsbezogene Ergebnisse aufweisen, wenn sie eine spezifische berufsbezogene Behandlung erhalten.“ Dies kann die direkten und indirekten Kosten senken (Loisel et al., 2002), was die (Kosten-) Effektivität der Reha-Maßnahme erhöht. Weiter sollte schon während der Rehabilitation eine Intervention zur Änderung der Wahrnehmung der eigenen Arbeitssituation erfolgen, wie von Maurischat und Mittag, (2004) gefordert. Sie gehen davon aus, dass Arbeit kausal für die Erkrankung verantwortlich ist. Unzureichende Arbeitsplatzkenntnisse in den Rehabilitationskliniken, gefördert durch eine nicht ausreichende Kommunikation zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt, verstärken die Diskrepanz zwischen beruflichen und betrieblichen Anforderungen und Fähigkeiten der Rehabilitanden.

Ebenso werden betriebs- und realitätsferne Wiedereingliederungsempfehlungen im Entlassungsbericht der Rehaklinik auf mangelnde Kommunikation zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt zurückgeführt (Loisel et al., 2005; Hüppe et al., 2006). Sind Wiedereingliederungsempfehlungen nicht realisierbar, endeten die Erwerbskarrieren zu 45 % in der Frühberentung (Fraisie und Karoff, 1997). In Modellprojekten konnten durch die Einbindung des Betriebsarztes in den Rehabilitationsablauf die Möglichkeiten der Wiedereingliederung effizienter gestaltet werden. Voraussetzung war der stetige Informationsfluss zwischen Reha-, Betriebs- und Hausarzt (Heipertz et al., 2001). Dieser beruhte lange Zeit auf der Initiative einzelner Betriebsärzte

(Seidel et al., 2003), da es keinen institutionalisierten Datenaustausch zwischen Reha-Klinik und Betriebsarzt gab (Fraisie und Seidel, 1993).

Um eine nachhaltige Wirksamkeit der stationären Reha-Maßnahme zu erzielen, ist es wichtig, Patienten während der Reha durch den Klinikarzt (Köpke, 2004) und nach der Reha durch den Betriebsarzt verstärkt zu einer aktiven Wahrnehmung der Nachsorgeangebote hinzuführen. Die betriebliche Reha-Nachsorge, die zu einem Drittel über den Rehabilitationserfolg entscheidet (Behrens, 2000), wird durch fehlende Kommunikation ebenfalls erschwert oder verhindert. Nach den Ergebnissen der hier vorgestellten Studie hat eine betriebsärztliche Reha-Nachsorge nur in unter 10 % der Fälle stattgefunden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Betriebsärzte nicht agieren können, wenn ihnen die Information über die Reha-Maßnahme oder das Ergebnis der Reha als Folge fehlender Kommunikation nicht zukommt. Gerade hier wäre eine stärkere Einbeziehung des Betriebsarztes in die Reha zielführend, insbesondere um die Nachhaltigkeit der Reha zu gewährleisten. Voraussetzung ist ein lückenloser zeitnaher Datenaustausch zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt. Gleichzeitig ist der Auf- oder Ausbau der Betriebsarzt-Patienten-Bindung anzustreben, um Hemmnisse in der zwischenmenschlichen Kommunikation zu minimieren.

Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach der Reha zeigt einen Rückgang der Ausfallszeiten bei den betriebsärztlich betreuten Patienten auf null Fehltage nach der Reha. Nicht betriebsärztlich betreute Patienten profitieren zwar ebenfalls von der Reha, jedoch in geringerem Ausmaß. Die Fehlzeit sinkt auf die Hälfte der Fehlzeit vor der Reha, nämlich auf 17 Tage. Dies ist aufgrund der kleinen Fallzahlen aber nicht statistisch nachweisbar. Auf Ebene der kleinen und mittleren Betriebe haben betriebsärztlich betreute Patienten tendenziell niedrigere post-rehabilitative Arbeitsunfähigkeitszeiten, wie bereits von Dasinger et al. (2001) für Kleinbetriebe und von anderen Autoren für Großbetriebe beschrieben wurde (Riedel et al., 2002; Patzelt und Weber, 2004). Folglich unterstützt eine betriebsärztliche Betreuung postrehabilitativ die Gesundheit am Arbeitsplatz. Mortelmans et al. (2006) untersuchten die postrehabilitativen Arbeitsunfähigkeitszeiten mit und ohne kontrolliertem Informationsfluss zwischen „Social insurance physicians and occupational physicians“. Hier zeigte sich kein Unterschied zwischen den betreuten und

nicht betreuten Patienten. Trotzdem fordern Mortelmans et al. (2006), „die Komplexität der asymmetrischen Informationsweitergabe“ nicht zu unterschätzen.

Für ein aktives Handeln des Betriebsarztes vor, während und nach der Reha werden dringend zuverlässige standardisierte Kommunikationsstrukturen benötigt, um gerade auf der Ebene der kleinen Betriebe Informationen zeitnah weiterzugeben. Dies kann beispielsweise durch ein internetbasiertes Datenbanksystem in Zusammenarbeit mit den Haus- und Betriebsärzten im Umkreis der Klinik geschehen. Die gesetzliche Grundlage ist durch das SGB IX gegeben. Das Rehabilitationsrecht wird durch Inkrafttreten des SGB IX im Juli 2001 neu kodifiziert (Quester et al., 2003). Unter anderem heißt es darin: „Die Rehabilitationsträger (...) vereinbaren gemeinsame Empfehlungen, (...) in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- und Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubeziehen sind“ (SGB IX, § 13 Abs. 2 Nr. 8). Damit wird der Betriebsarzt erstmalig gesetzlich in den Rehabilitationsablauf integriert. Eine Umsetzung durch die Beteiligten des Rehabilitationssystems sollte angestrebt werden.

4.2 Das internetbasierte Datennetzwerk

Alle an der Rehabilitation beteiligten Parteien sind von der Dringlichkeit der zeitnahen, reibungslosen Kommunikation überzeugt (Heipertz et al., 2001; Schochat et al., 2003).

Verfahrenshindernisse wie zum Beispiel die schlechte telefonische Erreichbarkeit der Reha- sowie der Betriebsärzte, die Wiedervorlagen und Rückrufe erforderlich machen (Behrens, 2000), beeinträchtigen einen reibungslosen Kommunikationsablauf. Ein Lösungsansatz wäre eine asynchrone Kommunikation, bei der beide Gesprächspartner nicht zeitgleich anwesend sein müssen. Zur Wahl stehen der konservative postalische Weg, der von zwei Dritteln der Betriebsärzte genutzt wird, oder eine Informationsweiterleitung über das Internet, zum Beispiel per E-Mail. Die postalische Kommunikation ist zeitintensiv und häufig unbefriedigend, da der am Ende der Reha erstellte Entlassungsbericht den Betriebsarzt nicht ohne sein Zutun erreicht, insbesondere ist hierfür die Einverständnis des Patienten erforderlich. Ein Großteil der Betriebsärzte besorgt sich den Entlassungsbericht über den Hausarzt, da der Entlassungsbericht auch dem Hausarzt zugesandt wird, wenn der Betriebsarzt

der veranlassende Arzt war (Seidel et al., 2003). Mit dieser Arbeit kann bestätigt werden, dass Betriebsärzte entweder durch Eigeninitiative oder im Gespräch mit dem Patienten über die Reha informiert werden. Dies setzt jedoch voraus, dass bekannt ist, dass eine Rehabilitation stattgefunden hat. Die unzureichenden Adressangaben der Patienten machen ein automatisiertes Weiterleiten der Befunde durch die Reha-Klinik in der Regel unmöglich. Zusätzlich wird die direkte Weiterleitung der Befunde von der Reha-Klinik zum Betriebsarzt durch das aus schweigepflichtsrechtlichen Gründen benötigte Einverständnis des Patienten erschwert.

Durch den Aufbau einer Datenbank mit Angaben über betreuende Betriebsärzte wäre eine schnellere Informationsgewinnung möglich. In Modellprojekten wurde durch eine Datenbank eine verbesserte Kommunikation und eine schnellere Weiterleitung der Befunde zwischen Akut- und Reha-Klinik umgesetzt (Altmann und Bach, 2000). Um Zeit- und Qualitätsverluste in der kardiologischen Reha zu minimieren und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, wurden dort relevante Patienteninformationen invasiv und interventionell tätiger kardiologischer Katheterzentren in einem Datenbanksystem gespeichert. Voraussetzung für den Zugang sind datenschutzrechtliche Sicherheitsbestimmungen und die Zustimmung der Patienten zum elektronischen Datentransfer. Das Ergebnis war ein vollständiger Befundstatus bei Reha-Beginn sowie eine vereinfachte Kommunikation zwischen Akut-Kardiologie und Rehabilitation.

Datenbanken mit Informationen über Reha-Kliniken, deren Anzahl und Struktur als sich nur langsam verändernd angenommen werden kann, existieren bereits in Form von gedruckten und internetbasierten Nachschlagewerken, teilweise auch als netz-unabhängig zu nutzende Programme, z.B. www.rehadat.de oder www.rehakliniken.de. Hier kann durch eine einfache Verlinkung von den Netzwerk-Seiten heraus bereits eine gute Flächendeckung erzielt werden, wobei auch Suchmöglichkeiten nach spezialisierten Einrichtungen realisiert sind. Dies erleichtert das Auffinden einer für die jeweilige Erkrankung adäquaten, räumlich nahen Versorgung, eliminiert jedoch nicht die Schwierigkeiten beim Informationsrückfluss zum ggf. die Reha veranlassenden Betriebsarzt.

Webseiten lassen sich individuell anpassen und sind relativ einfach zu aktualisieren. Durch eine Datenbank sind verschiedenste Suchanfragen zum Beispiel nach Betriebsärzten einer bestimmten Firma oder in einer bestimmten Region ebenso

möglich wie die Suche nach spezialisierten Reha-Einrichtungen. Per Passwort-Abfragen lassen sich darüber hinaus individuelle Rechte beim Abfragen, zum Ergänzen und zur Wartung „eigener“ Informationen definieren.

Einer Realisation dieser Methode steht nicht zuletzt die wirtschaftliche Situation der betriebsärztlichen Praxen und Dienste im Wege. Ein Betriebsarzt kann sich heute nicht mehr sicher sein, den von ihm betreuten Betrieb auch in der Zukunft weiter unter Vertrag zu haben. Hieraus erwächst ein Konkurrenzgedanke, der das Veröffentlichen von Listen mit Betriebsärzten und deren betreuten Betrieben verhindert. In zahlreichen persönlichen Gesprächen wurde von Betriebsärzten die Befürchtung geäußert, dass Internet-Datenbanken zu leicht auszuspionieren seien und die gewonnenen Informationen von Konkurrenten zu Abwerbungsversuchen missbraucht werden könnten. Die durch dieses Misstrauen entstehenden Lücken in der Betriebsarzt-Datenbank stellen eine effektive Nutzungsmöglichkeit in Frage.

Die Informationsweiterleitung per Internet und E-Mail wäre denkbar. Die technischen Voraussetzungen sind bei Betriebsärzten, fast jeder Klinik und ca. 85 % der Arztpraxen (Schütze et al., 2004) gegeben, aber vielen (Betriebs-)Ärzten fällt es schwer, auf elektronische Medien zurückzugreifen (Williamson et al., 1989; Verhoeven et al., 1997; Mc Alister et al.; 1999), was zusätzlich durch die komplizierten datenschutzrechtlichen Bestimmungen gefördert wird. Zur Zeit müssen Patientendaten, die mit öffentlichen Übertragungsmedien nach Einverständniserklärung des Patienten versandt werden, mit sicheren kryptographischen Methoden verschlüsselt werden. Zusätzlich sollte eine digitale „Quittierung“ der übermittelten Daten erfolgen, damit die rechtlichen Rahmenbedingungen des Datenschutzes gegeben sind (Schütze et al., 2004). Damit ist diese Methode, die zwar zunächst weniger zeitaufwändig erscheint, durch datenschutztechnische Sicherheitssysteme derzeit wenig praktikabel. Eine vereinfachte Form der Übermittlung und Datenerfassung sollte angestrebt werden, auch im Hinblick auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises, deren Einführung für 2006 geplant war. In Vorbereitung darauf finden sich in der Fachpresse zunehmend Informationen rund um neue Netzwerksysteme, die durch einfache Handhabung und Verlinkung elektronische Datenverarbeitung möglich machen (Deura Laser GmbH & Co, Medical Management, Giesecke & Devrient GmbH, Tecos GmbH).

Insgesamt lässt sich ein funktionierendes flächendeckendes Netzwerk nicht umsetzen, so lange die Übertragung patientenbezogener Daten über das Internet auf

datenschutzrechtliche Bedenken stößt. Auf der Ebene der kleinen Betriebe wäre ein Zusammenschluss der Betriebsärzte mit der Rehaklinik im Rahmen kleinerer Datenbanken vorteilhaft, um lange Kommunikationswege über Dritte, zum Beispiel den Kostenträger, zu verkürzen.

4.3 Betriebsarzt-Patientenverhältnis

Unsere Untersuchung zeigte, dass eine Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Patient während oder nach der Reha selten zustande kommt, von knapp 400 befragten Patienten in nur 14 % der Fälle. In persönlichen Gesprächen mit den Patienten wird die Furcht vor negativen Auswirkungen der Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt als Grund für den ausbleibenden Kontakt angegeben. Daraus lässt sich schließen, dass ein Vertrauensverhältnis Patient – Betriebsarzt häufig nicht existiert. Die Abneigung gegen den Betriebsarzt kann durch die Angst um den Arbeitsplatz, die in einer schlechten Arbeitsmarktsituation noch verstärkt wird, und die von den Rehabilitanden fälschlich angenommene Unterstellung, dass Betriebsärzte „Handlanger des Arbeitgebers“ sind, erklärt werden.

Vom Standpunkt der Betriebsangehörigen aus gesehen ist die Position des Betriebsarztes nicht klar definiert. Teils ist seine Stellung im Betrieb neutral (Dzuck et al., 2002), teils wird er als „die Wirtschaftlichkeit belastender Kostenfaktor“ (Glomm, 2001) gesehen. Seine Funktion ist aus Sicht der Arbeitnehmer meist stark an direkte Aufgaben im Betrieb gebunden wie zum Beispiel die Gefährdungsanalyse vor Ort (Glomm, 2001; Dzuck et al., 2002,). Daraus lässt sich ableiten, dass den Arbeitnehmern das Arbeitsspektrum des Betriebsarztes nicht hinreichend bekannt ist. Beispielsweise würden viele Patienten bei arbeitsplatzbezogenen Rückenschmerzen zuerst den Hausarzt konsultieren (Dzuck et al., 2002). Indirekt zeigt sich dies auch in dieser Studie, da 70 % der Befragten angaben, dass ihnen Hilfe bei der Wiedereingliederung (durch den Betriebsarzt) nicht nützen werde. Es ist davon auszugehen, dass der Mehrzahl der Arbeitnehmer die Möglichkeiten betriebsärztlicher Maßnahmen sowie der Nutzen der postrehabilitativen Betriebsarztbetreuung nicht bekannt ist.

Dies zeigt sich in einer frei gestellten Frage nach den in diese Reha gesetzten Hoffnungen. Nur 9 % antworteten explizit mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, wobei fast alle Patienten diese Reha-Maßnahme als sinnvoll erachteten. Daraus

lässt sich ableiten, dass viele Patienten die Rehabilitation nach wie vor unter der Devise „heute Fango - morgen Tango“ sehen und weder den direkten Bezug der Reha zum Arbeitsleben noch die Verbindung zum Betriebsarzt erkennen. Eine Befragung unter Medizinstudenten zeigte, dass im ersten Semester ähnliche Erwartungen an eine „Kur“ sowie an eine Rehabilitation gestellt werden. Im siebten Semester sind die Angaben deutlich differenzierter und der „Kur“ werden balneophysikalische Behandlungen zugeordnet, während Rehabilitation mit beruflicher Beratung und Beschwerdereduktion verbunden wurde (Vogel und Reitz, 2004).

Gleichzeitig sind vielen Betriebsärzten, Arbeitsmedizinern und auch Hausärzten diese genannten positiven Aspekte, die durch eine bessere Verzahnung gefördert werden, nicht bekannt (Trowitzsch und Rust, 2000). Es ist eine vermehrte Aktivität der Betriebsärzte zu fordern, um einerseits das Arzt-Patienten-Verhältnis zu rehabilitieren und ihre Aufgabenbereiche und den sich daraus ergebenden Nutzen zu verdeutlichen. Betriebsärzte sollten mehr Eigeninitiative im Reha-Bereich entwickeln und langfristig einen Imagewechsel herbeiführen. In diesem Zusammenhang ist die Imagekampagne des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte zu begrüßen, welche Ende 2004 unter anderem mit diesen Zielen unter dem Eindruck auch dieser Ergebnisse gestartet wurde (vergl. www.vdbw.de).

4.4 Drop-out-Rate

Mit zunehmendem zeitlichem Abstand der Befragung über den Postweg vom Ende der Reha kommt es erfahrungsgemäß zu einem kontinuierlichen Absinken der Antwortraten (Kosinski und Raspe, 1998), was wir in unserer Studie mit einer stark abfallenden Antwortrate bestätigen können.

Bereits zu Beginn der Studie zeigte sich bei den befragten Patienten wenig Interesse zur Teilnahme an der Studie. Einige waren nicht gewillt, bei Antritt der Reha einen zusätzlichen Fragebogen auszufüllen. Dies wird von den Patienten durch die Vielzahl der vor der Reha-Maßnahme auszufüllenden Fragebögen begründet. Andererseits ist die Verbindung zwischen Reha und Betriebsarzt und die Notwendigkeit einer Kommunikation für viele Patienten nicht offensichtlich. Dies spiegelt sich in dem geringen namentlichen Bekanntheitsgrad der Betriebsärzte und in einem teils fehlenden Vertrauensverhältnis von Patient zu Betriebsarzt wieder.

Verstärkt wurde der geringe Rücklauf durch die fehlende Betriebsarzt – Patientenbindung. Ein Patient, der seinen Arzt nicht kennt, kann auch keine wesentlichen Aussagen über ihn machen. In Studien mit informiertem Fachpersonal, befragt wurden Hausärzte (Deck et al., 2000) oder Betriebsärzte (Seidel et al., 2003), wurde ein Rücklauf von 70 % und mehr erreicht. Die Rücksendequote bei den Betriebsärzten betrug in unserer Studie 46 %. Eine Steigerung des Rücklaufs hätte eventuell durch eine Erinnerung erreicht werden können. Deck et al. (2000) erreichten eine Rücklaufquote von 75 % bei einer Befragung der schleswig-holsteinischen Hausärzte durch das gemeinsame Aussenden des Fragebogens mit dem jeweiligen Entlassungsbericht der Reha-Klinik. Bei einer nächsten Studie zu dieser Thematik sollte deshalb einerseits eine Erinnerung und eine Verknüpfung, bzw. ein gemeinsames Aussenden des Entlassungsberichtes mit dem Fragebogen in Erwägung gezogen werden.

Die mäßige Rücklaufquote in unserer Studie könnte als fehlendes Interesse der Betriebsärzte an der Rehabilitation ausgelegt werden, was durch den angestrebten Kontakt der Betriebsärzte zu den Reha-Kliniken widerlegt wird. Beide Seiten, Rehabilitations-Klinik und Betriebsarzt, fordern eine vermehrte Zusammenarbeit (Seidel et al., 2003).

4.5 Ausblick

Der Betriebsarzt besitzt eine objektive Mittlerrolle zwischen Mensch und Betrieb und ist daher prädestiniert für die Rolle als Initiator und Moderator betrieblicher Gesundheitsförderung (Glomm, 2001). Die unter anderem mit dem SGB IX neu entstandenen Herausforderungen sollten aufgenommen und ergebnisorientiert umgesetzt werden, auch wenn dabei das tradierte Arztbild nicht unangetastet bleibt. Aktive Veränderungen des Kompetenzbildes des Betriebsarztes werden notwendig sein (Dzuck et al., 2002), um die vom Gesetzgeber vorgeschriebene fachübergreifende Kommunikation annehmen und umsetzen zu können.

Eine betriebsärztliche Tätigkeit bestehend aus Vorsorgeuntersuchungen im Minutentakt und checklistenkontrollierten Arbeitsplätzen (Schmid und Drexler, 2004) sollte sich in patientenfreundliches und zukunftsorientiertes (kommunikatives)

Arbeiten wandeln, auch wenn dies aufgrund der festen Strukturen und der Einschneidungen durch die Gesundheitsreform besonderer Anstrengungen bedarf.

Betriebsärzte sollten in den von ihnen betreuten Betrieben eine stärkere Präsenz zeigen und sich vermehrt als Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen und innerbetrieblichen Problemen etablieren und bei den ihnen anvertrauten Betriebsangehörigen die häufig zu beobachtende Unsicherheit im Bezug auf ihre Aufgaben und ihre Stellung abbauen. Auch die Betreuungsquote von 60 % erscheint als unbefriedigend. Es sind Anstrengungen zur Umsetzung der bereits bestehenden gesetzlichen Betreuungspflicht der Betriebe anzustreben.

Dass Rehabilitation durch Einbeziehen des betreuenden Betriebsarztes vor, während und nach der Rehabilitation effektiver gestaltet werden kann, lässt sich mit dieser Studie aufgrund der geringen Fallzahlen nicht bestätigen. Ebenso konnten mögliche Vorteile für den Patienten aufgrund einer verbesserten Kommunikation zwischen Reha- und Betriebsarzt nicht nachgewiesen werden, da eine Befragung der Klinikärzte zu ihrem Kommunikationsverhalten nicht durchführbar war.

Durch die gesetzlich verankerten Aufgaben von Betriebsärzten in der Rehabilitation sollten die einsetzenden Veränderungen weiter beobachtet werden. Es ist verstärkt betriebsärztliches Engagement vor, während und nach der Reha zu fordern. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Aufgabe sollte motiviert angegangen werden und für eine aktive Veränderung des Kompetenzbildes des Betriebsarztes genutzt werden.

Ab 2006 ist die elektronische Datenerfassung der Gesundheitsdaten gesetzlich vorgeschrieben (Gesetz zur Modernisierung der Krankenversicherung), zudem steht die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte an. Die Einrichtung elektronischer Netzwerke zur vereinfachten Datenübermittlung bietet neue Möglichkeiten kosten- und zeitsparender Kommunikation aller aktiv Beteiligten.

In diesem Rahmen erscheint ein erneuter Versuch zum Aufbau einer entsprechenden Datenbank Erfolg versprechend, sofern die erforderlichen Daten z.B. über einen betreuenden Betriebsarzt Bestandteil der neu aufzubauenden Informationsinfrastruktur werden.

5 Zusammenfassung

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die zeitnahe Wiedereingliederung des Patienten an seinem Arbeitsplatz. Trotz des eindeutigen Bezugs zur Arbeit ist der Betriebsarzt nur in Einzelfällen in den Rehabilitationsvorgang eingebunden, was auch durch die spärliche und zudem schlecht auffindbare Literatur unterstrichen wird. Untersucht wurde in einer Querschnittstudie mit Vollerhebung das derzeitige Kommunikationsverhalten zwischen Reha- und Betriebsärzten gemeinsamer Patienten. Es wurden standardisierte Fragebögen an 397 Patienten ausgegeben. Mit dem Einverständnis des Patienten wurde der betreuende Betriebsarzt zum Patienten und zur stattgehabten Reha-Maßnahme befragt. Wir konnten zusammenfassend feststellen, dass eine Kommunikation zwischen Patient und Betriebsarzt nur in 14 % und eine Kontaktaufnahme zwischen Reha-Klinik und Betriebsarzt nur einmal stattgefunden hatte. Im Jahr nach der Reha waren betriebsärztlich betreute Patienten keinen Tag krank. Bei nicht betriebsärztlich betreuten Patienten sanken die Fehlzeiten auf die Hälfte des Wertes vor der Reha. Betriebsärztliche Reha - Nachsorge fand nur in unter 10 % der Fälle statt.

Die schwierige Informationsgewinnung, beispielsweise das Ausfindigmachen des Betriebsarztes mit Hilfe von Patientenangaben und datenschutzrechtliche Probleme werden als Ursachen der fehlenden Kommunikation gesehen. Betriebsärzte sind vor, während und nach der Rehabilitation nicht ausreichend präsent, was einerseits auf den spärlichen Informationsfluss und andererseits auf eine ungenügend ausgebaute Arzt-Patienten-Bindung zurückgeführt werden kann. Insgesamt ist aber bei diesen geringen Fallzahlen die Aussagekraft der Ergebnisse begrenzt und kann somit nur Hinweise auf derzeitige zu vermutende Schwachstellen in der Kommunikation geben und als Anregung zur Erzielung einer letztlich erfolgreicherer Reha-Maßnahme dienen.

Als Versuch zur Verbesserung dieser unbefriedigenden Situation wurde eine internetbasierte Plattform eingerichtet, um ein flächendeckendes Informationsmedium zwischen Betriebsärzten, Rehamedizinern und Hausärzten in Schleswig-Holstein zur Verfügung zu stellen. Durch datenschutzrechtliche Bedenken und wirtschaftliches Misstrauen gegenüber Kollegen war aber wiederum die Akzeptanz und Beteiligung der angefragten Betriebsärzte verhalten. Die Umsetzung der

elektronischen Informationsbasis als ein Lösungsansatz für diese Schnittstellenproblematik war somit zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu realisieren.

Eine stärkere Präsenz und Etablierung des Betriebsarztes als kompetenter Ansprechpartner in gesundheitlichen Fragen im Betrieb sowie mehr Engagement und Interesse der Betriebsärzte an der Rehabilitation wären wünschenswert.

6 Literaturverzeichnis

Alles T, Czarny M, Dalitz S, Flach T, Froböse I, Gagel A, Glatz A, Greve J, Hetzel C, Jochheim KA, Kaiser H, Kersting M, Landau K, Mozdzanowski M, Nellessen G, Röhring A, Schaub K, Schian HM, Schmidt C, Schüle K, Sinn-Behrendt A, Weißert – Horn M, Wellmann H, Winter G: Prinzipien und Instrumente für eine veränderte Praxis. In: Schian HM, Gagel A, Landau K, Laschet U: Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung (PRVE). 6-10, Selbstverlag, Köln, 2004

Online (Stand 02.05.2007) www.iqpr.de/iqpr/download/projekte/Textband.pdf

Altmann C, Bach R: Datenaustausch zwischen Akut-Kardiologie und Rehabilitationsklinik durch PC-Netzwerk. Herz / Kreislauf 32, 111-115 (2000)

Badura B: Rehabilitation: Behandlung oder Befähigung? In: Buschmann – Steinhage R, Haaf HG, Schliehe F, Schuntermann MF: Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. VDR-Schriften Band 52, 26, Online-Ausgabe ohne Verlagsangabe, 2004.

Online (02.05.2007) unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10084/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/06__tagungen__veranstaltungen/dateianh_C3_A4nge/13__reha-kolloqu,property=publicationFile.pdf/13_reha-kolloqu

Behrens J: Die Umsetzung des rehaärztlichen Mandats zum Einbeziehen der Betriebsärzte. In: Schuntermann MF, Schliehe F: Individualität und Rehaprozess. DRV - Schriften Band 20, 244-246, Central-Druck Trost, Frankfurt am Main, 2000

BMA (1996) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: IMBA – das Instrument für Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation und Integration. Ohne Verlagsangabe, Essen, Siegen, 1996

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Die Zukunft der Rehabilitation - Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ab 2001. Rehabilitation 40, 180-190 (2001)

Bürger W: Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 31, 9-21 (1999)

Callahan EW: Quality in Occupational Health Care: Management's View. J Occup Med 36, 410-413 (1994)

Clade H: Klinikkonzerne: Umsatzeinbrüche bei der Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt 100, A 3188-3189 (2003)

Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brand RJ, Rudolph L: Doctor Proactive Communication, Return-to-Work Recommendation, and Duration of Disability After a Workers' Compensation Low Back Injury. J Occup Environ Med 43, 515-525 (2001)

Deck R, Heinrichs K, Koch H, Kohlmann T, Mittag O, Peschel U, Ratschko K, Welk H, Zimmermann M: Rehabilitation - Kooperation und Kommunikation. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 4, 20-23 (2000)

Deura Laser GmbH & Co Medical Management Network KG: Dezentrales Patientendaten-Management. Deutsches Ärzteblatt 102, B 580 (2005)

Deutsche Rentenversicherung Bund: Bewilligte Anträge auf Leistungen zur Teilhabe. In: Rische H: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2006, 140-141. Online (02.05.2007) unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_15142/SharedDocs/de/Inhalt/04_Formulare_Publikationen/03_publicationen/Statistiken/Broschueren/rv_in_zeitreihen_pdf,property=publicationFile.pdf/rv_in_zeitreihen.pdf

Dzuck M, Haufe E, Scheuch K, Brucks U, Schmidt C, Wahl WB, Dietze J: Welche Erwartungen haben Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Betriebsräte an Betriebsärzte?

In: Nowak D, Praml G: Perspektiven der klinischen Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, 299-302, Rindt Druck, Fulda, 2002

Fraisse E, Karoff M: Verbesserungen des Überganges zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Rehabilitation 36, 233-237 (1997)

Fraisse E, Seidel HJ: Rehabilitation vor Rente aus Sicht des Betriebsarztes. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin 28, 47-53 (1993)

Franché RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J; The Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team: Workplace - Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. J Occup Rehabil 15, 607-631 (2005)

Giesecke & Devrient GmbH: Sicherer PC-Zugang mit Chipkarte und PIN. Deutsches Ärzteblatt 102, B 579 (2005)

Glomm D: Gesundheitsmanagement im Betrieb – neue Anforderungen an die betriebsärztliche Tätigkeit. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 36, 86-88 (2001)

Gutenbrunner C, Stucki G, Smolenski UC: Aktuelle Herausforderungen und Chancen der Rehabilitationsmedizin. Phys Med Rehab Kuror 12, 127-128 (2002)

Hansen V in: Patzelt C, Weber A: Teilhabe am Arbeitsleben durch Prävention und medizinische Rehabilitation – Ergebnisse einer Tagung des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen–Anhalt/Mecklenburg–Vorpommern am 25. und 26.03.2004. Rehabilitation 43, 179-183 (2004)

Häussler B, Keck M: Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung von Herzinfarktpatienten - Ergebnisse eines Modellversuches in Rheinland-Pfalz. Rehabilitation 36, 106-110 (1997)

Heipertz W, Berg A, Ueberschär I: Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Medizin, Sozialrecht und Verwaltungshandeln. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 36, 332-345 (2001)

Hulshof CT, Verbeek JH, van Dijk FJ, van der Weide WE, Braam IT: Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. Occup Environ Med 56, 361 – 377 (1999)

Hüppe A, Glaser - Möller N, Raspe H: Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswerten von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. Gesundheitswesen 68, 347 – 356 (2006)

Jochheim KA, Habekost D: Zweitägige Fachtagung „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung (PRVE)“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und des Institutes für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation vom 12.-13.02.2004 in Bonn. Rehabilitation 43, 120-121 (2004)

Kohlmann T, Raspe H: Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? Rehabilitation 37, 30-37 (1998)

Köpke KH: Nachsorge in der Rehabilitation – Eine Studie zur Optimierung von Reha – Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Buschmann – Steinhage R, Haaf HG, Schliehe F, Schuntermann MF: Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation, Band 52, 165-166, WDV Gesellschaft für Medien und Kommunikation, Bad Homburg, 2004

Kosinski A, Raspe H: Patientenzufriedenheit nach einer stationären Rehabilitation: Unterschiedliche Ergebnisse bei unterschiedlichen Befragungszeitpunkten? Gesundheitswesen 60, 75-79 (1998)

Krauth C, Rieger J, Weihs C, Schwartz FW: Das gesundheitsökonomische Querprojekt im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Niedersachsen/ Bremen: Aufgaben, Umsetzung und erste Studienergebnisse. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 58, 120-127 (2002)

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, Webster B: Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. J Occup Rehabil 15, 507-524 (2005)

Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, Diallo B, Tremblay C: Cost - benefit and cost - effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. Occup Environ Med 59, 807-815 (2002)

Maurischat C, Mittag O: Erfassung der beruflichen Rollenqualität und ihre prognostische Bedeutung für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Rehabilitation 43, 1-9 (2004)

McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A: Evidence-based medicine and the practicing clinician. J Gen Intern Med 14, 262-264 (1999)

Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S: Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. Occup Environ Med 63, 495-502 (2006)

Muche R, Rösch M, Flierl S, Alt B, Jacobi E, Gaus W: Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemäßig erhobener Parameter. Rehabilitation 39, 262-267 (2000)

Patzelt C, Weber A: Teilhabe am Arbeitsleben durch Prävention und medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Tagung des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern am 25. und 26.3.2004. Rehabilitation 43, 179-183 (2004)

Potthoff P, Schian HM: Arbeitsbelastungen, Gesundheitsstörungen und berufliche Disabilität. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 31, 282-286 (1996)

Protz W, Plhak M, Schneider H, Diehl R, Slesina W: Rehabilitation: Veränderungen in der Struktur der Antragssteller. Deutsches Ärzteblatt 97, A 1521-1522 (2000)

Quester R, Rößler CW, Klug N: Medizinisch – sozialrechtliche Auswirkungen der Neukodifizierung des Sozialgesetzbuches IX. Akt Neurol 30, 165-173 (2003)

Riedel G, Haase I, Birkholz B: Wie zuverlässig ist die Einschätzung eines Rehabilitanden bezüglich der Anforderungen an seinen Arbeitsplatz? In: Schuntermann MF, Schliehe F: Teilhabe durch Rehabilitation. DRV - Schriften Band 33, 43-44, Central-Druck Trost, Frankfurt am Main, 2002

Samsel W: Über den Nutzen von Kuren für chronisch Kranke. Deutsches Ärzteblatt 97, A 1049-1052 (1999)

Schliehe F: Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. Z Gerontol Geriat 30, 456-468 (1997)

Schmid K, Drexler H: Die Untersuchung von Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen – Ein Plädoyer für eine (fast) vergessene Aufgabe des Betriebsarztes. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 39, 622-625 (2004)

Schmidt C, Froböse I, Schian HM: Berufliche Rehabilitation in Bewegung – Herausforderungen und Perspektiven. Rehabilitation 45, 194-202 (2006)

Schochat Th, Neuner R, Seidel HJ: Eine Definitionsanalyse der Schnittstelle zwischen Betriebsarzt und medizinischer Rehabilitation. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 38, 124-125 (2003)

Schupp W: Ärztliches Management in der Rehabilitation. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 36, 175-183 (2001)

Schütze B, Peuker ET, Kroll M, Filler TJ: Gesetzliche Rahmenbedingungen der Telemedizin in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 129, 1935-1938 (2004)

Seidel HJ, Neuner R, Schochat Th: Betriebsarzt und medizinische Rehabilitation – eine Befragung von Betriebsärzten in Baden–Württemberg. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 38, 228-234 (2003)

Streibelt M, Hansmeier T, Müller – Fahrnow W: Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Ergebnisse einer randomisierten Verlaufsstudie. Rehabilitation 45, 161-171 (2006)

Tecos GmbH: Highspeed-Netzwerklösung. Deutsches Ärzteblatt 102, B 579 (2005)

Trowitzsch L, Rust B: Erfahrungsbericht über das Bad Gandersheimer Modell zur Komplexrehabilitation - Aufbau eines südniedersächsischen Kompetenznetzwerkes für die Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. Rehabilitation 39, 291-296 (2000)

Van der Weide WE, Verbeek JHAM, van Tulder MW: Vocational outcome of intervention for low - back pain. Scand J Work Environ Health 23, 165-178 (1997)

Van de Sand WH: Reha - Assessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. Rehabilitation 40, 304-313 (2001)

Verbeeck J, Salmi J, Pasternack I, Jauhiainen M, Laamanen I, Schaafsma F, Hulshof C, van Dijk F: A search strategy for occupational health intervention studies. Occup Environ Med 62, 682-687 (2005)

Verhoeven AA, Boerma EJ, Meyboom-de Jong B: Management of bibliographic information by Dutch researchers in general practice. Fam Pract 14, 69-72 (1997)

Vogel H, Reitz D: Kur oder Reha: Welche Erwartungen verbinden Medizinstudenten mit beiden Behandlungskonzepten? In: Buschmann – Steinhage R, Haaf HG, Schliehe F, Schuntermann MF: Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. Online-Ausgabe ohne Verlagsangabe, 350–351, 2004

Online (02.05.2007) unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10084/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/06__tagungen__veranstaltungen/dateianh_C3_A4nge/13__reha-kolloqu,property=publicationFile.pdf/13_reha-kolloqu

Weh L, van Bekkum J, Fox M, Josenhans J, Kay M, Lücke B, Martin A: Reha-Office. Selbstverlag Rheumaklinik Bad Bramstedt, 1-22 (2000)

Welti F: Das SGB IX in der Entwicklung des Sozialrechts. Rehabilitation 41, 268-273 (2002)

Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner EA, Bowes F: Health science information management and continuing education of physicians. A survey of U.S. primary care practitioners and their opinion leaders. Ann Intern Med 110, 151-160 (1989)

7 Anhang

7.1 Teilnehmende Kliniken

Klinik	Postleitzahl	Ort
Rheumaklinik Bad Bramstedt	24576	Bad Bramstedt
Fachklinik Hängebargshorst der LVA	23714	Krummsee
Ostseeklinik Holm, Fachklinik für Rehabilitation	24217	Schönberg
Neuro-Orthopädisches Reha-Zentrum Plau am See	19395	Plau am See
Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Bad Doberan	18209	Bad Doberan
Fachklinik Aukrug der LVA Schleswig-Holstein	24611	Aukrug-Tönsheide
Asklepios Nordseeklinik	25980	Westerland-Sylt
Medizinische-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt	24576	Bad Bramstedt
DRK-Nordsee-Reha-Klinik “Goldener Schlüssel”	25826	St. Peter-Ording

7.2 Fragebögen

Aus lizenzrechtlichen Gründen darf in diesem Zusammenhang der Fragebogen SF-36 nicht mit abgedruckt werden.

7.2.1 Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“

☐ Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“ Institut für Arbeitsmedizin des Universitätsklinikums Lübeck Direktor: Prof. Dr. Dr. R. Kessel		Code-Nr. 1
Allgemeine Fragen		
Name und Anschrift _____		Kodierfeld
_____		* _____ 1
Alter	Jahre	* _____ 2
Welchen Beruf haben Sie erlernt?		* _____ 3
Welche Tätigkeit üben Sie aus?		* _____ 4
Wie lange sind Sie in Ihrem jetzigen Beruf tätig? Jahre		* _____ 5
Welche berufliche Stellung haben Sie zur Zeit (Mehrfachnennung möglich)?		
☐ _{o/1} Arbeiter/in	☐ _{o/1} Angestellte/r	* 6/ 7
☐ _{o/1} Beamte/r	☐ _{o/1} leitend tätig	* 8/ 9
☐ _{o/1} selbstständig	☐ _{o/x} anderes: _____	* 10/11
Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie? _____		* _____ 12
Wie häufig machen Sie Überstunden? Ca. ____ x pro Monat ☐ _o nie		* _____ 13/2
Wie viele Überstunden machen Sie? Ca. ____ h pro Monat ☐ _o nie		* _____ 14/2
Arbeiten Sie nach einem Schichtsystem? ☐ _o ja ☐ _o nein		
FALLS JA: welcher Art? _____		* _____ 15
Wer ist Ihr Arbeitgeber? (Name, Ort) _____		* _____ 16
Wie viele Mitarbeiter arbeiten in diesem Betrieb? _____		* _____ 17
Fragen zu Ihrem Betriebsarzt		
Haben Sie einen Betriebsarzt? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ weiß nicht		* _____ 18
Kennen Sie Ihren Betriebsarzt? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ entfällt		* _____ 19
Kennt Ihr Betriebsarzt Ihren Arbeitsplatz? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ weiß nicht		* _____ 20
Wann war er zuletzt an Ihrem Arbeitsplatz? _____		* _____ 21
Wann waren Sie zuletzt beim Betriebsarzt? _____		* _____ 22
nächste Seite		


Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“

Institut für Arbeitsmedizin des Universitätsklinikums Lübeck

Direktor: Prof. Dr. Dr. R. Kessel

Code-Nr.

2

Dürfen die Projektpartner Kontakt mit Ihrem Betriebsarzt aufnehmen?		
☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ entfällt		, _____ 23
FALLS JA: Name und Adresse Ihres Betriebsarztes: _____ x		, _____ 24
FALLS NEIN: Können oder wollen Sie Gründe nennen? _____ x		, _____ 25
Fragen zur Rehabilitation und ihrem Ziel		
Mit welchen Beschwerden sind Sie jetzt in die Klinik gekommen? _____ x		, _____ 26
		, _____ 27
Wer hat die Reha veranlasst? _____		, _____ 28
Können Sie wegen gesundheitlicher Probleme nicht mehr in Ihrem Beruf arbeiten?		
☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 29
Können Sie gesundheitsbedingt noch alle Elemente Ihrer Tätigkeit ausführen?		
☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 30
Können Sie nur noch arbeiten, indem Sie häufiger Pausen einlegen?		
☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 31
Benötigen Sie beschwerdebedingt spezielle Hilfsmittel bei der Bewältigung Ihrer Arbeit?		
☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 32
Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? _____ z mal		, _____ 33
Insgesamt ca. wie lange? _____ z Monate		, _____ 34
Sind Sie als „schwerbehindert“ eingestuft? ☐ ja, _____ z „%“ ☐ ₀ nein		, _____ 35
Haben Sie eine Rente beantragt? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 36
FALLS JA: Wurde Sie bereits ☐ ₁ bewilligt? ☐ ₂ abgelehnt?		, _____ 37
Haben Sie schon einmal eine Reha mitgemacht? ☐ ja, zuletzt im Jahr _____ z ☐ ₂ nein		, _____ 38, 39
Was erhoffen Sie sich von dieser Reha-Maßnahme? _____		, _____ 40
_____ x		, _____ 41
Sehen Sie die Möglichkeit, die Reha aktiv mit zu gestalten?		
☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ weiß nicht		, _____ 42
Glauben Sie, dass die Reha Ihre berufliche Leistungsfähigkeit verbessern kann? Wie weit?		
☐ ₁ vollständig ☐ ₂ teils ☐ ₃ nein		, _____ 43
Sehen Sie einen Sinn in Ihrer Reha-Behandlung? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 44
Sind Sie mit einer Befragung nach Abschluss der Reha-Maßnahme einverstanden?		
FALLS NEIN: warum nicht? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein		, _____ 45

nächste Seite


Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“

Institut für Arbeitsmedizin des Universitätsklinikums Lübeck

Direktor: Prof. Dr. Dr. R. Kessel

Code-Nr.

3

BITTE BEURTEILEN SIE IM FOLGENDEN DIE BELASTUNGEN AN IHREM ARBEITSPLATZ anhand einer Skala zum Ankreuzen und geben Sie in der zweiten Spalte $\downarrow$ an, **ob Sie einen Zusammenhang** mit Ihrer Erkrankung vermuten.

	Trifft gar nicht zu						Trifft immer zu	$\downarrow$ Zusammen- hang mit Erkrankung (X = ja)	
Unnatürliche, einseitige Körperhaltung	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 46 / 47
körperlich schwere Arbeit	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 48 / 49
Heben und Tragen von Lasten	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 50 / 51
Umgang mit Schadstoffen	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 52 / 53
Lärm	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 54 / 55
Staub, Schmutz	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 56 / 57
Rauch, Ruß, Gase	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 58 / 59
Wärme, Hitze	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 60 / 61
Kälte	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 62 / 63
Nässe	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 64 / 65
Arbeit im Freien	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 66 / 67
Ungünstige Beleuchtung	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 68 / 69
Vibrationen, Erschütterungen	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 70 / 71
erhöhte Unfallgefahr	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 72 / 73
Überforderung, zu viel Arbeit	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 74 / 75
Unzufriedenheit mit der Tätigkeit	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 76 / 77
Nacht- oder Schichtarbeit	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 78 / 79
Akkordarbeit	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 80 / 81
Zeit- oder Termindruck	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 82 / 83
starke Konzentration, Anspannung	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 84 / 85
hohe Verantwortung	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 86 / 87
häufige Störungen	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 88 / 89
Gleichförmige, monotone Arbeit	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 90 / 91
widersprüchliche Anforderungen	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 92 / 93
Leistungsdruck, Leistungskontrolle	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 94 / 95
schlechtes Betriebsklima	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 96 / 97
Probleme aus dem privaten Bereich wirken sich auf die Arbeit aus	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 98 / 99
Sonstiges:	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆		X _{0/1}	' 100 / 101

Benötigten Sie Hilfe beim Ausfüllen (z. B. durch Ihren Betriebsarzt)?

☐ ₁ ja

☐ ₂ nein

' ___102

Ist Ihnen der Fragebogen zu lang?

☐ ₁ ja

☐ ₂ nein

' ___103

7.2.2 Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“ 8 Wochen nach Abschluss der Reha (PN)

Erhebungsbogen Reha-Studie

«Nummer» **PN**

Fragen an die Patienten nach Abschluss der Rehabilitation		PN	Kodierfeld
Wie lange dauerte Ihre Rehabilitationsbehandlung? _____ Wochen			' 154
Wann war Ihre Reha-Behandlung abgeschlossen? Am . .			' 155
Hatte Ihre Reha-Klinik vor oder während der Behandlung Kontakt zu Ihrem Betriebsarzt ? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ habe keinen ☐ ₄ weiß ich nicht			' 156
Hatten Sie nach der Reha schon Kontakt mit Ihrem Betriebsarzt? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ habe keinen			' 157
Wenn ja, wer veranlasste diesen Kontakt? ☐ ₁ Sie selbst ☐ ₂ der Betriebsarzt ☐ ₃ Vorgesetzte, der Betrieb ☐ ₄ Klinikarzt			' 158
Haben Sie Ihre Arbeit nach der Rehabilitation wieder aufgenommen? ☐ ₁ ja, bisher erfolgreich ☐ ₂ nur vorübergehend ☐ ₃ nein			' 159
Falls ja: verrichten Sie jetzt dieselbe Tätigkeit wie vor der Reha? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein, jetzige Tätigkeit: _____			' 160/161
Mussten Sie Ihren Arbeitgeber wechseln? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein			' 162
Hätte Ihnen nach der Rehabilitation Rat oder Hilfe bei der Wiederaufnahme Ihrer Tätigkeit geholfen? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein			' 163
War Ihnen der Betriebsarzt bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit hilfreich? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ entfällt			' 164
falls ja: wodurch? (Mehrfachantwort möglich) ☐ _{0/1} Hilfsmittelbereitstellung			' 165
		☐ _{0/1} Rat	' 166
		☐ _{0/1} Umsetzung innerhalb des Betriebes	' 167
		☐ _{0/1} stufenweise Wiedereingliederung	' 168
		☐ _{0/1} sonstiges: _____	' 169
Hat Ihnen die Reha in Bezug auf Ihre Beschwerden geholfen? ☐ ₁ ja, ich kann jetzt auch besser arbeiten ☐ ₂ ja, aber dies wirkt sich nicht auf die Arbeit aus ☐ ₃ nein, die Reha hat mir nicht geholfen			' 170
Wurden Sie in der Reha angemessen auf Ihre Arbeit (Tätigkeit) vorbereitet? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein			' 171
Glauben Sie, dass Ihr jetziger gesundheitlicher Zustand erhalten werden kann? ☐ ₁ ja ☐ ₂ nein			' 172

Erhebungsbogen Reha-Studie

«Nummer» **PN**

Im Vergleich zur Zeit vor der Rehabilitation, wie würden Sie Ihren derzeitigen Hautzustand im speziellen beschreiben? ☐₁ ja, sehr deutlich ☐₂ ein wenig ☐₃ gar nicht ☐₄ ich habe gar keine Hautveränderungen an den Händen	' 173
Haben sich seit der Reha die Hautveränderungen an Ihren Händen bleibend gebessert? ☐₁ derzeit viel besser als vor der Reha ☐₂ derzeit etwas besser als vor der Reha ☐₃ etwa so wie vor der Reha ☐₄ derzeit etwas schlechter als vor der Reha ☐₅ derzeit viel schlechter als vor der Reha	' 174
Dürfen wir in ca. einem Jahr erneut Kontakt mit Ihnen aufnehmen, um einen Erfolg über längere Zeiträume nachweisen (oder widerlegen) zu können? ☐₁ ja ☐₂ nein	' 175
Wie empfanden Sie unsere Umfrage (Mehrfachnennung)? ☐_{0/1} interessant ☐_{0/1} aufschlussreich ☐_{0/1} sinnvoll ☐_{0/1} überflüssig ☐_{0/1} lästig	' 176-180
Falls Ihnen bei unserer ersten Umfrage die Existenz eines für Sie zuständigen Betriebsarztes noch nicht bekannt war, sie jedoch inzwischen von einer solchen Betreuung wissen: ☐₁ ich habe einen Betriebsarzt ☐₂ ich habe keinen Betriebsarzt Dürfen wir Kontakt mit ihm aufnehmen? ☐₁ ja ☐₂ nein ☐₃ entfällt Falls ja: Bitte teilen Sie uns Name und Anschrift mit.	' 181
Haben Sie noch Anmerkungen zu dieser Untersuchung? Notieren Sie diese bitte hier.	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

7.2.3 Erhebungsbogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“ ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation (PNN)

Fragebogen für wissenschaftliche Begleitung / Dokumentation
Institut für Arbeitsmedizin, Universitätsklinikum Lübeck

						PNN
--	--	--	--	--	--	------------

Fragen an die Patienten 1 Jahr nach Abschluss der Rehabilitation		Kodierfeld
Haben Sie Ihre Arbeit nach der Reha wieder aufgenommen? ☐ ja ☐ nein ☐ vorübergehend		____ 338
Sind Sie jetzt im vorigen Beruf tätig? ☐ ja ☐ nein, jetzt in anderem Beruf: _____ ☐ nein, jetzt noch krankgeschrieben ☐ nein, jetzt arbeitslos ☐ nein, jetzt berentet		____ 339
Können Sie wegen gesundheitlicher Probleme nicht mehr in Ihrem Beruf arbeiten? ☐ ja ☐ nein		____ 340
Können Sie gesundheitsbedingt nicht mehr alle Elemente Ihrer Tätigkeit ausführen? ☐ ja ☐ nein		____ 341
Können Sie nur noch arbeiten, indem Sie häufiger Pausen einlegen? ☐ ja ☐ nein		____ 342
Benötigen Sie beschwerdebedingt spezielle Hilfsmittel bei der Bewältigung Ihrer Arbeit? ☐ ja ☐ nein		____ 343
Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? _____ mal Insgesamt ca. wie lange? _____ Monate		____ 344 ____ 345
Haben Sie eine Rente beantragt? ☐ ja ☐ nein FALLS JA: Wurde Sie bereits ☐ bewilligt? ☐ abgelehnt? ☐ Verfahren nicht abgeschlossen		____ 346 ____ 347
Falls Sie eine Rente beziehen: Ist sie ☐ eine Erwerbs-/Berufsunfähigkeits-Rente ☐ eine sog. Früh-Rente ☐ eine Altersrente		____ 348 ____ 349 ____ 350
Hat Ihnen die Reha in Bezug auf Ihre Beschwerden geholfen? ☐ ja, ich kann auch besser arbeiten ☐ ja, dies wirkt sich aber nicht auf die Arbeit aus ☐ nein		____ 351
Wurden Sie rückblickend in der Reha angemessen auf Ihre Arbeit (Tätigkeit) vorbereitet? ☐ ja ☐ nein		____ 352
Schätzen Sie Ihre Situation so ein, dass der jetzige gesundheitliche Zustand erhalten werden kann? ☐ ja ☐ nein		____ 353
Sind Sie als „schwerbehindert“ eingestuft? ☐ ja, _____ “%“ ☐ nein		____ 354

Fragebogen für wissenschaftliche Begleitung / Dokumentation
Institut für Arbeitsmedizin, Universitätsklinikum Lübeck

					PNN
--	--	--	--	--	-----

Fragen zu Ihrem Betriebsarzt		
Haben Sie einen Betriebsarzt?	☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht	' 355
Kennen Sie Ihren Betriebsarzt?	☐ ja ☐ nein ☐ entfällt	' 356
Kennt Ihr Betriebsarzt Ihren Arbeitsplatz?	☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht	' 357
Wann war er zuletzt an Ihrem Arbeitsplatz?	_____	' 358
Wann waren Sie zuletzt beim Betriebsarzt?	_____	' 359
Hatten Sie nach der Reha Kontakt mit Ihrem Betriebsarzt?	☐ ja ☐ nein ☐ habe keinen	
Wer veranlasste diesen Kontakt?	☐ Sie selbst ☐ der Betriebsarzt ☐ Vorgesetzte, der Betrieb	' 360
War Ihnen der Betriebsarzt bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit hilfreich?	☐ ja ☐ nein ☐ entfällt	
falls ja: wodurch?	☐ Hilfsmittelbereitstellung	
(Mehrfachantwort möglich)	☐ Rat	
	☐ Umsetzung innerhalb des Betriebes	
	☐ stufenweise Wiedereingliederung	
	☐ sonstiges: _____	' 361

Bitte beurteilen Sie im Folgenden die Belastungen am Ihrem Arbeitsplatz anhand einer Notenskala zum Ankreuzen (1=trifft gar nicht zu bis 6= immer oder sehr stark zu) und geben Sie an, ob Sie einen Zusammenhang mit der bestehenden Erkrankung vermuten.

[illegible]

7.2.4 Betriebsarztfragebogen „Netzwerk Rehabilitation 2000“

Betriebsarzt-Fragebogen Netzwerk		BA
Fragen an die/den Betriebsarzt (bitte kreuzen Sie immer alle zutreffenden Antworten an)		Kodierfeld
Waren Sie darüber informiert, dass sich die/der Patient/in in einer Reha-Maßnahme befand?	☐ ich betreue diesen Pat. nicht (weitere Fragen entfallen) ☐ ja ☐ nein	' 1
Wie haben Sie davon erfahren?	☐ durch den Patienten selbst ☐ durch die Reha-Klinik ☐ durch den Hausarzt ☐ habe selbst die Reha veranlasst ☐ durch diese Anfrage	' 2 ' 3,4 ' 5,6
Hat die Reha-Klinik Kontakt zu Ihnen aufgenommen?	☐ ja ☐ nein	
Wann in Bezug auf die Reha-Maßnahme?	☐ vorher ☐ nachher ☐ während	' 7
Halten Sie diese Kontaktaufnahme für sinnvoll?	☐ ja ☐ nein	' 8
Kennen Sie den konkreten Arbeitsplatz der/s betreffenden Patientin/en?	☐ ja ☐ nein	' 9
Wann waren Sie zuletzt an diesem Arbeitsplatz?	Monat Jahr	' 10
Wann war die/der Patient/in zuletzt bei Ihnen?	Monat Jahr	' 11
Kann sie/er gesundheitsbedingt nicht mehr alle Elemente der Tätigkeit ausführen?	☐ ja ☐ nein	' 12
Kann sie/er nur noch arbeiten, indem sie/er häufiger Pausen einlegt?	☐ ja ☐ nein	' 13
Benötigt sie/er beschwerdebedingt spezielle Hilfsmittel bei der Bewältigung der Arbeit?	☐ ja ☐ nein	
wenn ja: welche?		' 14
Wie oft war sie/er in den letzten 12 Monaten vor der Reha krankgeschrieben?		' 15
Insgesamt ca. wie lange?	mal Monate	' 16
Glauben Sie, dass die Reha ihre/seine berufliche Leistungsfähigkeit verbessert hat?		
Wie weit?	☐ vollständig ☐ teils ☐ nein ☐ kann ich nicht beurteilen	' 17
Wenn nein oder nicht vollständig: warum nicht?		' 18
Würde eine Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung individueller beruflicher Belastungen die Berufsprognose des/der Patient/in verbessern?	☐ ja ☐ nein	' 19
Besteht die Möglichkeit einer innerbetrieblichen Umsetzung des/der Patienten/in?	☐ ja ☐ nein ☐ Patient/in wurde bereits umgesetzt	' 20
Wie viele Mitarbeiter arbeiten ca. in diesem Betrieb?		' 21
Zu welcher Branche gehört der Betrieb?		' 22

Betriebsarzt-Fragebogen Netzwerk

BA

Bitte beurteilen Sie im Folgenden die Belastungen am Arbeitsplatz der/des Patientin/en anhand der angegebenen Skala zum Ankreuzen und geben Sie an, ob Sie einen Zusammenhang mit der Erkrankung vermuten.

	Trifft gar nicht zu						Trifft immer zu	Zusammen- hang mit Erkrankung (X = ja)	
unnatürliche, einseitige Körperhaltung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 2 / 3
körperlich schwere Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 4 / 5
Heben und Tragen von Lasten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 6 / 7
Umgang mit Schadstoffen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 8 / 9
Lärm	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 10 / 11
Staub, Schmutz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 12 / 13
Rauch, Ruß, Gase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 14 / 15
Wärme, Hitze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 16 / 17
Kälte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 18 / 19
Nässe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 20 / 21
Arbeit im Freien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 22 / 23
ungünstige Beleuchtung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 24 / 25
Vibrationen, Erschütterungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 26 / 27
erhöhte Unfallgefahr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 28 / 29
Überforderung, zu viel Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 30 / 31
Unzufriedenheit mit der Tätigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 32 / 33
Nacht- oder Schichtarbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 34 / 35
Akkordarbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 36 / 37
Zeit- oder Termindruck	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 38 / 39
starke Konzentration, Anspannung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 40 / 41
hohe Verantwortung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 42 / 43
häufige Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 44 / 45
gleichförmige, monotone Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 46 / 47
widersprüchliche Anforderungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 48 / 49
Leistungsdruck, Leistungskontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 50 / 51
schlechtes Betriebsklima	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 52 / 53
Probleme aus dem privaten Bereich wirken sich auf die Arbeit aus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 54 / 55
Sonstiges:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	* 56 / 57
Haben Sie einen Zugang zum Internet in Ihrer Praxis? ☐ ja ☐ nein									* 58
Nutzen Sie Materialien aus dem Internet, um therapierelevante Informationen zu gewinnen oder Ihre Patienten zu beraten? ☐ ja ☐ nein									* 59
Würden Sie das Internet zur Übermittlung von Befunden nutzen wollen, wenn dies datenschutzrechtlich möglich ist? ☐ ja ☐ nein									* 60
Werden Sie in der Zukunft die Kommunikation mit Reha-Kliniken eher ☐ befürworten ☐ nutzen ☐ ablehnen ☐ nicht nutzen									* 61/62/ 63/64
Welcher Art der Kommunikation würden Sie den Vorzug geben? ☐ Brief ☐ Fax ☐ Telephon ☐ e-mail									* 65/66/ 67/68
Sind Sie an weiteren Informationen oder einer Mitarbeit im Projekt interessiert? ☐ ja, an Informationen ☐ ja, an einer Teilnahme ☐ nein									* 69 / 70

7.2.5 Reha-Kliniken: Kurzbefragungsbogen Klinikärzte

REHA-KLINIKEN: Kurzbefragung

Fragen an die betreuenden Klinikärzte zu Studieneffekten						Kodierfeld
bitte kreuzen Sie einfach die am ehesten zutreffende Spalte an.						
Bitte geben Sie ein Namenskürzel an, um doppelte Erfassungen zu verhindern: _____						'__ 1
Wie viele Patienten ca. konnten Sie für eine Teilnahme an der Studie gewinnen? _____						'__ 2
	immer	häufig	mittel	selten	nie	
Haben Sie Ihre Patienten nach einem Betriebsarzt gefragt?	1	2	3	4	5	'__ 3
Konnten Ihre Patienten einen Betriebsarzt nennen?	1	2	3	4	5	'__ 4
Haben Sie Kontakt zu Betriebsärzten der betroffenen Patienten aufgenommen, wenn Ihnen jemand genannt wurde?	1	2	3	4	5	'__ 5
Lehnten Patienten einen solchen Kontakt ab?	1	2	3	4	5	'__ 6
Haben Betriebsärzte Kontakt mit Ihnen aufgenommen?	1	2	3	4	5	'__ 7
Sehen Sie einen Sinn in einem Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Betriebsärzten?	1	2	3	4	5	'__ 8
Konnte Ihnen der Betriebsarzt Informationen geben?	1	2	3	4	5	'__ 9
Waren sie hilfreich?	1	2	3	4	5	'__ 10
Waren sie umfassend?	1	2	3	4	5	'__ 11
Waren sie lückenhaft?	1	2	3	4	5	'__ 12
Waren sie wichtig für die Reha-Planung?	1	2	3	4	5	'__ 13
Trafen sie rechtzeitig ein?	1	2	3	4	5	'__ 14
Reagierten die Betriebsärzte auf Anfragen?	1	2	3	4	5	'__ 15
Kannten die Betriebsärzte die Arbeitsplätze?	1	2	3	4	5	'__ 16
Welche Kommunikationswege wurden genutzt?						'__ 17
persönliches Treffen	1	2	3	4	5	'__ 18
Telefon	1	2	3	4	5	'__ 19
Post	1	2	3	4	5	'__ 20
E-Mail	1	2	3	4	5	'__ 21
Patienten brachten Info mit	1	2	3	4	5	'__ 22

REHA-KLINIKEN: Kurzbefragung



	immer	häufig	mittel	selten	nie	Kodierfeld
Hatten die Informationen Einfluss auf die Gestaltung der Rehabilitationsmaßnahme?	1	2	3	4	5	'__ 23
Haben Sie den Eindruck, dass das Reha-Ergebnis dadurch verbessert werden konnte?	1	2	3	4	5	'__ 24
Wie häufig wären aus Ihrer Sicht Veränderungen am Arbeitsplatz des Patienten sinnvoll für einen dauerhaften Reha-Erfolg?	1	2	3	4	5	'__ 25
Dabei Hilfsmittel	1	2	3	4	5	'__ 26
Dabei geänderte Arbeitszeiten	1	2	3	4	5	'__ 27
Dabei Umsetzung	1	2	3	4	5	'__ 28
Dabei Arbeitsplatzumgestaltung	1	2	3	4	5	'__ 29
Haben Sie Betriebsärzten einen Reha-Bericht übermittelt?	1	2	3	4	5	'__ 30
Wenn Sie keinen Bericht übermittelt haben: Können Sie die „normalen“ Gründe nennen?						'__ 31

Welche Datendienste können Sie in Ihrer Klinik nutzen? (Mehrfachantwort)		
☐ 0/1 Internet	☐ 0/1 E-Mail	☐ 0/1 elektronische Patientenakte
☐ 0/1 andere: _____		' 32/33/34/35
Neue Projekte kosten meist Zeit. Investierten Sie in die Therapieplanung mehr Zeit als gewöhnlich?		
☐ 0 nein ☐ ja, pro Pat. ungefähr __ h mehr		'__ 36
Werden Sie in Zukunft die Kommunikation mit Betriebsärzten eher (Mehrfachantwort)		
☐ 0/1 befürworten ☐ 0/1 nutzen ☐ 0/1 ablehnen ☐ 0/1 nicht nutzen		' 37/38/39/40
Halten Sie diese Untersuchung für (Mehrfachantwort)		
☐ 0/1 interessant ☐ 0/1 aufschlussreich ☐ 0/1 sinnvoll		' 41/42/43
☐ 0/1 überflüssig ☐ 0/1 lästig ☐ 0/1 frustrierend		' 44/45/46
Wie schätzen Sie Ihr Interesse daran ein, an dieser Studie mitzuwirken?		
☐ 1 sehr groß ☐ 2 eher groß ☐ 3 eher gering ☐ 4 keines		'__ 47

7.3 Patienteninformation und -einwilligung



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Lübeck Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck

Institut für Arbeitsmedizin
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. R. Kessel

**Modellprojekt:
Netzwerk Rehabilitation und Beruf**

Telefon: 0451 / 500- 3055
Telefax: 0451 / 500- 3632
E-Mail: studienleitung@gmx.de

Patienteninformation

— Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
wir betreuen ein Modellprojekt zur Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung von Reha-Patienten. Die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrem Betriebsarzt ist nach unserer Einschätzung ein wesentlicher Schritt auf diesem Weg.

Sie sind in Ihrem Beruf vielen Einflüssen ausgesetzt, die möglicherweise mit Ihrer Erkrankung in Zusammenhang stehen. Ihr Betriebsarzt kennt Sie und Ihren Arbeitsplatz. Er kann die auf Sie und Ihre Gesundheit einwirkenden Faktoren medizinisch beurteilen. Um der behandelnden Klinik Ihre Arbeitsplatzsituation und Ihre Belastungen im Arbeitsleben verständlich zu machen, möchten wir Betriebsärzte verstärkt in die Rehabilitationsmaßnahmen einbeziehen, zumal diese Ärzte bei einer Wiedereingliederung Hilfestellung anbieten können. Bisher scheitern Versuche zu einer Kontaktaufnahme häufig daran, dass der Gesprächspartner nicht genau bekannt ist und eine zeitraubende Suche nicht möglich ist.

Wir bitten Sie, diese wissenschaftliche Untersuchung durch Ihre Mitarbeit zu unterstützen.

Um Verbesserungsmöglichkeiten abschätzen zu können und ein möglichst zutreffendes Bild von Ihrem Arbeitsplatz vermitteln zu können, werden nach Ihrer Einwilligung im Ablauf der Studie mehrere Befragungen durchgeführt:

1. Diese Befragung bei Ihnen.
2. Am Ende der Reha-Behandlung wird Ihr betreuender Klinikarzt darüber befragt, ob er mit Ihrem Betriebsarzt Kontakt aufgenommen hat und was dieser Kontakt für Ihre Behandlung bedeutete.
3. Ca. 8 Wochen nach der Rehabilitation werden wir Sie und (falls Sie damit einverstanden sind) Ihren Betriebsarzt anschreiben. Darin bitten wir Sie um eine Einschätzung der Reha-Auswirkungen und Ihres Befindens. Ihren Betriebsarzt schreiben wir erst dann an, wenn Sie sich zurückgemeldet haben, und befragen diesen dann nach Ihren Arbeitsplatzverhältnissen, den Reha-Auswirkungen sowie seinen Aktivitäten, um Sie zu unterstützen. Wenn Sie es vorziehen, können Sie den Fragebogen für den Betriebsarzt auch selbst bei diesem abgeben. Bitte vermerken Sie das dann auf Ihrem Fragebogen, wir senden das Formular dann an Sie.
4. Nach einem Jahr melden wir uns erneut bei Ihnen und stellen dieselben Fragen wie zuvor, erweitert um Fragen zu einer möglicherweise veränderten Arbeitssituation. Damit wird ein mittelfristiger Erfolg der Rehabilitationsbehandlung überprüft. Sie werden dabei auch gefragt, ob wir erneut mit Ihrem Betriebsarzt

Kontakt aufnehmen dürfen und ob sich dieser ggf. geändert hat. Nur mit einem erneuten Einverständnis Ihrerseits werden wir dann auch dem Betriebsarzt vergleichbare Fragen stellen wie beim ersten Kontakt.

Information zur Organisation

Diese Studie wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin sowie dem Land Schleswig-Holstein gefördert. Sie wird nicht auf Veranlassung der BfA oder LVA durchgeführt.

Die Realisierung erfolgt auf eigene Initiative Ihrer Klinik. Auf die Steuerung der Kontaktaufnahme zwischen Ihrer Reha-Klinik und Ihrem Betriebsarzt haben wir, auch was den Inhalt betrifft, bewusst verzichtet.

Ihre Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung (der jeweilige Kostenträger Ihrer Behandlung) ist pauschal über die Durchführung der Studie informiert, unterstützt die Durchführung ideell, hat diese jedoch nicht veranlasst.

Widerrufsmöglichkeit

Sie können diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, woraufhin wir weitere Befragungen bei Ihnen unterlassen. Sofern Sie es ausdrücklich wünschen und es technisch noch möglich ist, werden wir Ihre gespeicherten Daten umgehend löschen und Ihren Erhebungsbogen vernichten.

Information zum Datenschutz

Für das Projekt erheben wir von Ihnen persönlich mit den genannten Fragebögen und wenn Sie es gestatten von Ihrem zuständigen Betriebs- und Klinikarzt die erforderlichen Informationen. Die für die einzelnen Stellen vorgesehenen Fragebögen können Sie gerne einsehen. Die erhobenen Daten werden auf Computern des Institutes für Arbeitsmedizin gespeichert. Wir treffen alle technischen und organisatorischen Maßnahmen, damit keine Unbefugten an Informationen zu Ihrer Person gelangen können. Zugriff auf Daten zu Ihrer Person erhalten nur die beiden Ärzte Herr Prof. Dr. Dr. R. Kessel und der wissenschaftliche Betreuer dieser Studie Herr Dr. S. Weiler. Sie unterliegen der strafgesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, weder an Ihren Arbeitgeber noch an Ihren Betriebsarzt.

Ihre Reha-Klinik unterstützt dieses Projekt, welches jedoch unabhängig von der Klinik und Ihrem Kostenträger durchgeführt wird. Wir bitten Sie, Ihren Betriebs- und Klinikarzt von der Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden, um ihn in unser Projekt einbeziehen zu können.

Für die Dauer der Studie speichern wir Ihren Namen und Ihre Anschrift in einer Datenbank des Institutes für Arbeitsmedizin des UKL, um die späteren Befragungen durchführen zu können.

Nach Abschluss des Projektes werden Ihre Daten vollkommen anonymisiert, sodass Ihre Identifizierung nicht mehr möglich ist. Gleichzeitig werden die Erhebungsbögen datenschutzgerecht vernichtet.

Die Abgabe der Einwilligungserklärung und die Teilnahme an diesem Projekt erfolgt vollkommen freiwillig. Untersreiben Sie die Einwilligung nicht, gibt es keinerlei Nachteile für Ihre Behandlung.

Diese Patienteninformation und das Doppel der Einwilligungserklärung ist für Ihre Unterlagen bestimmt.



Prof. Dr. Dr. R. Kessel



Dr. S. Weiler
(wissenschaftliche Betreuung)



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Lübeck

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Lübeck Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck

Institut für Arbeitsmedizin
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. R. Kessel

Telefon: 0451 / 500- 3055

Telefax: 0451 / 500- 3632

E-Mail: studienleitung@gmx.de

Exemplar für Patienten

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Projekt „Netzwerk Reha und Beruf“

Patient/in: Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich willige hiermit ein, dass meine Daten für das Projekt in der Weise verarbeitet werden, wie es in der mir schriftlich vorliegenden und persönlich erläuterten Patienteninformation dargestellt ist.

Diese Erklärung ist freiwillig und jederzeit widerrufbar.

Ich entbinde die an meiner Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, die genannten Ärzte des Instituts für Arbeitsmedizin und Ihre Mitarbeiter/innen sowie die Projektbeteiligten von der Schweigepflicht untereinander, soweit dies für das Projekt erforderlich ist.

Sofern ich mich auf dem Erhebungsbogen und in dieser Einwilligung einverstanden erkläre, dass die Projektmitarbeiter Kontakt zu dem für mich zuständigen Betriebsarzt aufnehmen, entbinde ich diesen von seiner Schweigepflicht gegenüber den Projektbeteiligten.

☐ Ja, ich bin mit einer Kontaktaufnahme zwischen den Projektpartnern (Betriebsarzt, Klinikarzt, Arzt der Universität Lübeck) einverstanden und will an dieser Studie teilnehmen.

☐ Ich will nicht an dieser Studie teilnehmen.

.....
Ort.....
Datum.....
Unterschrift Patient/in

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Bitte lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch.
- Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.
- Bitte beantworten Sie jede Frage.
- Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an ☐.
- Bitte schreiben Sie in Druckbuchstaben
- Wenn Ihnen der Platz zum schriftlichen Beantworten der Fragen (auf den Linien ____) nicht ausreicht, verwenden Sie bitte die Rückseite des Blattes.
- Geben Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen bei Ihrem behandelnden Reha-Arzt ab oder senden Sie ihn direkt an uns.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

8 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Dr. R. Kessel, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin, Universität zu Lübeck, der mir die Erstellung dieser Dissertation ermöglicht hat.

Ganz besonders danke ich Herrn Dr. S. W. Weiler für die außerordentliche Betreuung, Unterstützung und Zusammenarbeit von der Vorbereitungsphase des Projektes bis zur Auswertung und schriftlichen Niederlegung der Ergebnisse.

Mein herzlicher Dank gilt auch den Rehabilitationskliniken, den Betriebsärzten und allen Patienten, die sich an dieser Studie beteiligt haben.

Diese Untersuchung wurde vom Zentrum für arbeitsbedingte Erkrankungen (ZAE, Brunsbüttel) finanziell unterstützt. Die Finanzierung erfolgte als Unterprojekt des Fördervorhabens F 5143 der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz „Netzwerk Betrieb Rehabilitation“ und der Technologiestiftung Schleswig-Holstein im Rahmen der Landesinitiative „Informationsgesellschaft“.