

**Die Ausprägung der Zusammenarbeit von Hausärzten  
und Betriebsärzten in Baden-Württemberg –  
Ergebnisse einer quantitativen Befragung**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Mehne, Jakob Wilhelm**

**2016**



Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. M. A. Rieger

2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. C. P. Berg



Meiner Familie



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
	1.1. Rolle des Hausarztes .....	1
	1.2. Rolle des Betriebsarztes .....	2
	1.3. Potentielle inhaltliche Nahtstellen .....	3
	1.4. Zusammenarbeit von Hausärzten mit anderen Fachärzten .....	5
	1.5. Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit niedergelassenen Ärzten ..	6
	1.6. Schnittstellen der haus- und betriebsärztlichen Versorgung .....	6
	1.7. Gesellschaftlicher und politischer Kontext .....	12
	1.8. Qualitative Analyse anhand von Fokusgruppeninterviews .....	13
	1.9. Ziel der Studie .....	14
<b>2.</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>15</b>
	2.1. Entwicklung des Fragebogens .....	15
	2.2. Auswahl der Studienpopulation .....	20
	2.3. Studienablauf .....	21
	2.4. Datenanalyse .....	23
	2.5. Mögliche Fehler bei der Durchführung der Studie .....	25
	2.6. Vermeidung möglicher Fehler in der Studie .....	27
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>30</b>
	3.1. Ärztekollektiv .....	30
	3.2. Letzter beruflicher interkollegialer Kontakt .....	31
	3.3. Kontaktart .....	31
	3.4. Bedeutung einzelner Themen als inhaltliche Nahtstellen .....	32
	3.5. Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung der Kooperation .	33

3.6. Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen für die Kooperation .....	33
3.7. Aussagen zu Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten.....	34
3.8. Abschließende Einschätzungen zur Zusammenarbeit.....	36
3.9. Logistische Regressionsanalyse.....	37
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>38</b>
4.1. Studiendesign .....	38
4.2. Kollektivbeschreibung (Tabelle1).....	39
4.3. Rücklauf (Tabelle1), Angaben zum letzten gegenseitigen Kontakt (Tabelle 2) und Kontaktart (Tabelle 3) .....	39
4.4. Bedeutung inhaltlicher Nahtstellen für die Kooperation von Betriebsärzten und Hausärzten (Tabelle 4) .....	40
4.5. Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung der Kooperation von Betriebsärzten und Hausärzten (Tabelle 5).....	43
4.6. Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen der Kooperation von Betriebsärzten und Hausärzten (Tabelle 6) .....	44
4.7. Zustimmung der Betriebsärzte und Hausärzte zu den einzelnen Aussagen ihrer potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten (Tabelle 7).....	46
4.8. Abschließende Einschätzung von Betriebsärzten und Hausärzten (Tabelle 8).....	48
4.9. Limitationen der Studie .....	49
4.10. Zusammenschau der Diskussion.....	50
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>52</b>
<b>6. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>54</b>
<b>7. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>55</b>
<b>9. Anhang .....</b>	<b>56</b>



<b>10.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>70</b>
<b>11.</b>	<b>Erklärung zum Eigenanteil .....</b>	<b>75</b>
<b>12.</b>	<b>Danksagung.....</b>	<b>76</b>
<b>13.</b>	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>77</b>



## **1. Einleitung**

In Baden-Württemberg gibt es an die 8000 Hausärzte mit einer Kassenzulassung und ungefähr 400 Betriebsärzte als VDBW-Mitglieder (KBV 2013, BÄK 2012). Hausärzte spielen eine wichtige Rolle in der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung und Betriebsärzte sind Repräsentanten der Arbeitsmedizin. Im Folgenden werden die jeweiligen Rollen beider Berufsgruppen in der medizinischen Versorgung dargestellt und potentielle Schnittstellen verdeutlicht.

### **1.1. Rolle des Hausarztes**

Üblicherweise stellt der Hausarzt den ersten Ansprechpartner für die allermeisten Patienten dar und in seiner Praxis laufen viele organisatorische Fäden zusammen. Dadurch sieht sich der Hausarzt einem sehr weiten Arbeitsfeld gegenüberstehen. Sein Arbeitsbereich beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Sein Arbeitsauftrag umfasst unter anderem die primärärztliche Filter- und Steuerungsfunktion, die Betreuung des Patienten im Kontext seines sozialen Hintergrundes, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung seiner Patienten. Zusätzlich umfasst sein Arbeitsauftrag Koordinations- und Integrationsfunktionen. Der Hausarzt leitet seine Patienten durch gezielte Überweisungen zu Spezialisten durch die Landschaft der Gesundheitsversorgung mit ihren verschiedenen Versorgungsebenen. In seiner Praxis werden Untersuchungsergebnisse zusammengeführt, bewertet und kontinuierlich dokumentiert. Er kennt viele seiner Patienten seit Jahren und weiß um deren persönliche Lebenssituation. Dieses Wissen hilft ihm bei der Erstellung von Differentialdiagnosen und Behandlungsansätzen (DEGAM 2002).

In Deutschland gibt es unterschiedliche Weiterbildungswege hin zur Tätigkeit als Hausarzt. Dies führt dazu, dass sich Hausärzte aus vier Gruppen zusammensetzen: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, praktische Ärzte und sogenannte Quereinsteiger

(Bundesärztekammer 2011). Im Jahre 2011 hat die Bundesärztekammer eine Empfehlung für den Quereinstieg von anderen Facharztgruppen in die Allgemeinmedizin formuliert. Dieser sieht eine mindestens 24-monatige Weiterbildung in ambulant hausärztlicher Versorgung vor. Dadurch ist es anderen Fachärzten wie zum Beispiel Anästhesisten möglich, sich als Hausarzt niederzulassen. Praktische Ärzte besitzen einen Universitätsabschluss im Fach Humanmedizin, haben aber keine abgeschlossene Facharztausbildung. Eine Niederlassung als praktischer Arzt ohne obligate Facharztausbildung ist seit dem Jahr 2003 nicht mehr möglich. Ärzte welche den Titel vor 2003 führten, dürfen diesen auch weiterhin tragen (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2006).

## **1.2. Rolle des Betriebsarztes**

Betriebsärzte stellen zahlenmäßig eine viel kleinere Gruppe innerhalb der Ärzteschaft dar. Ihr Arbeitsfeld als Teil des Arbeitsschutzes ist gesetzlich klar definiert. Im Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit ergeben sich Schnittstellen in die Gesundheitsversorgung. Betriebsärzte erfüllen einen wichtigen Bereich im Feld der Präventionsmedizin im Gesundheitssystem in Deutschland. Sie nehmen unter anderem Einfluss auf die Gestaltung von Arbeitsplätzen und stellen sicher, dass diese kein gesundheitliches Risiko für Arbeitnehmer darstellen. Ihre Aufgabe ist es, potentielle gesundheitliche Gefährdungen für Arbeitnehmer am Arbeitsplatz möglichst früh zu erkennen und damit der Entstehung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfähigkeiten entgegenzuwirken. Sie begleiten Arbeitnehmer bei der Wiedereingliederung nach längerdauerndem und krankheitsbedingtem beruflichem Ausfällen. Betriebsärzte sorgen für eine wirksame Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz durch Beratung, Vorsorge, Impfen, Eignungstests und Gesundheitsuntersuchungen (VDBW 2003).

Die Weiterbildung zum Betriebsarzt kann in Deutschland auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen. Auf der einen Seite gibt es den Facharzt für Arbeitsmedizin. Hierfür sind eine 24-monatige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin zu absolvieren und zusätzlich 36 Monate in der Arbeitsmedizin. Neben diesem Facharzt für Arbeitsmedizin gibt

es auf der anderen Seite die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin. Diese Zusatzbezeichnung ermöglicht es Ärzten auch noch nach Abschluss einer anderen Facharztweiterbildung in der Betriebsmedizin tätig zu sein, ohne zusätzlich einen doppelten Facharzt nachweisen zu müssen. Die Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin umfasst eine 12-monatige Tätigkeit in der Arbeitsmedizin und einen 360 stündigen Kurs Arbeitsmedizin. Auch Hausärzte können die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin führen und damit als Betriebsärzte tätig sein. Daneben gibt es weitere Tätigkeitsformen von Betriebsärzten. So gibt es auf der einen Seite selbständige Betriebsärzte, welche über eine eigene Niederlassung verfügen. Auf der anderen Seite gibt es angestellte Betriebsärzte in großen Unternehmen bzw. im öffentlichen Dienst (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2006).

### **1.3. Potentielle inhaltliche Nahtstellen**

Zwischen den Arbeitsfeldern von Betriebsärzten und Hausärzten gibt es potentielle inhaltliche Nahtstellen: Rehabilitation und Wiedereingliederung, Versorgung chronisch Kranker und Prävention.

#### **Rehabilitation und Wiedereingliederung**

Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte sind an der Rehabilitation und Wiedereingliederung von Beschäftigten/Patienten beteiligt. Ein Übersichtsartikel zur Versorgungsgestaltung deckte in diesem Prozess Hindernisse auf (Völter-Mahlknecht 2014). Diese werden vor allem in einer unzureichenden Kommunikation zwischen den beteiligten Professionen gesehen. Grundsätzlich seien Betriebsärzte bei der Rehabilitation zu wenig eingebunden. Das Vertrauen zwischen Rehabilitanden und Betriebsärzten sei mangelhaft. In kleineren Betrieben würden Betriebsärzte vom Arbeitgeber nicht immer an der Rehabilitation des Arbeitnehmers beteiligt. Kleinere Unternehmen haben häufig keinen eigenen Betriebsarzt. Für den betreuenden Hausarzt sei es in solchen Fällen schwierig, mit dem zuständigen Betriebsarzt Kontakt aufnehmen zu können. In solchen Fällen könne eine überwiegende Betreuung des Rehabilitanden durch den Hausarzt sinnvoll sein (Hesse 2008). In größeren

Betrieben scheint eine Einbindung von Betriebsärzten aufgrund ihrer innerbetrieblichen Kenntnisse, Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten sinnvoll zu sein. Betriebsärzten würde dabei eine objektive Mittlerrolle zukommen.

### **Versorgung chronisch Kranker**

Chronische Erkrankungen können ihren Ursprung am Arbeitsplatz der Betroffenen haben bzw. die Bedingungen am Arbeitsplatz bestimmen maßgeblich deren Verlauf. So führten in einer Studie drei von vier Befragten ihre Rückenschmerzen auf ihre Arbeitsbelastung im Beruf zurück (Vetter 2005). Im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung von Beschäftigten stehen neben muskuloskelettalen Erkrankungen mit zunehmender Tendenz psychische Erkrankungen. Sie stehen auf Platz drei der häufigsten Ursachen für krankheitsbedingte Ausfälle von Arbeitnehmern (Bungart 2005). Die schädigende Wirkung der Arbeitsbelastung würde dadurch verstärkt, dass Beschäftigte zur Arbeit gingen, obwohl sie krank seien. Als Grund für dieses Verhalten wird die Angst vor einem möglichen Arbeitsplatzverlust genannt. (Bergström 2009a, Bergström 2009b, Bertelsmann-Stiftung 2009, Burgard 2009, Hansen und Andersen 2009). Dieses Phänomen bezeichnet man als Präsentismus.

Nach Aussagen von Betriebsärzten würde Hausärzten häufig der genaue Einblick in den Arbeitsplatz bzw. die arbeitsplatzbezogenen Belastungen ihrer Patienten fehlen (Bertelsmann-Stiftung 2009). Trotz dieser Tatsache wenden sich viele Beschäftigte/Patienten an ihren Hausarzt, wenn sie gesundheitliche Probleme aufgrund ihrer Arbeit haben.

### **Prävention**

Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte betreiben Prävention. Dieses Aufgabenfeld umfasst unter anderem Gesundheitsberatung, Impfungen und Suchtprävention (DEGAM 2002, VDBW 2003). Bedeutsam scheint die Kooperation auf dem Feld der Prävention im Zusammenhang mit der Behandlung von Suchterkrankungen zu sein (Hupfer 2007). Um Betroffene möglichst frühzeitig erkennen zu können und daraufhin einer Therapie

zukommen lassen zu können, sei eine multiprofessionelle und multimodale Unterstützung durch Betriebsärzte und Hausärzte notwendig.

Wicker et al. raten zu einer intensiveren Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Hausärzten bei Massenimpfungen (Wicker 2007). In Deutschland sterben nach Zahlen des Robert-Koch Instituts jedes Jahr zwischen 5000 bis 10000 Menschen an Influenza oder den verbundenen Komplikationen (RKI 2004). In kleinen bis mittelgroßen Unternehmen würde eine Übernahme entsprechender Massenimpfungen durch Hausärzte Sinn machen. Betriebsärzte würden diese Betriebe nur in großen Abständen besuchen. Dadurch würden Lücken in der Versorgung entstehen. Diese könnten durch eine bessere Kooperation mit Hausärzten geschlossen werden.

#### **1.4. Zusammenarbeit von Hausärzten mit anderen Fachärzten**

Die Zusammenarbeit von Hausärzten mit anderen Facharztgruppen wurde in Deutschland wissenschaftlich untersucht. Hausärzte sind sich der Notwendigkeit der Kooperation unter den Facharztgruppen für eine gute ambulante Versorgung der Patienten bewusst, wie ein Artikel von Heintze zeigt (Heintze 2004). In einer qualitativen Befragung wurden 30 Hausärzte in Berlin über ihre Sichtweise von einer zukünftigen Versorgungsstruktur befragt. Besonders wichtig für die ambulante Versorgung seien die Kenntnis des Facharztes, ein schneller telefonischer Kontakt und die Möglichkeit einer kurzfristigen Terminvergabe. Eine ähnliche Studie aus Baden-Württemberg untermauert die Ergebnisse von Heintze (Gröber-Grätz 2010). In dieser Studie wurde untersucht, welche Kriterien Einfluss auf das Verhalten von Hausärzten bei der Überweisung von Patienten zu Spezialisten ausüben. Dabei nannten die Hausärzte ähnliche Kriterien wie schon in der Studie aus Berlin. Darüber hinaus wurden folgende Kriterien genannt: Fachkompetenz des Spezialisten, gute Arzt-Patienten-Beziehung und subjektive Zufriedenheit des überwiesenen Patienten. Die Fachkompetenz der Spezialisten wurde als wichtigster Punkt angesehen, aber gleichzeitig auch als selbstverständlich vorausgesetzt. Das Erbringen von vermehrten Igel-Leistungen der Fachärzte sahen Hausärzte dagegen als Hindernis für eine gute Kooperation an. Als Barrieren wurden die räumliche

Distanz der Spezialisten, Wartezeit auf einen Termin und Sicherstellung einer zeitnahen Mit- oder Weiterbehandlung genannt.

Hausärzte legen bei der Überweisung ihrer Patienten zu Fachärzten folglich klare Kriterien an.

### **1.5. Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit niedergelassenen Ärzten**

Im Projekt „Ärzte und Betriebe als Kooperationspartner“ wurde die Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit niedergelassenen Ärzten untersucht (Pfaff 2009). Prof. Pfaff und seine Mitarbeiter suchten eine Lösung für die geringe Zusammenarbeit im betrieblichen Gesundheitsmanagement mit niedergelassenen Ärzten. Die Forscher griffen dabei den sogenannten Setting Ansatz auf: Für die Prävention und Gesundheitsförderung sollen vor allem jene Strukturen genutzt werden, die dort sind, wo sich Menschen auch zum größten Teil aufhalten. Dies entspricht bei Arbeitnehmern dem Arbeitsplatz (WHO 2011).

Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten würde nicht in ausreichendem Umfang erfolgen. Als Gründe wurden unter anderem die strikte strukturelle Trennung der Sphären von Hausärzten und Betriebsärzten, fehlende finanzielle Anreize für eine Kooperation, Konkurrenzdenken und das mangelnde Wissen um Tätigkeitsschwerpunkte herausgearbeitet. Die befragten Experten waren sich einig, wie wertvoll eine bessere Zusammenarbeit für die Gesundheit der Patienten bzw. Beschäftigten sein könne.

### **1.6. Schnittstellen der haus- und betriebsärztlichen Versorgung**

Die bisherigen spärlichen nationalen und internationalen Veröffentlichungen zum Thema konnte eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Frau Prof. Rieger in einer Übersichtsarbeit im Rahmen des Gesamtprojekts „Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Versorgung“ herausarbeiten. Sie betrafen Befragungen (z.B. zu bestehender Zusammenarbeit), potentielle fächerübergreifende Themen (z.B. Berufskrankheiten oder stressbedingte arbeitsbezogene Kreislauferkrankungen), Maßnahmen (z.B. Früherkennungsuntersuchungen) oder Kritikpunkte und gegenseitige Vorwürfe. Vor allem für



Deutschland liegen bisher nur wenige Informationen zur Schnittstelle von haus- und betriebsärztlicher Versorgung vor. International besteht jedoch eine Übereinstimmung darüber, wie wichtig die Zusammenarbeit beider Arztgruppen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sei. Die dabei aufgeführten wesentlichen nationalen und internationalen Veröffentlichungen werden im Folgenden dargestellt.

### **Nationale Veröffentlichungen**

Die bisherigen nationalen Veröffentlichungen zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten zeigen, dass es zahlreiche Überschneidungen in den Tätigkeitsfeldern von Hausärzten und Betriebsärzten zu geben scheint. Überschneidungen der Tätigkeitsfelder von Betriebsärzten und Hausärzten betreffen beispielsweise die Präventivmedizin, die Langzeitbetreuung von Patienten oder den Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozess nach längerer Krankheit oder gewandeltem Leistungsvermögen. Überschneidungen in den Tätigkeitsfeldern können sinnvoll genutzt werden, wie ein Bericht von Webendörfer et al. darstellt (Webendörfer 2004). Die Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz der BASF AG ließ am Standort Ludwigsburg eine Darmkrebsvorsorge-Initiative durchführen. Die Initiative bestand aus einem Fragebogen, welcher Risikofaktoren abfragte und einem Test auf okkultes Blut. Von 4172 Teilnehmern wurden 688 angeraten, eine Koloskopie durchführen zu lassen. Diese Empfehlung wurde an alle Teilnehmer abgegeben, die einen positiven Bluttest bzw. Risikofaktoren im Fragebogen angegeben hatten. Von diesen positiv „gescreenten“ Teilnehmern ließen 47 Prozent die Untersuchung durchführen. Bei insgesamt neun Mitarbeitern wurden bereits manifestierte Karzinome diagnostiziert und in 61 Fällen wurden bei der Untersuchung adenomatöse Polypen entdeckt und anschließend abgetragen. Sowohl für den Betrieb als auch für das Gesundheitssystem rechnete sich die Darmkrebsinitiative finanziell. Die Erfahrungen aus dieser Initiative wurden positiv bewertet. Seitdem wird bei der BASF in Ludwigshafen jährlich allen Mitarbeitern ab dem 46. Lebensjahr ein Angebot zur Darmkrebsfrüherkennung gemacht.

In einer weiteren Arbeit untersuchten Forscher Hypertonie am Arbeitsplatz (Bördlein 2000). Dazu wurde bei 5271 Probanden eine 24-h-Langzeitblutdruckmessung durchgeführt. Die Probanden stammten aus 60 unterschiedlichen Betrieben. Sie stammten unter anderem aus dem öffentlichen Dienst und aus metallverarbeitenden Betrieben. Die Teilnehmer waren durchschnittlich 45 Jahre alt. Von der Gesamtheit der Probanden wies jeder zweite eine Hypertonie am Arbeitsplatz auf. Diese war definiert als Differenz der Blutdruckmittelwerte von Arbeitszeit im Vergleich zur Freizeit von mindestens 5 mmHg diastolisch oder 8 mmHg systolisch. 70 Prozent dieser sogenannten Hypertoniker waren nicht antihypertensiv eingestellt, da in Routineuntersuchungen durch ihre Hausärzte zuvor keine auffälligen Blutdruckwerte bei ihnen gemessen worden waren. Die Untersuchung weist möglicherweise darauf hin, dass arterielle Hypertonie am Arbeitsplatz durch einzelne Blutdruckmessungen in der Arztpraxis nicht sicher erfasst werden kann. In diesem speziellen Fall scheint die hausärztliche Versorgung an ihre Grenzen zu kommen. Die Prävention durch Hausärzte scheint eine Lücke aufzuweisen, die durch die Tätigkeit von Betriebsärzten geschlossen werden könnte.

Der Bericht von Webendorfer über die Koloskopieempfehlung im Betrieb und die Langzeitstudie von Bördlein zur stressbedingten Hypertonie am Arbeitsplatz erläutern, wie betriebliche Gesundheitsvorsorge sinnvoll gestaltet werden kann. Sie kann dabei als Ergänzung zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung angesehen werden.

Berufskrankheiten stellen einen fächerübergreifenden Arbeitsbereich dar. Das Thema ist sowohl für Betriebsärzte als auch für Hausärzte von Bedeutung. Von Hausärzten werden circa 5000 der geschätzten 7000 bis 14000 berufsbedingten Malignome pro Jahr als Berufskrankheit diagnostiziert. Dieser relativ geringe Anteil wird von Fachleuten unter anderem auf die unzureichende Ausbildung von angehenden Ärzten im Fach Arbeitsmedizin zurückgeführt. Das Fach Arbeitsmedizin solle deswegen fester Bestandteil der klinischen Differentialdiagnose sein. Darüber hinaus werden Ärzte zur Durchführung einer ausführlichen Berufsanamnese angehalten (Kärcher 2002).

Die Bertelsmann-Stiftung förderte das oben genannte Projekt zur Untersuchung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten (Bertelsmann-Stiftung 2009). In diesem Projekt zeigte sich, dass Hausärzte bei arbeitsplatzbezogenen Erkrankungen ihrer Patienten eher selten auf das Fachwissen ihrer betriebsärztlichen Kollegen zurückgreifen. Nach Aussagen der Betriebsärzte würde sich die Zusammenarbeit beider Arztgruppen auf das Feld der Rehabilitation beschränken. Generell würde ein Austausch oder eine engere Zusammenarbeit eher selten stattfinden. Die Zusammenarbeit würde in solchen seltenen Fällen auf Eigeninitiative beruhen. Strukturierte Richtlinien würden fehlen. Die teilnehmenden Betriebsärzte kritisierten das geringe Interesse von Seiten der Hausärzte an einer engeren Kooperation. Darüber hinaus würden Hausärzte die betriebsärztliche Tätigkeit nicht ausreichend wertschätzen. Die befragten Betriebsärzte führten dies u.a. auf eine fehlende Vergütung der Hausärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung für die Kooperation mit Betriebsärzten zurück. Im Rahmen der Studie wurde gefordert, Anreize für Hausärzte und Betriebsärzte für eine Intensivierung ihrer Zusammenarbeit zu schaffen, strukturierte Richtlinien in diesem Zusammenhang zu erstellen und eine Institutionalisierung der Kooperation vorzunehmen.

### **Internationale Veröffentlichungen**

International wurden quantitative Studien zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten bereits durchgeführt.

In den Niederlanden wurde im Jahr 1995 eine Befragung von 200 Betriebsärzten und Hausärzten durchgeführt (Buijs 1999). Mit Hilfe der Studie sollten Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit beider Fachbereiche herausgearbeitet werden. Mehr als 80 Prozent der Befragten in beiden Berufsgruppen äußerten sich positiv zu einer intensiveren Zusammenarbeit und nur 10 Prozent waren mit der damaligen Situation zufrieden: Der Kontakt zwischen beiden Arztgruppen war gering und entstand überwiegend durch Betriebsärzte. Beide Berufsgruppen erhofften sich Vorteile von einer besseren Zusammenarbeit. Hausärzte und Betriebsärzte nannten unterschiedliche Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit. Darüber hinaus nannten sie

unterschiedliche Prioritäten. So war den Hausärzten besonders wichtig, überhaupt zu wissen, was Betriebsärzte für den Patienten tun können. Den Betriebsärzten war besonders wichtig, einen intensiveren Kontakt zu Hausärzten herstellen zu können. Das größte Hindernis für eine bessere Kooperation sahen Betriebsärzte im mangelhaften Wissen von Hausärzten über die gesetzlichen Rahmenbedingungen der betriebsärztlichen Tätigkeit. Hausärzte nannten in diesem Zusammenhang die fehlende Kenntnis über den Verwendungszweck von weitergeleiteten Patienteninformationen an Betriebsärzte als größte Hürde. Beide Arztgruppen nannten als wichtigste Bedingung für eine Intensivierung der Zusammenarbeit, dass die ärztliche Unabhängigkeit der Betriebsärzte gewahrt bleiben müsse.

In Großbritannien wurde das Thema ebenfalls wissenschaftlich untersucht. Der Fokus lag dabei hauptsächlich auf der Wiedereingliederung. Es würde zwar sehr gute Beispiele für die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Betriebsärzten geben, diese würde aber sehr selten bzw. gar nicht stattfinden (Beaumont 2003). In einem Delphi Prozess äußerten sich 25 Experten aus Allgemein-, Arbeits- und Rehabilitationsmedizin zum professionellen Wiedereingliederungsprozess. Dieser sei für den betroffenen Arbeitnehmer und die Arbeitswelt äußerst wichtig. Hausärzte und Betriebsärzte würden bei diesem Prozess zentrale Rollen einnehmen. Eine mangelhafte Kommunikation könne eine erfolgreiche Wiedereingliederung erschweren. Betriebsärzte und Hausärzte würden nach der Studie umso öfter zusammenarbeiten, je schwerer die Erkrankung eines Beschäftigten/Patienten sei. Bei psychiatrischen Erkrankungen und Rehabilitationsmaßnahmen finde eine Zusammenarbeit ebenfalls häufiger statt.

Seit der Veröffentlichung des Übersichtsartikels von Moßhammer et al. (2011) und der aktuellen Studie wurden weitere internationale Arbeiten zum Thema publiziert. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

2014 wurde eine französische Untersuchung zum Thema veröffentlicht. Von Mai bis September 2009 führte das französische Institut für Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) eine landesweite Telefonumfrage unter

Betriebsärzten und Hausärzten durch (Verger 2014). Die Teilnehmer wurden mit Aussagen zur Zusammenarbeit beider Arztgruppen konfrontiert: Haltung von Hausärzten gegenüber Betriebsärzten und Vorstellungen von Hausärzten und Betriebsärzten zur Rolle von Hausärzten im Gesundheitssystem. Hausärzte wurden nach potentiellen Gründen für eine Überweisung eines Patienten zum zuständigen Betriebsarzt befragt. 82 Prozent der Hausärzte und 70 Prozent der Betriebsärzte stimmten der Aussage zu, dass Hausärzte unbefangen mit Betriebsärzten zusammenarbeiten würden. Zu der Aussage, dass Hausärzte ein gutes Verständnis von der Arbeit von Betriebsärzten hätten, stimmten dagegen nur 62 Prozent der Hausärzte und 35 Prozent der Betriebsärzte zu. Als häufigsten Grund für eine Überweisung zum Betriebsarzt nannten die befragten Hausärzte das wiederholte und krankheitsbedingte Fehlen von Patienten am Arbeitsplatz. Haben Patienten dagegen ein Alkoholproblem bzw. eine Suchterkrankung, gaben 60 Prozent der Hausärzte an, dass sie solche Patienten nie zu einem Betriebsarzt überweisen würden. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass unter den teilnehmenden Betriebsärzten und Hausärzten eine Offenheit zur Zusammenarbeit beider Arztgruppen besteht. Dennoch weist die Studie auf bestehende Hindernisse hin. So scheint es ein mangelndes Wissen von Hausärzten um die Tätigkeit von Betriebsärzten zu geben. Misstrauen von Seiten der Hausärzte gegenüber der Unabhängigkeit von Betriebsärzten in ihrer ärztlichen Tätigkeit scheinen eine intensivere Zusammenarbeit zu behindern.

In Österreich bzw. Belgien beschäftigte sich Rijkenberg zunächst in einer Übersichtsarbeit mit der Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern und anderen Fachärzten (Rijkenberg 2013a). In der Arbeit wird betont, wie wichtig eine gute Kooperation zwischen den einzelnen Fachrichtungen für die Qualität der medizinischen Versorgung von Patient bzw. Beschäftigten sei. Besonders Arbeitsmediziner würden sich eine bessere Kooperation wünschen. Aber auch kurativ tätige Ärzte wie physikalische Mediziner, Neurologen, Orthopäden und Versicherungsmediziner würden sich eine Verbesserung der Zusammenarbeit wünschen. Psychiater zeigten hingegen am wenigsten Interesse an einer Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern. Rijkenberg schließt, dass es zu diesem

Thema bisher zu wenige wissenschaftliche Arbeiten gebe. Die bisher durchgeführten Studien würden zu selten international veröffentlicht.

In einer folgenden Online-Umfrage unter Arbeitsmedizinern und physikalischen Medizinern in Österreich untersuchte Rijkenberg die Zusammenarbeit beider Arztgruppen (Rijkenberg 2013b). Dabei wurde vor allem die Qualität der Kommunikation zwischen Arbeitsmediziner und physikalischen Medizinern bei der Wiedereingliederung untersucht. Nur sechs Prozent der Befragten gaben an, mehr als dreimal Kontakt zu einem Arbeitsmediziner bzw. physikalischen Mediziner pro Quartal zu haben. Ein Kontakt zwischen den Ärzten erfolge hauptsächlich telefonisch oder per Email. Ungefähr die Hälfte beider Kollektivgruppen gab an, mit der Kommunikation zufrieden zu sein. Um die Situation zu verbessern, wünschte sich ungefähr jeder zweite Arbeitsmediziner und physikalische Mediziner einen „Face to Face“-Kontakt. Dieser „Face to Face“-Kontakt könne auf gemeinsamen Fortbildungen stattfinden. Gemeinsame Fortbildungen wünschten sich über 80 Prozent der Arbeitsmediziner und physikalischen Mediziner. Mit der Studie konnte Rijkenberg ein potentielles Interesse von Arbeitsmedizinern und physikalischen Medizinern in Österreich an einer Intensivierung ihrer Kooperation nachweisen. In der Praxis würde eine Kooperation aber selten stattfinden.

### **1.7. Gesellschaftlicher und politischer Kontext**

Eine fruchtbare Zusammenarbeit in den sich überschneidenden Tätigkeitsfeldern scheint aus gesellschaftlichen und medizinischen Gründen sinnvoll. Der demographische Wandel wird in den kommenden Jahren in Deutschland für Veränderungen sorgen. Dieser Wandel wird unter anderem die Arbeitswelt betreffen. Die Anzahl älterer Arbeitnehmer nimmt zu. Dabei steigt nicht nur deren relativer Anteil an der Gesamtheit aller sozialversicherungspflichtigen Angestellten in Deutschland, sondern auch deren absolute Zahl (BA 2013). Die Einführung der Rente mit 67 verstärkt diesen Effekt. Das Gesetz zwingt Arbeitnehmer zu einer längeren Berufstätigkeit und damit zu einer längeren Konfrontation mit arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen. In den letzten Jahren nahm die Anzahl an Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu

(TKK 2013). Die Zunahme macht deutlich, dass für ein produktives und effizientes Arbeiten bis ins hohe Alter eine optimale gesundheitliche Versorgung der Menschen notwendig ist bzw. die Arbeitsplatzbedingungen entsprechende Standards erfüllen müssen. Daran sollten aber nicht nur Arbeitnehmer großes Interesse haben, sondern auch deren Arbeitgeber. Durch den drohenden Arbeitskräftemangel, ausgelöst durch die demographische Entwicklung, werden Arbeitgeber auf das Arbeitskräftepotential älterer Beschäftigten in Zukunft nicht verzichten können. Momentan betrifft dieses Problem nur einzelne Branchen. Von dieser Entwicklung sind derzeit zum Beispiel die Altenpflege oder der Maschinenbau betroffen. Diese Veränderung wird sich in den kommenden Jahren ausweiten (VBW 2011).

### **1.8. Qualitative Analyse anhand von Fokusgruppeninterviews**

Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit „Schnittstellen der haus- und betriebsärztlichen Versorgung“ flossen im Jahr 2012 in die Planung und Durchführung von Fokusgruppeninterviews mit den beteiligten Berufsgruppen ein (Moßhammer 2012, 2014). Die Fokusgruppen enthüllten Defizite (zum Beispiel beim Wiedereingliederungsprozess, mangelndes Wissen über die Tätigkeit des Betriebsarztes), Barrieren (zum Beispiel Vorurteile, Misstrauen, Konkurrenzdenken) und Optimierungsvorschläge (zum Beispiel Vergütungsanreize, Vereinfachung des interkollegialen Kontakts, oder in Bezug auf Fortbildungsthemen). In allen drei Fokusgruppen (Hausärzte, Betriebsärzte, haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte) wurde ein Mangel an Kooperation genannt, aber auch gleichzeitig darauf verwiesen, wie wichtig der gegenseitige Informationsaustausch zum Beispiel für die potentiellen Nahtstellen Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung sei. Häufig würde es schlicht an der Kontaktaufnahme bzw. am gegenseitigen Wissen um die jeweiligen Kompetenzen bzw. Einflussmöglichkeiten der anderen Berufsgruppe fehlen. Eine geringe gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung wurde von beiden Arztgruppen bemängelt.

### **1.9. Ziel der Studie**

Die Literaturübersicht stellte den ersten Schritt bei der Untersuchung der Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Hausärzten dar (Moßhammer 2011). Darauf folgte in einem zweiten Schritt eine qualitative Untersuchung von Fokusgruppen (Moßhammer 2012, 2014).

In einem dritten Schritt soll nun anhand einer quantitativen Erhebung eine Gewichtung der Informationen aus diesen Vorarbeiten stattfinden. Die Ergebnisse der Literaturübersicht bzw. der Fokusgruppeninterviews stellen bei dem nun folgenden Schritt wichtige Hilfen für das Verständnis der Kooperation von Betriebsärzten und Hausärzten dar. Auf Grundlage der Ergebnisse und Erfahrungen aus den Vorarbeiten konnten inhaltliche Schwerpunkte erfasst werden, welche in der vorliegenden Studie weiter untersucht werden sollen. Dabei soll die Relevanz/Bedeutung einzelner Themen für die Zusammenarbeit beider Arztgruppen erfasst werden und ob bestimmte Haltungen bei einer der beiden Berufsgruppen stärker ausgeprägt sind bzw. in wie weit gemeinsame Auffassung bestehen.



## **2. Methoden**

Die zugrundeliegenden Daten wurden mittels einer postalischen Befragung in Form eines Fragebogens im Zeitraum Februar bis Mai 2014 erhoben. Zur Gewinnung der Daten wurde die Querschnittstudie als Studientyp gewählt. Für die Bearbeitung und Auswertung des Datensatzes wurde das Softwarepaket SPSS für Windows verwendet.

### **2.1. Entwicklung des Fragebogens**

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte im Team und berücksichtigte das Datenmaterial aus der vorangegangenen Literaturübersicht und durchgeführten Fokusgruppeninterviews zum Thema (siehe unten). Sie umfasste den Zeitraum März bis Dezember 2013. Dieser Prozess erfolgte anhand gängiger Methoden-Literatur (Bortz 2005).

#### **Mitarbeiter**

Der Fragebogen wurde hauptsächlich von drei Personen entwickelt: Frau Prof. Rieger als Leiterin der Studie (ärztliche Direktorin, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen), Herr Dr. med. Moßhammer als wissenschaftlicher Mitarbeiter (MPH, seit 1.1.2015 Institut für Allgemeinmedizin, Universität Tübingen) und Jakob Mehne (Doktorand). Unterstützt wurde unsere Arbeit von Frau Dr. Michaelis (externe Mitarbeiterin des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung bzw. wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin), welche als Diplom-Soziologin viel Erfahrung in der Entwicklung von Fragebögen hat und von Herrn Prof. Wilm (ärztlicher Direktor, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf).

#### **Grundlagen**

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte anhand der Ergebnisse der Literaturübersicht zum Thema sowie der Erkenntnisse aus den Fokusgruppeninterviews (Moßhammer 2011, 2012, 2014), welche die

Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens darstellten. Ziel war es, die qualitativen Ergebnisse dieser Arbeiten so in den Fragebogen einfließen zu lassen, dass diese später durch den Fragebogen quantitativ erfasst werden konnten.

### **Votum der Ethikkommission**

Anfang November 2013 erhielt die Studie durch die Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät in Tübingen ein positives Votum. Bezüglich der Durchführung der Studie bestanden keine Bedenken.

### **Vorläufiger Fragebogen – Pretest**

Generell sollte im Rahmen einer Fragebogenentwicklung ein Pretest erfolgen (Beywl 2000, Mohler 1996). Es wird sogar empfohlen eine Studie nicht durchzuführen, falls die Mittel zur Durchführung eines Pretest nicht vorhanden sein sollten (Bradburn 2004). Durch diesen Arbeitsschritt sollen in einer Fragebogenerhebung Ergebnisse mit höherer Wertigkeit gewonnen werden. In einem Testlauf wird ein vorläufiger Fragebogen empirisch überprüft.

Der vorläufige Fragebogen der vorliegenden Studie kam dem endgültigen Fragebogen schon sehr nahe. Der Pretest erfolgte im November 2013. Hierfür wurden acht Hausärzte, drei Arbeitsmediziner und drei wissenschaftliche Mitarbeiter darum gebeten, den Fragebogen auszufüllen und mit Anmerkungen zu Unklarheiten zu markieren bzw. während des/ nach dem Ausfüllen Anmerkungen laut äußern (Think-aloud-Technik). Bei den acht Hausärzten handelte es sich um Lehrärzte des damaligen Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Universität Tübingen und bei den drei Arbeitsmedizinern sowie den drei wissenschaftlichen Mitarbeitern handelte es sich um Angestellte des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universität Tübingen. Der vorläufige Fragebogen umfasste zu diesem Zeitpunkt sechs Seiten.

Der vorläufige Fragebogen setzte sich aus sechs Blöcken zusammen. In den Blöcken eins bis vier sollten sich die Ärzte jeweils für die drei wichtigsten Aspekte aus einem Katalog von Antwortmöglichkeiten zu folgenden vier

Themen entscheiden: allgemeine Themen zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten, Gestaltung der Zusammenarbeit, Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit und Punkte zur Aus-, Weiter- und Fortbildung. In Block fünf sollten die Ärzte angeben, inwieweit sie Aussagen, welche die Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten charakterisierten, zustimmen. Hier sollten sich die Teilnehmer auf einer Ordinalskala von 1 bis 5 entscheiden: 1 entsprach „Stimme voll zu“ und 5 entsprach „Stimme gar nicht zu“. Im Block sechs folgten drei abschließende Aussagen zur klaren Trennung der Aufgabenbereiche von Hausärzten und Betriebsärzten, zur Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten und zur Verbesserung der Zusammenarbeit beider Arztgruppen.

### **Ergebnisse des Pretests**

Alle Teilnehmer konnten den vorläufigen Fragebogen ohne Schwierigkeiten in maximal zehn Minuten ausfüllen. Die Teilnehmer empfanden den vorläufigen Fragebogen als interessant und sinnvoll, aber auch als sehr ausführlich. Der Block „Angaben zu Ihrer Person“ stellte die Ärzte vor keine Schwierigkeiten. Es wurde bemängelt, dass die Fragestellungen bzw. Aufgabenstellungen in Block eins bis vier zu kompliziert und zeitintensiv seien. Man müsse schon gleich zu Beginn „sehr tief in die Materie eintauchen“ und die „komplizierte Frageform“ könne von einer Teilnahme an der Studie abhalten. An Block vier (Aus-, Weiter- und Fortbildung) wurde die zur Auswahl stehenden Antwortmöglichkeiten kritisiert. Sie seien nicht klar dem übergeordneten Thema zuzuordnen gewesen. Es wurde angeraten, die gegebenen Antwortmöglichkeiten in unterschiedliche Rubriken aufzugliedern.

### **Änderungen nach Durchführung des Pretests**

Die Ergebnisse des Pretests führten zu einer Überarbeitung des vorläufigen Fragebogens. Die Aufgabenstellungen und Antwortformen aus den Blöcken zwei bis vier wurden überarbeitet. Sie erwiesen sich im vorläufigen Fragebogen als zu komplex und zeitintensiv. Aus diesem Grund entschied sich das Team schließlich für eine Änderung der Aufgabenstellung mit angepassten

Antwortmöglichkeiten: eine verbalisierte Ordinalskala von 1 entspricht „Sehr unwichtig“ bis 4 entspricht „Sehr wichtig“ zu verschiedenen Themen (zum Beispiel Rehabilitation) aus einer Rubrik (zum Beispiel potentielle inhaltliche Nahtstellen). Bei diesen Fragen wurde den Teilnehmern bewusst eine Skala mit einer geraden Anzahl von Abstufungen in der Wertung gegeben. Dadurch sollten Tendenzen in der Bewertung von einzelnen Themen/Variablen klarer identifiziert werden können (Porst 1998). Darüber hinaus wurde die Skala mit absteigender Wertigkeit durch eine Skala mit aufsteigender Wertigkeit ersetzt. Der Fragebogen wurde um zwei einfache, einleitende Fragen, 1a bzw. 1b, erweitert. Den Teilnehmern sollte durch sie der Einstieg in den Fragebogen erleichtert werden und potentielle Teilnehmer zum Ausfüllen des Fragebogens motivieren (Karmasin 1978). Zusätzlich sollten die Teilnehmer durch die Einstiegsfragen für das Thema sensibilisiert werden.

In Block fünf des vorläufigen Fragebogens wurde ebenfalls die Skalenrichtung von einer absteigenden in eine aufsteigende Reihenfolge verändert. Diese Änderung wurde auf die drei Schlüsselfragen übernommen. Der ursprüngliche Block vier (Fort-, Weiter- und Ausbildung) wurde nicht in den endgültigen Fragebogen übernommen. Im Pretest zeigten sich bezüglich dieser Frage Unklarheiten. Um diese zu vermeiden, wäre eine Dreiteilung dieser Fragestellung von Nöten gewesen. Das Team entschied sich gegen diese Variante, um den Umfang des Fragebogens möglichst kompakt zu halten. Der Block „Angaben zu Ihrer Person“ wurde ohne Veränderungen in den endgültigen Fragebogen übernommen.

### **Aufbau des endgültigen Fragebogens**

Der endgültige Fragebogen umfasste vier DIN A4 Seiten einschließlich einer halben Seite mit Fragen zu soziodemographischen Daten. Der Fragebogen war inhaltlich in sechs Blöcke aufgeteilt. Die inhaltliche Gliederung und die soziodemographischen Daten sind in der folgenden Übersicht dargestellt (vollständiger Fragebogen siehe Anhang):

## **Inhaltliche Gliederung**

- 1a.) Zeitpunkt des letzten Kontakts mit einem Hausarzt bzw. Betriebsarzt
- 1b.) Art dieses Kontakts
- 2.) Bedeutung einzelner Themen als inhaltliche Nahtstellen
- 3.) Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung der Kooperation
- 4.) Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen für die Kooperation
- 5.) Zustimmung der Betriebsärzte und Hausärzte zu den einzelnen Aussagen ihrer potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten
- 6.) Abschließende Einschätzungen (getrennte Aufgabenbereiche, Notwendigkeit der Zusammenarbeit, Verbesserung der Zusammenarbeit)

## **Soziodemographische Daten**

- Geschlecht
- Alter
- Arbeitsjahre als Arzt
- Arbeitsjahre als Hausarzt bzw. Betriebsarzt
- Gebietsbezeichnung (Facharzt)
- Zusatzbezeichnung (Betriebsmedizin, Sonstige)

### **Unterschiede zwischen den Fragebögen für Haus- bzw. Betriebsärzte**

Form, Gliederung und Aufbau beider Fragebögen stimmten überein. Kleinere Anpassungen in den Fragebögen für beiden Arztgruppen waren wie folgt: Im Block 1a wurden Hausärzte gefragt, wann sie zuletzt beruflich Kontakt mit einem Betriebsarzt hatten und Betriebsärzte wurden umgekehrt befragt, wann sie zuletzt Kontakt zu einem Hausarzt hatten. In Block 2b wurden Hausärzte befragt, wie dieser Kontakt zu einem Betriebsarzt erfolgte und Betriebsärzte wurden befragt, wie dieser Kontakt zu einem Hausarzt erfolgte. In Block drei hieß das siebte Thema bei den Hausärzten „Abstimmung über das weitere Vorgehen bei einem Patienten“ und bei den Betriebsärzten „Abstimmung über das weitere Vorgehen bei einem Beschäftigten“. Der Block zu den sozioökonomischen Fragen war inhaltlich identisch, nur mögliche Facharztbezeichnungen wurden in unterschiedlicher Reihenfolge abgefragt.

### **2.2. Auswahl der Studienpopulation**

Im Rahmen der Studie wurden 1000 Hausärzte und 385 Betriebsärzte kontaktiert. Im Folgenden wird die Auswahl bzw. Rekrutierung der Teilnehmer erläutert.

#### **Hausärztekollektiv**

Für die Befragung der Hausärzte in Baden-Württemberg wurde eine Zufallsstichprobe aus der Datenbank gezogen, welche auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg frei zugänglich ist. Die Ziehung Zufallsstichprobe erfolgte im Januar 2014 durch den Doktoranden. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich auf dieser Seite die Adressen von 8000 Hausärzten in Baden-Württemberg. Folglich wurde in Baden-Württemberg jeder achte Hausarzt angeschrieben und um seine Teilnahme an der Studie gebeten. Das Kollektiv stellt eine Stichprobe dar. Eine Voraussetzung für die Teilnahme war, dass sich der betreffende Hausarzt Anfang Januar 2014 auf dieser Liste der KVBW befand.

### **Betriebsärztekollektiv**

Für die Befragung der Betriebsärzte in Baden-Württemberg wurde unser Team durch den Verband Deutscher Betriebs- und Werkärzte (VDBW) unterstützt, indem dieser seine Mitglieder in Baden-Württemberg anschrieb, ihnen den Fragebogen zusandte und sie zur Teilnahme an der Studie motivierte. Beim Kollektiv handelt es sich um eine Vollerhebung der VDBW-Mitglieder in Baden-Württemberg. Insgesamt wurden 385 Betriebsärzte angeschrieben. Dies entsprach der Gesamtheit aller Betriebsärzte in Baden Württemberg, welche zu diesem Zeitpunkt Mitglied im VDBW waren und gleichzeitig nicht älter als 65 Jahre. Die Altersgrenze von 65 Jahren wurde gewählt, um möglichst noch berufstätige Betriebsärzte in der Studie zu befragen

### **Nichtteilnahme der Ärzte**

Die Studie wurde pseudonymisiert durchgeführt. Von nicht teilnehmenden Ärzten war der Forschungsgruppe lediglich das Geschlecht bekannt.

### **2.3. Studienablauf**

Versendung der Fragebögen an Betriebs- und Hausärzte sowie Annahme der Rückschreiben erfolgte von Mitte Februar 2014 bis Mitte Mai 2014.

### **Datenerhebung**

Die Datenerhebung erfolgte mittels vierseitigem DIN A4 Fragebogen, welcher mit einer laufenden Nummer pseudonymisiert wurde. Diesem Fragebogen wurde neben einem Anschreiben ein DIN A5 Rückumschlag beigelegt. Somit war die Rücksendung des Fragebogens für die Teilnehmer kostenfrei und mit einem Minimum an Aufwand verbunden. Sowohl Hausärzte als auch Betriebsärzte konnten den Fragebogen entweder per Post oder per Fax zurücksenden:

	per Post an	per Fax an
<b>Hausärzte</b>	den damaligen Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Tübingen	das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen
<b>Betriebsärzte</b>	das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen	das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen

Vier Wochen nach Versendung der Fragebögen wurden alle bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht teilnehmenden Ärzte mittels Erinnerungsschreiben erneut um eine Teilnahme gebeten. Durch diesen Vorgang sollte der Rücklauf erhöht werden, um einen Selektionsbias so klein wie möglich zu halten. Für Rückfragen standen den Teilnehmern die das Projekt durchführenden Mitarbeiter zur Verfügung. Die Dateneingabe der zurückgesendeten Fragebögen erfolgte in den Räumen des damaligen Lehrbereichs für Allgemeinmedizin durch den Doktoranden. Dieser führte auch die Kontrolle des Rücklaufs durch. Die Auswertung erfolgte anonymisiert.

### **Anschreiben an die Teilnehmer**

Neben einem Freiumschlag zur Rücksendung wurde den Fragebögen jeweils ein personalisiertes Anschreiben beigelegt. Im Anschreiben wurden Thema, Methode und Ziele der Fragebogenerhebung erläutert. Darüber hinaus wurde auf folgende Sachverhalte hingewiesen: Freiwilligkeit der Teilnahme, pseudonymisierte Erhebung bzw. anonymisierte Auswertung der Studie, jederzeitiges Widerrufsrecht der Teilnehmer, datenschutzkonformer Umgang mit den Daten und datenschutzkonforme Aufbewahrung der Fragebögen im Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung.

Dem Anschreiben an die Betriebsärzte wurde zusätzlich ein Empfehlungsschreiben des VDBW als Unterstützung der Studie beigelegt. In diesem bat der VDBW seine Mitglieder um die Teilnahme an der Studie.



### **Erinnerungsschreiben**

Vier Wochen nach Versendung der Fragebögen wurden alle bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht teilnehmenden Ärzte erneut angeschrieben. Die Ärzte wurden durch ein zweites Anschreiben an die Studie erinnert und es wurde erneut um deren Teilnahme gebeten. Dem Erinnerungsschreiben wurde kein Fragebogen beigefügt. Stattdessen wurde auf die Internetseite [www.haba-studie.de](http://www.haba-studie.de) verwiesen. Auf dieser Internetseite wurde den Ärzten die Möglichkeit zum selbständigen Download des Fragebogens und des Aufklärungsschreibens geboten.

### **Erhöhung des Rücklaufs**

Zur Objektivierbarkeit der Ergebnisse und zur Verminderung des zufälligen Fehlers ist ein hoher Rücklauf wichtig. Bei der Erstellung des Fragebogens bzw. bei den Versendungsformalitäten hat sich die Forschungsgruppe aus diesem Grund an Untersuchungen zur Erhöhung des Rücklaufs bei postalischen Befragungen orientiert (Edwards 2002, Thorpe 2009). Daraus ergaben sich folgende Optimierungsansätze:

- personalisierte Fragebögen und Anschreiben
- farbiger Fragebogen
- kurzer Fragebogen
- freier Rückumschlag
- Interessanter Fragebogen
- Fragebogen von der Universität
- Erinnerungsschreiben

### **Finanzierung der Studie**

Die Studie wurde mit Eigenmitteln finanziert. Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung wird finanziell

unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

#### **2.4. Datenanalyse**

Die Antworten der Studienteilnehmer in den Fragebögen wurden als numerische Werte in einer Excel-Tabelle erfasst. Dabei wurden die Daten inklusive einer fortlaufenden Nummer (Pseudonymisierungscode) gespeichert. Die fortlaufende Nummer wurde vor Fragebogenversand auf jedem Bogen notiert. Über diese Nummer wurde der Fragebogen pseudonymisiert. Dadurch konnte eine Zuordnung zum Geschlecht vorgenommen werden und ob eine Teilnahme an der Studie erfolgt war. Unter den Teilnehmer und Nichtteilnehmer wurde die Geschlechterverteilung analysiert. Die Auswertung erfolgte anonymisiert.

Die deskriptive Auswertung wurde getrennt nach Betriebsärzten bzw. Hausärzten durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) für Windows. Die erhobenen Daten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet und darauf tabellarisch dargestellt. Es folgte zunächst eine univariate Auswertung der Daten unter Angabe von Mittelwert, Median und Spannweite der metrischen Variablen. Die Ergebnisse der metrischen Variablen wurden mit dem Mann-Whitney Test überprüft. Die Ergebnisse der kategorialen Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat Test überprüft. Für kategoriale Variablen wurden die absoluten Werte und die Anteile dargestellt.

Die multivariate Analyse wurde mit der logistischen Regressionsanalyse vom damaligen Lehrbereich Allgemeinmedizin durchgeführt. Mit diesem Verfahren wird die Abhängigkeit einer dichotomen Zielvariable (Betriebsarzt oder Hausarzt) von unabhängigen Variablen untersucht. Als solche wurden bei der logistischen Regressionsanalyse alle Fragebogen-Items gewertet (siehe Ergebnisse, Tabelle 9). Dieses Verfahren ermöglicht die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer potentieller Einflussgrößen auf die Zielvariable. In der Analyse wurde das Alter, Geschlecht und die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin adjustiert. Die Adjustierung der Zusatzbezeichnung

Betriebsmedizin war notwendig, um eine Verzerrungen der Ergebnisse durch „Hybriden“ zu vermeiden: Teilnehmer, welche als Hausärzte niedergelassen sind und zusätzlich als Arbeitsmediziner tätig sind. Diese Gruppe machte ungefähr fünf Prozent der Hausärzte aus.

Diese Analyse mittels logistischer Regression wurde durch Herrn Dr. Moßhammer durchgeführt und ist nicht Kern der vorliegenden Arbeit. Ihre Schritte sollen deshalb nur verkürzt dargestellt werden (Muche 2005):

1. Variablen welche sich als signifikant erwiesen ( $p < 0,1$ ) wurden nach Multikollinearität und einflussreiche Beobachtungen kontrolliert.

2. Diese Variablen wurden in einer stufenweisen Rückwärtsanalyse (Signifikanzniveau  $\alpha = 0,05$ ) des multivariaten logistischen Regressionsmodells untersucht. Fehlende Werte wurden mit der „single imputation method“ ersetzt (MCMC Methode. Für das abschließende Modell wurden Odds ratios mit 95% Wald-Konfidenzintervall berechnet.

## **2.5. Mögliche Fehler bei der Durchführung der Studie**

Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Arbeit können den wahren Sachverhalt widerspiegeln. Sie können aber auch durch Fehler bei der Datenerhebung und Datenanalyse verfälscht werden. Man unterscheidet den zufälligen Fehler vom systematischen Fehler.

### **Zufälliger Fehler**

Der zufällige Fehler entsteht durch die zufallsbedingte Auswahl von Individuen für eine Untersuchung. Durch diese Methode entsteht eine Abweichung von den wahren Verhältnissen der Zielgesamtheit. Um die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Fehlers zu vermeiden, sollte die festgesetzte Stichprobe so groß wie möglich gewählt werden. Damit reichen die Ergebnisse aus der Stichprobe so nahe wie möglich an die Ergebnisse der Grundgesamtheit heran und die Wahrscheinlichkeit für einen zufälligen Fehler wird damit minimiert. Durch die Bestimmung der Größe der Stichprobe lässt sich das Ausmaß des zufälligen

Fehlers kontrollieren. Der Stichprobenumfang bestimmt den zufälligen Fehler. Jede Stichprobe stellt nur einen Teil der Zielpopulation dar. Die Untersuchung ist folglich auf ein Teilkollektiv beschränkt.

Wenn in einer Fragebogenerhebung nur zehn Hausärzten von über 8000 Hausärzten befragt werden, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich diese zehn Teilnehmer in Geschlecht, Alter oder Praxisstandort stark von der Grundgesamtheit der 8000 Hausärzte unterscheiden. Bezogen auf die vorliegende Studie hätte es passieren können, dass überwiegend Hausärzte mit einer Praxis in einem städtischen Ballungsgebiet und großen Betrieben in unmittelbarer Nachbarschaft befragt worden wären. Eine solche Stichprobe hätte damit nicht der Zielgesamtheit entsprochen. Zu dieser gehören zum Beispiel auch Hausärzte mit einer Landarztpraxis. Die zufällige Abweichung wäre durch den kleinen Umfang der Stichprobe sehr groß (Kreienbrock und Schach 2000).

### **Systematische Fehler**

Man unterscheidet drei Gruppen von systemischen Fehlern: Confounder, Selektionsbias und Informationsbias. Alle drei Gruppen gilt es während einer Studiendurchführung zu kennen und zu vermeiden. Im Gegensatz zum zufälligen Fehler kann man sie nicht durch die Größe des Stichprobenumfangs kontrollieren. Die Abweichung eines Ergebnisses zur Zielgesamtheit findet in eine Richtung statt. Sind potentielle Verzerrungseffekte bekannt, ist eine Aussage über deren Richtung häufig möglich. In der Regel ist aber eine genaue Berechnung nicht möglich (Kreienbrock und Schach 2000).

#### **• Confounder**

Confounder verzerren die Ergebnisse einer Studie. Teilnehmer an einer Studie werden in Bezug auf eine unabhängige Variable in unterschiedliche Kollektive eingeteilt. Die Teilnehmer unterscheiden sich nicht ausschließlich in Bezug auf diese eine unabhängige Variable, sondern möglicherweise auch in Bezug auf viele weitere unbekanntenen Variablen, welche ebenfalls den registrierten Effekt

verursachen können. Wichtige Confounder sind Alter und Geschlecht (Kreienbrock und Schach 2000).

- **Selektionsbias**

Selektionsbias entsteht, wenn die Auswahl von Teilnehmern für eine Studie das Ergebnis dieser Studie selbst beeinflusst. Sie entsteht also, wenn die Auswahl der Studienteilnehmer nicht zufällig erfolgt, sondern nach bestimmten Kriterien, welche das Ergebnis der Untersuchung selbst beeinflussen. Eine gezielte Selektion von Studienteilnehmern sollte deswegen nicht stattfinden. Die Auswahl der Studienteilnehmer sollte zufällig erfolgen. Ob durch ein bestimmtes Studiendesign unbewusst eine Selektion vorgenommen wird, sollte bei der Auswertung der Studienergebnisse beachtet und analysiert werden (Kreienbrock und Schach 2000).

- **Informationsbias**

Informationsbias entsteht bei der Erhebung und/oder der Analyse von Daten. Die Art und Weise wie Daten erhoben und ausgewertet werden, kann die Daten und die dadurch resultierenden Ergebnisse selbst beeinflussen. Aus diesem Grund sollten die Daten objektiv erhoben werden bzw. ein Fragebogen sollte neutral gehalten werden. Besonders zu achten ist bei einer Umfrage mittels Fragebogen, dass alle Teilnehmer im Vorfeld dieselben Informationen über die Studie selbst und deren Ziele erhalten, um eine Beeinflussung der Studienteilnehmer zu vermeiden (Kreienbrock und Schach 2000).

## **2.6. Vermeidung möglicher Fehler in der Studie**

Bei der Planung und Durchführung der Studie wurde darauf geachtet, mögliche Fehler zu vermeiden und potentielle Fehlerquellen auszuschließen.

Um den zufälligen Fehler so gering wie möglich zu halten, wurde eine möglichst große Stichprobe gewählt. In der Untersuchung wurden 1000 von möglichen 8000 Hausärzten in Baden-Württemberg angeschrieben. Bei den Betriebsärzten wurde eine Vollerhebung bis 65 Jahre durchgeführt.

Ein hoher Rücklauf reduziert die Wahrscheinlichkeit von zufälligen Fehlern (Kreienbrock und Schach 2000). Um einen großen Rücklauf zu bekommen wurden verschiedene Maßnahmen getroffen (personalisierter Fragebogen, farbiger Fragebogen etc.). Häufige und wichtige Confounder wie Alter, Geschlecht wurden in der Erhebung erfasst. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer nach ihrer Facharztausbildung und möglichen Zusatzbezeichnungen befragt. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Bei der Entwicklung des standardisierten Fragebogens waren sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte eingebunden. Dadurch sollte die Entstehung eines einseitigen Fragebogens vermieden werden. Die Basis unserer quantitativen Befragung stellt eine qualitative Arbeit dar. In dieser Arbeit wurden Fokusgruppeninterviews mit Hausärzten, Betriebsärzten und Ärzten, welche in beiden Bereichen tätig sind, durchgeführt. Die Ergebnisse flossen in etwa zu gleichen Teilen in die Entwicklung des Fragebogens dieser Studie ein. Zudem wurde ein Pretest durchgeführt. Dabei konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass sich der Fragebogen an die Hausärzte nur geringfügig von dem Fragebogen an die Betriebsärzte unterschied. Die Unterschiede ergaben sich ausschließlich aufgrund der Tatsache, dass in der Studie zwei unterschiedliche Kollektivgruppen angesprochen wurden. Dadurch sollte eine Verzerrung der Ergebnisse durch unterschiedliche Fragebögen vermieden werden.

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte zufällig. Prinzipiell hätte jeder Hausarzt mit Kassenzulassung in Baden-Württemberg und jedes VDBW-Mitglied in Baden-Württemberg als Teilnehmer an der Studie ausgewählt werden können. Durch dieses Verfahren sollte Selektionsbias ausgeschlossen werden. Die Forschungsgruppe hat sich ganz bewusst für eine postalische Versendung der Fragebögen entschieden, um ebenfalls Selektionsbias zu verhindern und den Rücklauf zu erhöhen. Eine Alternative zur postalischen Versendung wäre die Versendung per Email gewesen. Die Wahl dieses Mediums hätte allerdings zur Folge gehabt, dass von der Studie vor allem Ärztinnen und Ärzte angesprochen worden wären, welche über entsprechende Erfahrungen im Umgang mit Computern bzw. dem Internet verfügten. Alle potentiellen Teilnehmer ohne

diese Kenntnisse wären so von einer Teilnahme an der Studie ausgeschlossen worden.

### 3. Ergebnisse

Im Folgenden soll zunächst die Beschreibung des Teilnehmerkollektivs erfolgen mit anschließender Darstellung der Ergebnisse der Studie.

#### 3.1. Ärztekollektiv

An der Befragung nahmen 313 von 1000 angeschriebenen Hausärzten und 184 von 385 angeschriebenen Betriebsärzten in Baden-Württemberg teil. Dies entspricht einem Rücklauf von 31 % bei den Hausärzten und von 48 % bei den Betriebsärzten. Der Anteil von Frauen, das Durchschnittsalter und die Tätigkeit als Arzt in Jahre sind bei den teilnehmenden Betriebsärzten bzw. Hausärzten ähnlich. Der Frauenanteil liegt bei den teilnehmenden Betriebsärzten bei 44 % (bei nicht teilnehmenden Betriebsärzten bei 39 %) und bei den teilnehmenden Hausärzten bei 40 % (bei nicht teilnehmenden Hausärzten bei 35 %).

**Tabelle 1**

**Charakteristika\* der Betriebsärzte (n=184)/Hausärzte (n=313)**

Variable ( <i>fehlende Werte BÄ/HÄ</i> )	Anzahl BÄ/HÄ (Prozent)
Weibliches Geschlecht (0/3)	81/123 (44%/40%)
Alter in Jahre (4/14)	*53/54 (35; 54; 65/33; 55; 73)
Tätigkeit als Arzt in Jahre (5/11)	*26/26 (8; 26; 40/7; 27; 47)
Tätigkeit als Hausarzt in Jahre (134/9)	*16/18 (2; 15; 36/1; 19; 43)
Tätigkeit als Betriebsarzt in Jahre (5/293)	*18/23 (1; 18; 39/1; 15; 36)
Facharztbezeichnung	
Arbeitsmedizin (57/306)	127/7 (69%/2%)
Innere Medizin (145/247)	39/66 (21%/21%)
Allgemeinmedizin (113/85)	71/228 (37%/73%)
Zusatzbezeichnungen**	
Betriebsmedizin	69/17 (35%/5%)
Akupunktur	6/24 (3%/8%)
Naturheilverfahren	12/38 (7%/12%)
Sportmedizin	20/16 (11%/5%)
Notfallmedizin	34/36 (19%/12%)
Umweltmedizin	30/8 (16%/3%)
Sozialmedizin	13/3 (7%/1%)

\*Mittelwert (min; median; max); BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte; \*\*gelistet sind Anteile >5%



### 3.2. Letzter beruflicher interkollegialer Kontakt

Beinahe 70 % der Betriebsärzte gaben an, innerhalb der letzten vier Wochen beruflich Kontakt zu einem Hausarzt gehabt zu haben. 18 % der Hausärzte gaben dies ebenfalls an. Bei fast der Hälfte der Hausärzte liegt der letzte berufliche Kontakt zu einem Betriebsarzt schon mehr als zwölf Monate zurück bzw. es hat noch nie ein beruflicher Kontakt stattgefunden.

**Tabelle 2**

**Angaben\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zu ihrem letzten gegenseitigen beruflichen Kontakt**

Zeitraum	Anzahl BÄ/HÄ	Prozent BÄ/HÄ
1. innerhalb der letzten vier Wochen	125/56	68/18
2. vor weniger als sechs Wochen	32/62	17/20
3. vor weniger als zwölf Monaten	13/43	7/14
4. vor mehr als zwölf Monaten	13/103	7/33
5. noch nie	0/44	0/14

\*Die Anzahl der Befragten, die auf diese Frage nicht antworteten, belief sich auf einen Betriebsarzt sowie zwei Hausärzte; BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

### 3.3. Kontaktart

Beide Arztgruppen haben hauptsächlich telefonischen Kontakt miteinander. 91 % der Betriebsärzte und 49 % der Hausärzte geben diese Kontaktart an.

**Tabelle 3**

**Angaben\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Kontaktart**

Kontaktart	Anzahl BÄ/HÄ	Prozent BÄ/HÄ
1. telefonisch	167/152	91/49
2. Kurzarztbrief	83/57	45/18
3. Befundmitteilung	106/94	58/30
4. Über einen vom Patient mitgebrachten medizinischen Befund	123/137	67/44

\*BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

### 3.4. Bedeutung einzelner Themen als inhaltliche Nahtstellen

Sowohl Hausärzte als auch Betriebsärzte erachten die genannten Themen für „wichtig“ bis „sehr wichtig“. Beide Kollektivgruppen unterscheiden sich in ihren Angaben wenig. Unterschiedliche Angaben machten die Ärzte bei der Stufenweisen Wiedereingliederung, der Rehabilitation und bei geplanten Änderungen der Arbeitsbedingungen. Suchterkrankungen bei Beschäftigten wurde von beiden Arztgruppen als sehr wichtig bewertet. Die Primärprävention wird von den Ärzten als eher unwichtig erachtet.

**Tabelle 4**

**Angaben\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Bedeutung inhaltlicher Nahtstellen ihrer Kooperation**

Potentielle Schnittstelle (fehlende Werte BÄ/HÄ)	Med.	min	max	MW	p**
1. Arbeitsunfähigkeit (4/14)	3/3	1/1	4/4	2,8/2,8	0,501
2. Stufenweise Wiedereingliederung (0/10)	4/3	1/1	4/4	3,8/3,3	<0,001
3. Rehabilitation (0/14)	4/3	1/1	4/4	3,5/2,9	<0,001
4. Primärprävention (1/11)	2/2	1/1	4/4	2,4/2,2	0,003
5. Umgang mit auffälligen Befunden (0/12)	3/3	1/1	4/4	3,3/2,9	<0,001
6. Suchterkrankungen bei Beschäftigten (0/12)	4/4	1/1	4/4	3,6/3,4	0,001
7. Begleitung chronisch Kranker (1/10)	3/3	2/1	4/4	3,3/2,9	<0,001
8. Fehlzeiten (2/13)	3/3	1/1	4/4	2,7/2,6	0,147
9. Umgang mit auffälligen Mitarbeitenden (1/12)	3/3	1/1	4/4	3,0/2,8	0,003
10. Geplante Änderung der Arbeitsbedingungen (2/14)	2/3	1/1	4/4	2,3/3,0	<0,001

\*Likert-Skala mit 1 („sehr unwichtig“) bis 4 („sehr wichtig“); \*\* Wilcoxonstest für unverbundene Stichproben; Med. Median; MW Mittelwert; BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

### 3.5. Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung der Kooperation

Beide Arztgruppen erachten die genannten Themen überwiegend als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ zur Gestaltung Ihrer Kooperation. Betriebsärzte sehen die Abstimmung über das weitere Vorgehen als „sehr wichtig“ an und Hausärzte als „wichtig“. Keine der genannten Themen wurde als unwichtig erachtet.

**Tabelle 5**

**Angaben\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung ihrer Kooperation**

Variable ( <i>fehlende Werte BÄ/HÄ</i> )	Med.	min	max	MW	p**
1. Kenntnis des Betriebsarztes beim Hausarzt (5/16)	3/3	1/1	4/4	3,1/2,7	<0,001
2. Gute Erreichbarkeit des Hausarztes (0/18)	3/3	1/1	4/4	3,2/3,2	0,131
3. Gute Erreichbarkeit des Betriebsarztes (1/10)	3/3	1/1	4/4	3,2/3,1	0,012
4. Befundmitteilung (0/13)	3/3	1/1	4/4	3,2/3,2	0,855
5. Kurzarztbriefe (1/12)	3/3	1/1	4/4	3,0/2,8	0,009
6. Mündliche Kommunikation über Befunde (1/11)	3/3	1/1	4/4	3,0/2,7	<0,001
7. Abstimmung über das weitere Vorgehen (1/11)	4/3	1/1	4/4	3,4/3,1	<0,001
8. Klare Definition der Zuständigkeiten (1/13)	3/3	1/1	4/4	2,7/2,9	0,116

\*Likert-Skala mit 1 („sehr unwichtig“) bis 4 („sehr wichtig“); \*\* Wilcoxontest für unverbundene Stichproben; Med. Median; MW Mittelwert; BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

### 3.6. Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen für die Kooperation

Die genannten Themen wurden sowohl von Betriebsärzten als auch von Hausärzten überwiegend als wichtig als Rahmenbedingungen ihrer Kooperation erachtet. Als Ausnahme bewerteten Betriebsärzte „Vergütung des Betriebsarztes für Kommunikation mit Hausarzt“ als eher unwichtig. Hausärzte bewerteten diese Variable als eher wichtig.

**Tabelle 6****Angaben\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen ihrer Kooperation**

Variable (fehlende Werte BÄ/HÄ)	Med.	min	max	MW	p**
1. Vergütung des Hausarztes für Kommunikation mit Betriebsarzt (0/12)	3/3	1/1	4/4	2,6/2,8	0,591
2. Gesetzliche Regelung zur Beteiligung des Betriebsarztes bei stufenweiser Wiedereingliederung (0/11)	4/3	1/1	4/4	3,4/2,7	<0,001
3. Strukturierte Behandlungspfade (0/9)	3/3	1/1	4/4	3,0/2,8	0,008
4. Vergütung des Betriebsarztes für Kommunikation mit Hausarzt (2/17)	2/3	1/1	4/4	2,4/2,5	0,994
5. Gewährleistung der Schweigepflicht (0/12)	4/4	1/1	4/4	3,8/3,7	0,013

\*Likert-Skala mit 1 („sehr unwichtig“) bis 4 („sehr wichtig“); \*\* Wilcoxon-test für unverbundene Stichproben; Med. Median; MW Mittelwert; BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

**3.7. Aussagen zu Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten**

Die Bewertung der einzelnen Aussagen durch die beiden Kollektivgruppen ist sehr variant. Betriebsärzten als auch Hausärzten stimmen Aussagen teils voll zu: Bei der Stufenweisen Wiedereingliederung sollten Betriebsärzte eingebunden werden. Zu anderen Aussagen stimmen sie eher nicht zu: Hausärzte sehen Betriebsärzte als Konkurrenten.

Die Zustimmung durch Betriebsärzte und durch Hausärzte unterscheidet sich bei 16 von insgesamt 17 Aussagen. Der größte Unterschied zeigt sich bei der Aussage über die Vergütung von Betriebsärzten durch die Gesetzliche Krankenversicherung für das Erbringen von präventiven Leistungen. Betriebsärzte stimmen dieser Aussage zu und Hausärzte stimmen gar nicht zu.

**Tabelle 7****Zustimmung\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zu den einzelnen Aussagen ihrer potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten**

Aussage ( <i>fehlende Werte BÄ/HÄ</i> )	Med.	min	max	MW	p**
1. Bei der betriebsärztlichen Betreuung steht eher das Wohl des Betriebs als das des einzelnen Patienten/Beschäftigten im Vordergrund (2/11)	1/3	1/1	5/5	1,6/2,7	<0,001
2. Hausärzte tendieren dazu, ihre Patienten durch Krankschreibungen vor der Arbeit zu schützen (2/12)	3/2	1/1	5/5	2,9/2,4	<0,001
3. Hausärzte mischen sich in betriebsärztliche Tätigkeit ein (3/10)	2/1	1/1	5/5	1,9/1,5	<0,001
4. Hausärzte sehen Betriebsärzte als Konkurrenten (3/11)	2/1	1/1	5/5	2,5/1,5	<0,001
5. Es besteht ein hohes Risiko, dass sich Betriebsärzte gegenüber dem Arbeitgeber nicht an die ärztliche Schweigepflicht halten (2/19)	1/3	1/1	4/5	1,6/2,8	<0,001
6. Hausärzte sehe die Arbeit von Betriebsärzten als hilfreich an (5/11)	3/4	1/1	5/5	3,0/3,6	<0,001
7. Hausärzte fühlen sich vom Betriebsarzt kritisiert, wenn dieser im Betrieb erhobene auffällige Befunde an sie übermittelt (4/10)	2/1	1/1	5/5	2,3/1,5	<0,001
8. Betriebsärzte sehen die Arbeit von Hausärzten als hilfreich an (2/43)	4/3	1/1	5/5	4,2/3,6	<0,001
9. Betriebsärzte erbringen zu viele Leistungen, die in den hausärztlichen Bereich gehören (3/17)	1/2	1/1	5/5	1,8/2,3	<0,001
10. Hausärzten fehlt häufig das für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderliche Wissen über die Tätigkeit des Patienten (2/10)	4/2	1/1	5/5	3,8/2,5	<0,001
11. Hausärzte haben beim „Stückeln“ von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen häufig die Bedürfnisse des Betriebes nicht im Blick (4/16)	4/3	1/1	5/5	3,6/2,8	<0,001
12. Bei arbeitsplatzbezogenen Attesten von Hausärzten überwiegt der Schaden häufig den Nutzen (3/23)	4/2	1/1	5/5	3,7/2,1	<0,001
13. Gerade bei Suchterkrankungen ist das Risiko hoch, dass Arbeitgeber durch Betriebsärzte ohne Zustimmung des Beschäftigten informiert werden (2/31)	1/3	1/1	5/5	1,4/2,8	<0,001
14. Bei der stufenweise Wiedereingliederung sollten Betriebsärzte eingebunden werden (2/14)	5/4	2/1	5/5	4,7/3,8	<0,001
15. Betriebsärzte mischen sich in das hausärztliche Tätigkeitsfeld ein (3/16)	2/2	1/1	5/5	1,8/2,1	0,038

### Fortsetzung Tabelle 7

#### Zustimmung\* der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zu den einzelnen Aussagen ihrer potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten

Aussage (fehlende Werte BÄ/HÄ)	Med.	min	max	MW	p**
16. Die engere Kooperation von Haus- und Betriebsärzten kann zur Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten beitragen (2/12)	5/4	1/1	5/5	4,5/3,7	<0,001
17. Betriebsärzte sollen präventive Leistungen von der Gesetzlichen Krankenversicherung vergütet bekommen (4/19)	4/1	1/1	5/5	3,7/2,0	<0,001

\*Likert-Skala mit 1 („stimme gar nicht zu“) bis 5 („stimme voll zu“); \*\*Wilcoxon-test für unverbundene Stichproben; Med. Median; MW Mittelwert; BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

### 3.8. Abschließende Einschätzungen zur Zusammenarbeit

Beide Arztgruppen erachten ihre Aufgabenbereiche als klar getrennt. Sowohl Hausärzte als auch Betriebsärzte erachten die Zusammenarbeit als notwendig und sehen einen Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit.

### Tabelle 8

#### Abschließende\* Einschätzung von Betriebsärzten (n=184) und Hausärzten (n=313)

Aussage (fehlende Werte BÄ/HÄ)	Med.	min	max	MW	p**
1. Betriebsärzte und Hausärzte haben klar getrennte Aufgabenbereiche (0/8)	4/4	1/1	5/5	3,5/3,6	0,362
2. Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten ist notwendig (0/7)	5/4	3/1	5/5	4,9/4,2	<0,001
3. Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten muss verbessert werden (0/9)	5/4	2/1	5/5	4,6/4,2	<0,001

\*Likert-Skala mit 1 („stimme gar nicht zu“) bis 5 („stimme voll zu“); \*\*Wilcoxon-test für unverbundene Stichproben; Med. Median; MW Mittelwert; BÄ Betriebsärzte; HÄ Hausärzte

### 3.9. Logistische Regressionsanalyse

Im Folgenden sind die Variablen des Modells mit nach Alter, Geschlecht und Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin adjustierten OR gelistet.

<b>Tabelle 9</b>			
<b>Variablen*, die positiv mit Betriebsärzten<sup>1</sup>/Hausärzten<sup>2</sup> assoziiert sind</b>			
Variable	Spezifizierung <sup>+</sup> (Median BÄ/HÄ)	p-Wert	OR (95%-KI)
1. Alter <sup>2</sup>	Jahre	0,08	1,1 (0,9-1,2)
2. Geschlecht <sup>2</sup>	männlich <sup>+</sup> , weiblich	0,37	2 (0,5-10)
3. Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin <sup>1</sup>	nein <sup>+</sup> , ja	<0,01	7,1 (1,7-29,5)
4. Abschließende Einschätzung zur Notwendigkeit der Zusammenarbeit beider Arztgruppen <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (5/4)	<0,01	12,2 (2,0-73,1)
5. Abschließende Einschätzung zur Notwendigkeit einer Verbesserung der Zusammenarbeit beider Arztgruppen	LS 1 bis 5 (5/4)	0,05	3,3 (1,0-10,6)
6. Stattgefundener Telefonkontakt <sup>1</sup>	nein <sup>+</sup> , ja	<0,01	16,6 (2,7-101,6)
7. Wichtigkeit von Rehabilitation <sup>1</sup>	LS 1 bis 4 (4/3)	0,03	2,6 (1,1-6,2)
8. Wichtigkeit von Primärprävention <sup>2</sup>	LS 1 bis 4 (2/2)	0,01	2,8 (1,3-6,3)
9. Wichtigkeit von der Versorgung chronisch Kranker <sup>1</sup>	LS 1 bis 4 (3/3)	0,02	3,5 (1,3-9,5)
10. Wichtigkeit von geplanten Änderungen von Arbeitsbedingungen <sup>2</sup>	LS 1 bis 4 (2/3)	<0,01	10,9 (3,9-29,4)
11. Wichtigkeit von Kurzarztbriefen <sup>2</sup>	LS 1 bis 4 (3/3)	0,03	2,7 (1,1-6,7)
12. Wichtigkeit von mündlicher Kommunikation über Befunde <sup>1</sup>	LS 1 bis 4 (3/3)	<0,01	2,7 (1,3-5,8)
13. Zustimmung, dass Betriebsärzte von Hausärzten als Konkurrenten von Hausärzten angesehen werden. <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (2/1)	0,02	2,6 (1,2-5,9)
14. Zustimmung, dass sich Betriebsärzte gegenüber dem Arbeitgeber nicht immer an die ärztliche Schweigepflicht halten <sup>2</sup>	LS 1 bis 5 (1/3)	0,01	2,5 (1,2-5,3)
15. Zustimmung, dass sich Hausärzte von Betriebsärzten kritisiert fühlen, wenn diese ihnen im Betrieb erhobenen Befunde mitteilen <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (2/1)	<0,01	3,3 (1,4-7,6)
16. Zustimmung, dass Betriebsärzte die Arbeit von Hausärzten als hilfreich ansehen <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (4/3)	0,02	3,1 (1,2-8)
17. Zustimmung, dass Hausärzten häufig das für eine Arbeitsunfähigkeit erforderliche Wissen über die Tätigkeit des Patienten fehlt <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (4/2)	<0,01	3,1 (1,6-6,0)
18. Zustimmung, dass bei arbeitsplatzbezogenen Attesten der Schaden den Nutzen häufig überwiegt <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (4/2)	<0,01	3,4 (1,8-6,6)
19. Zustimmung, dass gerade bei Suchterkrankungen das Risiko hoch ist, dass Arbeitgeber durch Betriebsärzte ohne Zustimmung des Beschäftigten informiert werden <sup>2</sup>	LS 1 bis 5 (1/3)	<0,01	5,9 (2,3-14,7)
20. Zustimmung, dass Betriebsärzte preventive Leistungen von der Gesetzlichen Krankenversicherung vergütet bekommen sollen <sup>1</sup>	LS 1 bis 5 (4/1)	<0,01	2,0 (1,2-3,2)

\*Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin; HÄ – Hausärzte; OR – odds ratio mit 95%-Konfidenzintervall (KI); BÄ – Betriebsärzte; LS 1 bis 4 – Likert-Skala, 1 "sehr unwichtig" - 4 "sehr wichtig" (siehe Tabelle 4 bis 6); LS 1 bis 5 – Likert Skala, 1 "stimme gar nicht zu" - 5 "stimme voll zu" (siehe Tabelle 7 und 8).

## **4. Diskussion**

Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten scheint vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt mit einer steigenden Anzahl von älteren Arbeitnehmern bzw. steigenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten wichtiger zu werden (TKK 2013). Bisher existieren zur Zusammenarbeit von Betriebs- und Hausärzten wenige Daten. Auf Grundlage dieser Daten und den Ergebnissen von Fokusgruppeninterviews wurde ein Fragebogen entwickelt und eine postalische Querschnittbefragung durchgeführt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Studie diskutiert. Dabei wird der Fokus vor allem auf den Variablen liegen, die in der abschließenden multivariaten Analyse übrig geblieben sind (siehe Tabelle 9). Die Daten werden zum einen mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppeninterviews (Moßhammer 2012, 2014) verglichen und zum anderen mit den Ergebnissen aus den wesentlichen internationalen Studien (Buijs 1999, Rijkenberg 2013b, Verger 2014)

### **4.1. Studiendesign**

In der Studie konnten erstmals in Deutschland quantitative Ergebnisse zu den Erfahrungen und Sichtweisen von Betriebsärzten und Hausärzten zu ihrer Kooperation gewonnen werden und damit die Ergebnissen aus der Literaturübersicht und den Fokusgruppeninterviews weiter differenziert werden (Moßhammer 2011, 2012, 2014). Durch das Studiendesign und die konsequente Umsetzung von in der Literatur gängigen Regeln zur Erhöhung des Rücklaufs bei postalischen Befragungen (Edwards 2002, Thorpe 2009) konnten insgesamt 497 Ärzte zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Der hohe Rücklauf von 48 % (n=184) unter den Betriebsärzten bzw. 31 % (n=313) unter den Hausärzten deutet auf ein generelles Interesse der Kollektivgruppen am Thema der Studie hin. Die relativ große Anzahl an Teilnehmern reduziert die Wahrscheinlichkeit von zufälligen Fehlern in der Studie und erhöht die Validität der Ergebnisse (Kreienbrock und Schach 2000).



#### **4.2. Kollektivbeschreibung (Tabelle1)**

Der Anteil von Frauen war in beiden Kollektivgruppen ungefähr gleich hoch: Unter den teilnehmenden Betriebsärzten war ihr Anteil mit 44 % leicht erhöht gegenüber 40 % unter den Hausärzten. Dies entspricht in etwa der Geschlechterverteilung innerhalb der gesamten Ärzteschaft in Deutschland. 42 % aller approbierten Ärzte sind Frauen (BÄK 2012).

Bei nicht teilnehmenden Betriebsärzten lag der Frauenanteil bei 39 % (im Gegensatz zu dem Anteil von 44 % Frauen bei den teilnehmenden Betriebsärzten) und bei nicht teilnehmenden Hausärzten lag dieser Wert bei 35 % (im Gegensatz zu dem Anteil von 40 % unter teilnehmenden Hausärzten). Weibliche Betriebsärzte bzw. Hausärzte nahmen folglich häufiger an der Studie teil als ihre männlichen Kollegen.

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Betriebsärzte mit 53 Jahren entspricht ungefähr dem der teilnehmenden Hausärzte mit 54 Jahren. In Deutschland wird das Durchschnittsalter aller niedergelassenen Ärzte mit 53 Jahren angegeben (BÄK 2012). Damit befinden sich die Teilnehmer im Durchschnitt.

Mehr als jeder dritte Betriebsarzt gab an, Facharzt für Allgemeinmedizin zu sein bzw. 21 % gaben an, Facharzt für Innere Medizin zu sein. Umgekehrt gaben nur 2 % der Hausärzte an, Facharzt für Arbeitsmedizin zu sein. Damit scheint ein Teil der Betriebsärzte eine ähnliche Ausbildung durchlaufen zu haben wie sie teilnehmende Hausärzte ebenfalls durchlaufen haben (Landesärztekammer BW 2006).

#### **4.3. Rücklauf (Tabelle 1), Angaben zum letzten gegenseitigen Kontakt (Tabelle 2) und Kontaktart (Tabelle3)**

Erfreulicherweise wurden in der Befragung ziemlich hohe Rücklaufquoten erreicht. An der Studie nahmen 48 % der angeschriebenen Betriebsärzte und 31 % der angeschriebenen Hausärzte teil (siehe Tabelle 1). Die Rücklaufquote unter Betriebsärzten ist damit klar höher als die Rücklaufquote unter Hausärzten. Dieser klare Unterschied könnte verschiedene Gründe haben: Zum einen wurde dem Anschreiben für Betriebsärzte ein Begleitschreiben des

Verbandes Deutscher Werks- und Betriebsärzte (VDBW) beigelegt. In diesem Schreiben bat der Verband alle Betriebsärzte um deren Teilnahme an der Studie. Zum anderen scheinen Betriebsärzte generell sensibler für die Interaktion mit Hausärzten zu sein als diese: Betriebsärzte gaben eine höhere Zustimmung zur Notwendigkeit und zur Verbesserung der Zusammenarbeit an als Hausärzte (OR=12 bzw. 3, siehe Tabelle 9, Variable 4 bzw. 5). Darüber hinaus gaben Betriebsärzte häufiger an, Telefonkontakt zu Hausärzten gehabt zu haben (OR=16.6, siehe Tabelle 9, Variable 6). 91 % der Betriebsärzte, aber nur 49 % der Hausärzte gaben dies an (siehe Tabelle 3, Variable 1). Betriebsärzte scheinen generell mehr Kontakt zu Hausärzten zu haben als umgekehrt. Unter den teilnehmenden Betriebsärzten gaben 56 % an, in den letzten vier Wochen Kontakt zu einem Hausarzt gehabt zu haben. Unter den teilnehmenden Hausärzten gaben dies hingegen nur 18 % an, bzw. 14 % gaben an, noch nie mit einem Betriebsarzt Kontakt gehabt zu haben. In der Studie gab keiner der teilnehmenden Betriebsärzte an, dass er noch nie Kontakt zu einem Hausarzt gehabt habe (siehe Tabelle 2, Variable 5).

Der telefonische Kontakt stellt in der vorliegenden Studie die am häufigsten angegebene interkollegiale Kontaktart dar (siehe Tabelle 3, Variable 1). Vergleichbare Ergebnisse lieferte eine Onlineumfrage unter Betriebsärzten und Hausärzten in Österreich, in der sich das Telefon ebenso als das von den Ärzten am häufigsten genutzte Kontaktmedium herausstellte (Rijkenberg 2013b). Als zweithäufigstes und damit beinahe ebenso wichtiges Kontaktmedium wurde in dieser Studie die Email genannt. In der vorliegenden Studie wurde nicht nach einem stattgefundenen Emailkontakt gefragt. Weniger wichtig für die Kommunikation mit Betriebsärzten scheinen für Hausärzte der Kurzarztbrief und die Befundmitteilung zu sein. 18 % bzw. 30 % der Hausärzte gaben diese Kontaktarten an (siehe Tabelle 3, Variable 2 bzw. 3). Die Kommunikation mit Betriebsärzten über Kurzarztbriefe bzw. Befundmitteilungen bedeuten für Hausärzte zusätzliche Arbeit, die diese scheinbar meiden.

#### **4.4. Bedeutung inhaltlicher Nahtstellen für die Kooperation von Betriebsärzten und Hausärzten (Tabelle 4)**

In Tabelle 4 sind die Angaben der Teilnehmer zur Bedeutung inhaltlicher Nahtstellen ihrer Kooperation aufgelistet. Die Ergebnisse der einzelnen Variablen sind in der Tendenz ähnlich. Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte bewerteten die aufgelisteten Variablen als eher wichtig. Ausnahmen sind „Primärprävention“ und „Geplante Änderung der Arbeitsbedingungen“. Die potentielle Nahtstelle Primärprävention scheint nach den Ergebnissen der Studie kein Problemfeld zu sein (Median ist in beiden Gruppen 2, bedeutet eher unwichtig). Die multivariate Analyse ergab jedoch eine leichte Tendenz, dass diese Variable von Hausärzten als wichtiger gewertet wurde (OR=2.8 siehe Tabelle 9, Variable 8). In den Fokusgruppeninterviews wurden Impfungen, als ein typisches Beispiel für Primärprävention, als Problemfeld zwischen Betriebsärzten und Hausärzten beschrieben (Moßhammer 2012, 2014). Die Situation wurde als „Impfeschlachtfeld“ charakterisiert, auf dem beide Fachrichtungen miteinander konkurrierten. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung bestätigen diese Einschätzung nicht.

Rivalität zeigt sich in der vorliegenden Studie, wenn es um die Vergütung geht (siehe letzte Variable in Tabelle 7): Betriebsärzte stimmten klar für eine Bezahlung von durch sie selbst erbrachte primärärztlichen Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung, Hausärzte stimmten klar dagegen. Diese Tatsache könnte man in einem monetären Zusammenhang sehen. Hausärzte haben kein Problem mit Betriebsärzten auf dem Feld der Primärprävention, solange die Kosten für erbrachte Leistungen der Betriebsärzte nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Hausärzte scheinen keine Ressourcen an Betriebsärzte abgeben zu wollen.

Es bleibt offen, warum Hausärzte die „Geplante Änderung von Arbeitsbedingungen“ für die Zusammenarbeit als wichtig erachten und Betriebsärzte eher nicht. Einerseits gibt die große Mehrheit von befragten Betriebsärzten und Hausärzten in einer telefonischen Querschnittstudie aus Frankreich an, dass die Besprechung von Arbeitsbedingungen zu den Aufgaben von Hausärzten gehöre (Verger 2014). Andererseits gaben in

derselben Studie 50 % der Hausärzte an, dass sie noch nie einen Betriebsarzt kontaktiert hätten, um Informationen über die Bedingungen am Arbeitsplatz eines Patienten in Erfahrung bringen zu können.

In den Fokusgruppeninterviews wurden Zweifel an der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht von Betriebsärzten gegenüber Arbeitgebern genannt, besonders im Zusammenhang mit Suchterkrankungen (Moßhammer 2012, 2014). In der vorliegenden Studie werteten Betriebsärzte als auch Hausärzte „Suchterkrankungen bei Beschäftigten“ als sehr wichtig in Bezug auf die Bedeutung für ihre Kooperation (siehe Tabelle 4, Variable 6). „Gewährleistung der Schweigepflicht“ wurde ebenfalls von beiden Gruppen als sehr wichtig eingestuft (siehe Tabelle 6). Diesen Wertungen scheinen allerdings unterschiedliche Gründe implizit zu sein: die Zustimmung beider Gruppen zu den Aussagen zur ärztlichen Schweigepflicht und zu Suchterkrankungen bei Beschäftigten (siehe Tabelle 7, Variable 5 bzw. 13) sind beinahe entgegengesetzt. Für Betriebsärzte scheint die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht kein Problem zu sein. Für sie scheint dies eher eine Selbstverständlichkeit zu sein. Im Gegensatz dazu scheinen Hausärzte in diesem Zusammenhang Betriebsärzten zu misstrauen. Für sie scheint das Thema wichtig zu sein, weil sie bei der Einhaltung der Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber offensichtlich Defizite im Verhalten von Betriebsärzten vermuten. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen der oben erwähnten Telefonumfrage aus Frankreich überein: 60 % der Hausärzten gaben an, dass Hausärzte gegenüber Betriebsärzten Misstrauen hätten und 60 % der befragten Hausärzte gaben in der selben Studie an, dass sie bei Patienten, welche Probleme mit Alkohol oder anderen Suchterkrankungen haben, niemals den Betriebsarzt kontaktierten (Verger 2014).

In unserer Studie wurde sowohl „Rehabilitation“ als auch „Stufenweise Wiedereingliederung“ als potentielle inhaltliche Nahtstelle in der Zusammenarbeit zwischen beiden Arztgruppen als sehr wichtig bzw. wichtig angesehen (Median bei Betriebsärzten jeweils 4 und bei Hausärzten jeweils 3, siehe Tabelle 4, Variable 2 bzw. 3). In der multivariaten Regressionsanalyse zeigte sich eine leichten Tendenz dahin, dass Rehabilitation unter

Betriebsärzten als wichtiger gewertet wurde (OR=2.6, siehe Tabelle 9, Variable 7). In der oben genannten französischen Studie gaben 59% der befragten Betriebsärzte und 56 % der befragten Hausärzte an, dass die Hilfe für den Patienten bei dessen Rückkehr nach Krankheitsausfall an den Arbeitsplatz zur Rolle von Hausärzten im Gesundheitssystem gehöre (Verger 2014). In einer Online Umfrage in Österreich bewerteten teilnehmende Betriebsärzte und Hausärzte den gegenseitigen Kontakt auf dem Arbeitsfeld der Rehabilitation als bedeutsam (Rijkenberg 2013b). Darüber hinaus gaben die Mediziner an, dass dieser Kontakt im Berufsalltag noch zu wenig zustande komme. Entsprechend einer kürzlich erschienenen deutschen Literaturübersicht zu Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag ist die suboptimale Patientenversorgung wahrscheinlich unter anderem durch eine ineffiziente Kooperation zwischen den einzelnen Beteiligten am Prozess der Wiedereingliederung verursacht (Völter-Mahlknecht 2014). Im internationalen Vergleich ist allerdings zu bedenken, dass die Nahtstellen und Zuständigkeiten im Rehabilitationsprozess in den verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgestaltet sein können. Den Rehabilitationsprozess und die Reintegration betreffen vor allem chronisch kranke Patienten/Arbeitnehmer. Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte bewerteten die „Begleitung chronisch Kranker“ als wichtig. Betriebsärzte sehen diesen Punkt in der Tendenz als wichtiger an (OR=3.5 siehe Tabelle 9, Variable 9).

#### **4.5. Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung der Kooperation von Betriebsärzten und Hausärzten**

In Tabelle 5 sind die Angaben der Teilnehmer zur Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung ihrer Kooperation dargestellt. Alle Variablen werden sowohl von Betriebsärzten als auch von Hausärzten als eher wichtig erachtet.

Die schlechte gegenseitige Erreichbarkeit wurde als ein häufiges Hindernis für eine bessere Kooperation in den Fokusgruppeninterviews genannt (Moßhammer 2012). Besonders bedeutsam scheint in diesem Zusammenhang die telefonische Erreichbarkeit zu sein. Der telefonische Kontakt stellt in der vorliegenden Studie die am häufigsten angegebene interkollegiale Kontaktart

dar (siehe Tabelle 3, Variable 1). In einer niederländischen Studie gaben 40 % der befragten Betriebsärzte an, dass die schwierige telefonische Erreichbarkeit von Hausärzten ein wichtiges Hindernis für die Kooperation zwischen den Fachrichtungen sei (Buijs 1999).

Eine gute Erreichbarkeit von Hausärzten und Betriebsärzten sehen beide Arztgruppen in der vorliegenden Studie als wichtig für die Gestaltung der Zusammenarbeit an. Besonders beim Thema Rehabilitation und Wiedereingliederung scheint eine mangelhafte Kommunikation zwischen den beteiligten Professionen hinderlich für den Erfolg des Prozesses zu sein (Völter-Mahlknecht 2014). Bei der Betrachtung der Ergebnisse weiterer Variablen zum Themenkomplex Kommunikation wird deutlich, dass sich beide Arztgruppen der zentralen Rolle des Themas für das Funktionieren einer effizienten Zusammenarbeit bewusst sind. In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls als wichtig für die Gestaltung der Zusammenarbeit gewertet: Kenntnis des Betriebsarztes beim Hausarzt, Befundmitteilung, Kurzarztbriefe, mündliche Kommunikation über Befunde und Abstimmung über das weitere Vorgehen. Dennoch gaben in der Umfrage nur 18 % der Hausärzte an, über einen Kurzarztbrief schon einmal Kontakt mit einem Betriebsarzt gehabt zu haben bzw. bei nur 30 % entstand dieser Kontakt durch eine Befundmitteilung. Umgekehrt gaben 45 % der Betriebsärzte an, über einen Kurzarztbrief bzw. 58 % über eine Befundmitteilung Kontakt zu einem Hausarzt gehabt zu haben. Auf der einen Seite bewerteten Hausärzte diese Variablen als wichtig, auf der anderen Seite gaben sie aber an, dass sie im realen Arbeitsleben eher selten davon Gebrauch machten bzw. selten damit konfrontiert seien. Das Bewusstsein für das Thema scheint unter Hausärzten somit vorhanden zu sein, eine tatsächliche Umsetzung scheint allerdings eher selten stattzufinden.

#### **4.6. Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen der Kooperation von Betriebs- und Hausärzten (Tabelle 6)**

In Tabelle 6 sind die Angaben der Teilnehmer zur Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen ihrer Kooperation dargestellt. Die Variablen wurden hauptsächlich als eher wichtig gewertet. Eine Ausnahme ist die Bewertung von

„Vergütung des Betriebsarztes für Kommunikation mit dem Hausarzt“ durch die Betriebsärzte. Diese sehen die Vergütung als eher unwichtig an. Die fehlende Vergütung scheint für Betriebsärzte kein Hindernis für eine Kontaktaufnahme mit Hausärzten zu sein. Hausärzte würden Betriebsärzten in diesem Fall eine Vergütung zugestehen (Median von 2 bzw. 3, siehe Tabelle 6, Variable 4). Umgekehrt betrachten Betriebsärzte die Vergütung von Hausärzten für deren Kommunikation mit ihnen als eher wichtig, ebenso wie die Hausärzte selbst (beide Median 3, siehe Tabelle 6, Variable 1). In den Fokusgruppen wurde von Hausärzten die Einführung einer finanziellen Vergütung des interkollegialen Kontakts als ein Verbesserungsvorschlag für die Zusammenarbeit genannt (Moßhammer 2014). In den Niederlanden wünschten sich 67 % der befragten Hausärzte und 32 % der befragten Betriebsärzte eine finanzielle Entschädigung für die Zusammenarbeit (Buijs 1999). Diese Ergebnisse decken sich mit den Erkenntnissen aus der vorliegenden Studie. Der fehlende finanzielle Ausgleich für Hausärzte für deren Kommunikation mit Betriebsärzten könnte eine Erklärung sein, warum Hausärzte auf der einen Seite angaben, Befundmitteilungen, Kurzarztbriefe etc. für die Gestaltung der Zusammenarbeit mit Betriebsärzten als wichtig zu erachten, auf der anderen Seite aber ebenso angaben, dass sie diese Möglichkeiten eher selten zur Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten nutzten. Hausärzte scheinen es wichtig zu finden, mit Betriebsärzten Kommunikation zu haben. Fehlende finanzielle Anreize scheinen aber im Alltag eine Kontaktaufnahme von Seiten der Hausärzte mit Betriebsärzten zu verhindern. Die Betriebsärzte könnten ähnlich denken. Sie erachten die eigene Vergütung für die Kommunikation mit Hausärzten als eher unwichtig, während sie die Vergütung der Hausärzte als eher wichtig ansehen (siehe Tabelle 6, Variable 1 bzw. 4).

Als sehr wichtig erachteten die befragten Betriebsärzte die gesetzliche Regelung zur Beteiligung von Betriebsärzten bei der stufenweisen Wiedereingliederung (Median 4, siehe Tabelle 6, Variable 2). Hausärzte bewerteten diese Variable als wichtig (Median 3, siehe Tabelle 6, Variable 2). In den Fokusgruppen bemängelten Betriebsärzte, dass sie zu wenig in den Prozess der Wiedereingliederung eingebunden seien (Moßhammer 2012). Es

wurde ein starker Wunsch nach mehr Beteiligung von Seiten der Betriebsärzte auf diesem Arbeitsfeld deutlich. Dies erklärt die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung von Seiten der Betriebsärzte in der aktuellen Studie. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die volle Zustimmung der Betriebsärzte in der vorliegenden Studie, zur Einbindung von Betriebsärzten bei der stufenweisen Wiedereingliederung. Hausärzte stimmten ebenfalls zu (Median von Betriebsärzte 5 und von Hausärzte 4 siehe Tabelle 7). Sie scheinen eine engere Einbindung von Betriebsärzten bzw. eine engere Kooperation auf diesem Feld ebenfalls als sinnvoll zu erachten.

#### **4.7. Zustimmung der Betriebsärzte und Hausärzte zu den einzelnen Aussagen ihrer potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten (Tabelle 7)**

In Tabelle 7 ist die Zustimmung der Befragten zu verschiedenen Aussagen zu ihren potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten dargestellt.

Die Wichtigkeit einzelner Themen zur Zusammenarbeit generell, zu Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit und zur Gestaltung der Zusammenarbeit wurde von beiden Kollektivgruppen größtenteils mit ähnlicher Tendenz beantwortet. Unterschiede in der Bewertung zeigen sich bei wenigen Variablen.

Im Gegensatz dazu ist die Zustimmung zu den charakteristischen Aussagen von Betriebsärzten und Hausärzten häufig unterschiedlich bzw. entgegengesetzt. Der Median der Ergebnisse von 16 der insgesamt 17 Variablen unterscheiden sich bei Betriebsärzten und Hausärzten. Auch die Zustimmung zu den einzelnen Variablen variiert.

Für die folgenden zwei Variablen war die Bewertung diametral: erstens stimmten Betriebsärzte zu, dass Hausärzten häufig das für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderliche Wissen über die Tätigkeit des Patienten fehle und Hausärzte stimmten nicht zu (siehe Tabelle 7, Variable 10). Zweitens glauben Betriebsärzte, dass bei Arbeitsplatzbezogenen Attesten von Hausärzten der Schaden häufig den Nutzen überwiege und Hausärzte glauben das nicht (siehe Tabelle 7, Variable 12).



Zu erstens: Hausärzte haben im Gesundheitssystem in Deutschland die Rolle des Weichenstellers. Das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gehört zu den alltäglichen Tätigkeiten eines Hausarztes. Für gewöhnlich betrachten Hausärzte ihre Patienten mit jeweils eigener Krankengeschichte und Lebenssituation gründlich (LeTrilliart und Barrau 2012, Wynne-Jones 2010).

Zu zweitens: Für den Arbeitnehmer kann es problematisch werden, wenn er seinem Arbeitgeber ein vom Hausarzt bescheinigtes arbeitsplatzbezogenes Attest überreicht, welches ihm die Durchführung von bestimmten Tätigkeiten untersagt. Arbeitgeber können dann argumentieren, dass sie keine andere Arbeit für den Beschäftigten hätten und der Arbeitsplatz des Betroffenen kann damit in Gefahr geraten. Hausärzte scheinen sich dieser Gefahr, nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie, tatsächlich nicht bewusst zu sein.

In den Niederlanden gibt zu diesem Thema beinahe die Hälfte der befragten Betriebsärzte an, dass Hausärzte nicht realisieren, dass unnötig ausgestellte Krankschreibungen dem Patienten schaden können und ein wichtiges Hindernis für eine Zusammenarbeit der Professionen darstelle (Buijs 1999).

Variablen, welche die Rivalität zwischen Betriebsärzten und Hausärzten betreffen (außer monetäre Belange) wurden in den Fragebogen aufgenommen, weil sie von Ärzten, welche sowohl betriebsärztlich als auch hausärztlich tätig sind, in den Fokusgruppen genannt wurden (Moßhammer 2012). Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie scheint das Thema für die Beteiligten kein Problem darzustellen – Betriebsärzte und Hausärzte stimmten nicht zu, gegenseitige Konkurrenten zu sein. Dennoch zeigen sich leichte Unterschiede in der Bewertung (Median von 2 durch BÄ und 1 durch HÄ, siehe Tabelle 7, Variable 4) und in der multivariaten Regressionsanalyse (OR=2.6 siehe Tabelle 9, Variable 13). Darüber hinaus wurde die Arbeit von Betriebs- und Hausärzten gegenseitig als hilfreich angesehen (siehe Tabelle 7, Variable 6 bzw. 8). Beide Kollektivgruppen stimmten nicht zu, dass sich Hausärzte durch Betriebsärzte kritisiert fühlten, wenn diese im Betrieb erhobene Befunde übermitteln (siehe Tabelle 7, Variable 7). Leichte Differenzen in der Bewertung der Aussagen reflektieren die unterschiedliche Wahrnehmung zwischen den Fachrichtungen.

In den Fokusgruppen zeigte sich, dass unter Hausärzten teilweise ein gewisses Misstrauen gegenüber Betriebsärzten herrscht (Moßhammer 2012). Dieses Misstrauen betraf vor allem die ärztliche Schweigepflicht und potentielle Interessenkonflikte von Betriebsärzten. Dieser Eindruck scheint sich durch folgende Ergebnisse der quantitativen Studie zu bestätigen: zum einen zweifeln Hausärzten an der Einhaltung der Schweigepflicht durch Betriebsärzte gegenüber dem Arbeitgeber, insbesondere bei Suchterkrankungen. Zum anderen scheinen Hausärzte unsicher zu sein, in wessen Interessen Betriebsärzte handeln. Sie sind der Meinung, dass bei der betriebsärztlichen Betreuung eher das Wohl des Betriebes als das des einzelnen Patienten/Beschäftigten im Vordergrund stehe und Betriebsärzte stimmten dieser Aussage gar nicht zu (Median 3 bzw. 1, siehe Tabelle 7, Variable 1). Die Ergebnisse der niederländischen Studie sind ähnlich: Beinahe 50% der befragten Hausärzte gaben an, dass Hausärzte denken, dass Betriebsärzte dem Arbeitgeber mehr dienen als dem Arbeitnehmer (Buijs 1999). In derselben Studie stimmten über die Hälfte der befragten Betriebsärzte zu, dass Hausärzte nicht wissen, was sie von Betriebsärzten erwarten können. Diese Ergebnisse spiegeln ein Misstrauen von Hausärzten gegenüber Betriebsärzten wieder.

#### **4.8. Abschließende Einschätzung von Betriebsärzten und Hausärzten**

##### **(Tabelle 8)**

In Tabelle 8 ist die Zustimmung der Befragten zu den drei abschließenden Aussagen dargestellt. Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte sehen ihre Aufgabenbereiche als klar getrennt an. Diese Auffassung ist im Zusammenhang mit den Bewertungen der Variablen aus Tabelle 7 zu sehen: beide Arztgruppen sehen sich nicht als Konkurrenten an, sondern betrachten ihre Arbeit gegenseitig eher als hilfreich. Darüber hinaus denken Betriebsärzte nicht, dass sich Hausärzte in betriebsärztliche Tätigkeiten einmischen und Hausärzte denken umgekehrt nicht, dass Betriebsärzte zu viele Leistungen erbringen, die in den hausärztlichen Bereich gehören. Diese eindeutigen Auffassungen unter beiden Kollektivgruppen stellen eine wichtige Voraussetzung für eine mögliche Intensivierung der Zusammenarbeit dar.

Trotz der geäußerten Wünsche nach einer Verbesserung der Zusammenarbeit bzw. nach einer Intensivierung der Zusammenarbeit, gab es von Seiten der Hausärzte in den Fokusgruppeninterviews auch kritische Stimmen bezüglich der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit Betriebsärzten bzw. der Verbesserung der Zusammenarbeit (Moßhammer 2014). Es scheint sich dabei tatsächlich um einzelne Stimmen von nur wenigen Hausärzten zu handeln. In der aktuellen Studie stimmten sowohl Betriebsärzte, als auch Hausärzte der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit sowie zu deren Verbesserung eindeutig zu (siehe Tabelle 8, Variable 2 bzw.3). Die beschriebene Zustimmung ist bei diesen beiden Variablen unter den Betriebsärzten signifikant höher als unter den Hausärzten (Median 5 bzw. 4, siehe Tabelle 7, Variable 2 und 3).

Es gab wenige Hausärzte, die einer Zusammenarbeit mit Betriebsärzten ablehnend gegenüber stehen. (Spannweite 1-5, siehe Tabelle 7, Variable 2). Im Gegensatz dazu scheint unter Betriebsärzten eine Gruppe mit ablehnender Haltung gegenüber der Zusammenarbeit mit Hausärzten nicht zu existieren (Spannweite 3-5, siehe Tabelle 7, Variable 2).

Diese Ergebnisse der Studie stimmen mit denen der internationalen Studien überein. In Österreich stimmten über 90 % der befragten Betriebs- und Hausärzte zu, dass die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen wichtig sei (Rijkenberg 2013b). In Frankreich stimmten ungefähr 85 % der teilnehmenden Betriebsärzte und beinahe 75 % der teilnehmenden Hausärzte der Aussage zu, dass Hausärzte dem Dialog mit Betriebsärzten offen gegenüber stünden (Verger 2014). In derselben Studie stimmten über 80 % der Betriebsärzte und mehr als 70 % der Hausärzte zu, dass Hausärzte gerne mit Betriebsärzten zusammenarbeiten würden. In den Niederlanden gaben mehr als 80% über beide Berufsgruppen hinweg an, dass Sie sich mehr Zusammenarbeit wünschen würden (Buijs 1999).

#### **4.9. Limitationen der Studie**

In der vorliegenden Studie können erstmals Aussagen über das Ausmaß von Barrieren und Hindernissen für die Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Hausärzten in Baden-Württemberg gemacht werden. Durch den quantitativen

Ansatz können einzelne Themen in Bezug auf deren Relevanz/Wichtigkeit für die Zusammenarbeit beider Arztgruppen, miteinander verglichen werden. Die Ergebnisse der Studie lassen allerdings keine eindeutigen Rückschlüsse auf die einzelnen Beweggründe für die Bewertung der jeweiligen Variablen durch die Teilnehmer zu. Warum die Teilnehmer eine Variable als eher wichtig oder eher unwichtig betrachteten bzw. einer Aussage zustimmten oder nicht zustimmten, bleibt offen, soweit keine entsprechenden Aussagen aus dem qualitativen Material hierzu vorliegen. Es bleibt ebenso offen, warum Ärzte an der Studie teilnahmen bzw. warum sie nicht daran teilnahmen und welche Gründe sie hierfür haben. Inwieweit Teilnehmer den Fragebogen im Sinne einer sozialen Erwünschtheit ausgefüllt haben bleibt unklar. Vor allem die durchgehende Tendenz Variablen als eher wichtig zu bewerten, könnte ein Hinweis für diese Art von Verzerrung der Ergebnisse sein. Gegen diese Vermutung spricht die Tatsache, dass die charakteristischen Aussagen von beiden Kollektivgruppen teils klar unterschiedlich bewertet wurden und sich auch deutlich Unterschiede im Grad der Zustimmung der Betriebsärzte bzw. Hausärzte zu den einzelnen Aussagen zeigen. Gegen eine Verzerrung durch soziale Erwünschtheit spricht auch, dass die Studie anonymisiert durchgeführt. Diese Tatsache wurde im Begleitschreiben erwähnt.

Die Teilnahme war für die Ärzte freiwillig und erbrachte für sie keine direkten bzw. indirekten Vorteile oder Nachteile. Im Rahmen des Pretest zeigte sich, dass für die Bearbeitung des Fragebogens ungefähr 10 Minuten Zeit verwendet werden musste. Es könnte sein, dass diesen Aufwand vor allem Ärzte auf sich genommen haben, die dem Thema der Studie aufgeschlossen und wohlwollend gegenüberstehen und damit die Bewertungen durch eine positive Tendenz beeinflussten. Allerdings sprechen die Bewertungen einzelner Variablen wie zum Beispiel Primärprävention, welche als eher unwichtig eingestuft wurde, gegen einen Selektionsbias.

#### **4.10. Zusammenschau der Diskussion**

Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte erachten ihre Zusammenarbeit als wichtig und wünschen sich eine Verbesserung. Die Zustimmung ist unter

Betriebsärzten höher als unter Hausärzten und unter ihnen scheint es keine Gruppe zu geben, die einer Zusammenarbeit skeptisch gegenübersteht, wie es sie unter den Hausärzten zu geben scheint. Ihre Arbeitsbereiche sehen beide Arztgruppen als klar getrennt an. Betriebsärzte und Hausärzte sehen die gelisteten Variablen zu den Themen inhaltliche Nahtstellen, Gestaltung bzw. Rahmenbedingungen ihrer Kooperation überwiegend als eher wichtig an. Die Zustimmung unter den Befragten zu den Aussagen zu ihren potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten wurden teils klar unterschiedlich beantwortet. Dies könnte ein Hinweis für eine unterschiedliche Wahrnehmung zwischen beiden Berufsgruppen sein.

Bestimmte Erkenntnisse aus den Vorarbeiten wurden in der vorliegenden quantitativen Arbeit bestätigt: Betriebsärzte wünschen sich eine stärkere Einbindung in den Prozess der Rehabilitation und Wiedereingliederung. Betriebsärzte unterstellen den Hausärzten mangelndes Wissen bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und fehlende Kenntnis der Auswirkungen von arbeitsplatzbezogenen Attesten für den Patienten/Beschäftigten.

Hausärzte misstrauen Betriebsärzten beim Thema Schweigepflicht, Suchterkrankungen und Interessenskonflikten bei medizinischen Entscheidungen. Darüber hinaus scheinen sie an einer Vergütung für die Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten interessiert zu sein.

Andere Ergebnisse aus den Fokusgruppen konnte diese Studie nicht bestätigen: Zwischen Betriebsärzten und Hausärzten scheint es, außer in einem monetären Zusammenhang, kein Konkurrenzdenken zu geben bzw. es scheint keine Rivalität zu existieren. Unwichtig scheint in diesem Zusammenhang auch die potentiell problematische Nahtstelle Primärprävention zu sein.

## 5. Zusammenfassung

In Baden-Württemberg gibt es ungefähr 8000 Hausärzte mit einer Kassenzulassung und ca. 400 Betriebsärzte als VDBW-Mitglieder. Präventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsmaßnahmen sind Beispiele für überlappende Arbeitsgebiete von Hausärzten und Betriebsärzten. Hierzulande existiert die Kooperation beider Berufsgruppen erfahrungsgemäß lediglich in Ansätzen. Im Hinblick auf die gesellschaftlichen Veränderungen in Deutschland (Demographischer Wandel, Arbeitskräftemangel, steigende Arbeitsunfähigkeiten) scheint eine effiziente Zusammenarbeit beider Arztgruppen sinnvoll zu sein (TKK 2013).

Ziel der Studie war die quantitative Erhebung der Erfahrungen und Haltungen von Hausärzten und Betriebsärzten zu ihrer Zusammenarbeit.

Die Studie wurde in Form einer postalischen Versendung von Fragebögen im Zeitraum Februar bis Mai 2014 durchgeführt. Der dabei versendete Fragebogen wurde anhand von einer Literaturübersicht und einer qualitativen Arbeit in Form von Fokusgruppeninterviews zum Thema entwickelt (Moßhammer 2011, 2012, 2014). Die Auswahl der Hausärzte (n=1000) erfolgte durch eine Zufallsstichprobe auf der für freizugänglichen Internetseite der KVBW. Die Auswahl der Betriebsärzte (n=385) erfolgte durch den VDBW. Dieser kontaktierte alle seine Mitglieder unter 65 Jahre. Um den Rücklauf zu erhöhen wurde 4 Wochen nach Versendung der Fragebögen ein Erinnerungsschreiben an alle bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht teilnehmenden Ärzte versendet. Die Analyse der Daten erfolgte anonymisiert.

Der Rücklauf betrug 31 % (n=313) bei den Hausärzten und 48 % (n=184) bei den Betriebsärzten. 56 % der Betriebsärzte und 18 % der Hausärzte gaben an, dass ihr letzter interkollegialer Kontakt in den letzten vier Wochen erfolgt war. Der Kontakt erfolgte dabei vor allem telefonisch (91 % Betriebsärzte und 49 % Hausärzte). Im Median von 4 (Bewertungsskala: 1 „stimme gar nicht zu“ bis 5 „stimme voll zu“) gaben beide Berufsgruppen „klar getrennte Aufgabenbereiche“ an. Die Fragen, ob Zusammenarbeit notwendig sei oder verbessert werden müsse, wurden jeweils mit 4 (Hausärzte) bzw. 5 (Betriebsärzte) beantwortet (jeweils  $p < 0,001$ ; Wilcoxon-Rangsummentest). Potentielle Nahtstellen wurden

als eher wichtig bewertet (1 „sehr unwichtig“ bis 4 „sehr wichtig“); als eher unwichtig wurde die Primärprävention, wie Impfangebote, erachtet (2 bzw. 2). Angaben zur Gestaltung der Zusammenarbeit (z. B. Erreichbarkeit) oder Rahmenbedingungen (z. B. Vergütung für Kommunikation, Behandlungspfade) waren im Median meist 3. Unterschiedliche Haltungen zwischen Haus- und Betriebsärzten zeigten sich bei der Bewertung von charakteristischen Aussagen zur Zusammenarbeit beider Arztgruppen (Bewertungsskala: 1 „stimme gar nicht zu“ bis 5 „stimme voll zu“): „Betriebsärzte sollen präventive Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet bekommen“ wurde durch die Hausärzte im Median mit 1 und durch die Betriebsärzte mit 4 beantwortet bzw. „bei Arbeitsplatzbezogenen Attesten von Hausärzten überwiegt der Schaden den Nutzen“ durch die Hausärzte im Median mit 2 beantwortet und durch die Betriebsärzte mit 4 beantwortet.

Die Ergebnisse implizieren ein Interesse von Betriebsärzten und Hausärzten an einer Verbesserung und Intensivierung ihrer Zusammenarbeit. Ihre Arbeitsfelder betrachten beide Arztgruppen als klar getrennt. Außer in monetären Fragen scheint es keine Rivalität zwischen den Fachrichtungen zu geben. Sowohl Betriebsärzte als auch Hausärzte bewerten zahlreiche Themengebiete als wichtig für ihre Zusammenarbeit (stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitation, etc.). Das Feld der Primärprävention wird dagegen als eher unwichtig eingestuft. Divergente Bewertungen der Aussagen „arbeitsplatzbezogene Atteste“ und „Vergütung von präventiven Leistungen durch Betriebsärzte“ deuten auf grundsätzlich unterschiedliche Sichtweisen und Interessen zwischen beiden Fachrichtungen hin.

## 6. Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden- Württemberg
OR	Odds Ratio
RKI	Robert-Koch-Institut
TKK	Techniker Krankenkasse
VBW	Verband Bayrischer Wirtschaft
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werkärzte
WHO	World Health Organization







## 7. Tabellenverzeichnis





Tabelle 1: Charakteristika der Betriebsärzte (n=184)/Hausärzte (n=313).....	30
Tabelle 2: Angaben der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zu ihrem letzten gegenseitigen beruflichen Kontakt.....	31
Tabelle 3: Angaben der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Kontaktart.....	31
Tabelle 4: Angaben der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte zur Bedeutung inhaltlicher Nahtstellen ihrer Kooperation.....	32
Tabelle 5: Angaben der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Bedeutung einzelner Themen für die Gestaltung Ihrer Kooperation.....	33
Tabelle 6: Angaben der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zur Bedeutung einzelner Themen als Rahmenbedingungen ihrer Kooperation.....	34
Tabelle 7: Zustimmung der Betriebsärzte (n=184) und Hausärzte (n=313) zu den einzelnen Aussagen ihrer potentiellen Tätigkeitsfeldern und Zuständigkeiten .....	36
Tabelle 8: Abschließende Einschätzung von Betriebsärzten (n=184) und Hausärzten (n=313).....	36
Tabelle 9: Variablen, die positiv mit Betriebsärzten <sup>1</sup> /Hausärzten <sup>2</sup> assoziiert sind.....	37

## 9. Anhang




### Fragebogen an Betriebsärzte Seite 1

				
<p><b>Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an:</b> Institut Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen Wilhelmstraße 27 72074 Tübingen</p> <p>oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!</p>				
<h3>Fragebogen zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten</h3>				
<p><b>1a. Wann hatten Sie zuletzt beruflich Kontakt mit einem Hausarzt?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten vier Wochen  <input type="checkbox"/> vor weniger als sechs Monaten  <input type="checkbox"/> vor weniger als zwölf Monaten  <input type="checkbox"/> vor mehr als zwölf Monaten  <input type="checkbox"/> noch nie         </p>				
<p><b>1b. Falls Sie schon einmal Kontakt zu einem Hausarzt hatten: wie er folgte dieser?</b> (Mehrfachantworten möglich)</p> <p> <input type="checkbox"/> telefonisch  <input type="checkbox"/> über einen Kurzarztbrief  <input type="checkbox"/> über eine Befundmitteilung  <input type="checkbox"/> über einen vom Patienten mitgebrachten medizinischen Befund  <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich .....         </p>				
<p><b>2. Potentielle inhaltliche Nahtstellen zwischen Hausärzten und Betriebsärzten:</b> Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Themen?</p>				
	<b>Sehr unwichtig</b>		<b>Sehr wichtig</b>	
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Primärprävention (z.B. Impfangebote)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Umgang mit auffälligen Befunden	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Suchterkrankung bei Beschäftigten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Begleitung chronisch Kranker	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Fehlzeiten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Umgang mit auffälligen Mitarbeitenden	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Geplante Änderungen von Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Sonstiges, nämlich .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>




## Anhang: Fragebogen an Betriebsärzte Seite 2

				
<p><b>Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an:</b> Institut Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen Wilhelmstraße 27 72074 Tübingen</p> <p><b>oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!</b></p>				
<p><b>3. Gestaltung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten: Für wie wichtig erachten Sie folgende Themen?</b></p>				
	<b>Sehr unwichtig</b>		<b>Sehr wichtig</b>	
Kenntnis des zuständigen Betriebsarztes beim Hausarzt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Gute Erreichbarkeit des <u>H</u> ausarztes (z.B. telefonisch)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Gute Erreichbarkeit des <u>B</u> etriebsarztes (z.B. telefonisch)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Befundmitteilungen (z.B. Kopie von Laborergebnis)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Kurzarztbriefe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Mündliche Kommunikation über Befunde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Abstimmung über das weitere Vorgehen bei einem Beschäftigten	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Klare Definitionen der Zuständigkeiten („Schuster bleib bei deinen Leisten.“)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Sonstiges, nämlich .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<p><b>4. Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten: Für wie wichtig erachten Sie folgende Themen?</b></p>				
	<b>Sehr unwichtig</b>		<b>Sehr wichtig</b>	
Vergütung des Hausarztes für Kommunikation mit Betriebsarzt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Gesetzliche Regelungen zur Beteiligung des Betriebsarztes bei stufenweiser Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Strukturierte Behandlungspfade (z. B. bei chronischen Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Vergütung des Betriebsarztes für Kommunikation mit Hausarzt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Gewährleistung der Schweigepflicht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Sonstiges, nämlich .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## Anhang: Fragebogen an Betriebsärzte Seite 3

					
<p><b>Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an:</b> Institut Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen Wilhelmstraße 27 72074 Tübingen</p> <p><b>oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!</b></p>					
<p><b>5. Nachfolgend werden Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten von Hausärzten und Betriebsärzten sowie die Zusammenarbeit beider Arztgruppen durch kurze Aussagen charakterisiert. Bitte geben Sie jeweils an, in welchem Umfang Sie der Aussage zustimmen.</b></p>					
	<b>Stimme gar nicht zu</b>	<b>Stimme voll zu</b>			
Bei der betriebsärztlichen Betreuung steht eher das Wohl des Betriebes als das des einzelnen Patienten / Beschäftigten im Vordergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte tendieren dazu, ihre Patienten durch Krankschreibung vor der Arbeit zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte mischen sich in die betriebsärztliche Tätigkeit ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte sehen Betriebsärzte als Konkurrenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht ein hohes Risiko, dass sich Betriebsärzte gegenüber dem Arbeitgeber nicht an die ärztliche Schweigepflicht halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte sehen die Arbeit von Betriebsärzten als hilfreich an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte fühlen sich vom Betriebsarzt kritisiert, wenn dieser im Betrieb erhobene auffällige Befunde an sie übermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte sehen die Arbeit von Hausärzten als hilfreich an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte erbringen zu viele Leistungen, die in den hausärztlichen Bereich gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzten fehlt häufig das für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderliche Wissen über die Tätigkeit des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte haben beim „Stückeln“ von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen häufig die Bedürfnisse des Betriebs nicht im Blick.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei arbeitsplatzbezogenen Attesten von Hausärzten überwiegt der Schaden häufig den Nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerade bei Suchterkrankungen ist das Risiko hoch, dass Arbeitgeber durch Betriebsärzte ohne Zustimmung des Beschäftigten informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) sollten Betriebsärzte eingebunden werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte mischen sich in das hausärztliche Tätigkeitsfeld ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die engere Kooperation von Haus- und Betriebsärzten kann zur Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten beitragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte sollen präventive Leistungen von der Gesetzlichen Krankenversicherung vergütet bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang: Fragebogen an Betriebsärzte Seite 4

					
<p><b>Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an:</b> Institut Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen Wilhelmstraße 27 72074 Tübingen</p> <p>oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!</p>					
<p><b>6. Bitte geben Sie abschließend Ihre Einschätzung zu den Tätigkeitsfeldern von Hausärzten und Betriebsärzten und zur Zusammenarbeit beider Arztgruppen an.</b></p>					
	<b>Stimme gar nicht zu</b>		<b>Stimme voll zu</b>		
Betriebsärzte und Hausärzte haben klar getrennte Aufgaben- bereiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten ist notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten muss verbessert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Raum für Ihre Anmerkungen</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>					
<p><b>7. Angaben zu Ihrer Person</b></p>					
<p>a) <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p>					
<p>b) <b>Ihr Alter:</b> _____ Jahre</p>					
<p>c) <b>Seit welchem Jahr arbeiten Sie als Arzt/Ärztin</b> (ggf. inkl. AiP)? _____ (Jahr)</p>					
<p>d) <b>Seit welchem Jahr arbeiten Sie als Haus- bzw. Betriebsarzt?</b> (bitte ggf. beides angeben)</p> <p>als Hausarzt seit: _____ (Jahr) als Betriebsarzt seit: _____ (Jahr)</p>					
<p>e) <b>Welche Gebietsbezeichnung haben Sie?</b> (Mehrfachantworten möglich; bitte kreuzen Sie das Zutreffende an)</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt / Fachärztin für Arbeitsmedizin seit _____ (Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin seit _____ (Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin seit _____ (Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Praktischer Arzt / Praktische Ärztin seit _____ (Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> anderes Gebiet (welches?) _____ seit _____ (Jahr)</p>					
<p>f) <b>Haben Sie eine Zusatzbezeichnung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -&gt; welche? <input type="checkbox"/> Betriebsmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: .....</p>					
<p><b>Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!</b></p>					

# Anhang: Fragebogen an Hausärzte Seite 1



Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!

## Fragebogen zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten

### 1a. Wann hatten Sie zuletzt beruflich Kontakt mit einem Betriebsarzt?

- innerhalb der letzten vier Wochen
- vor weniger als sechs Monaten
- vor weniger als zwölf Monaten
- vor mehr als zwölf Monaten
- noch nie





### 1b. Falls Sie schon einmal Kontakt zu einem Hausarzt hatten: wie er folgte dieser? (Mehrfachantworten möglich)

- telefonisch
- über einen Kurzarztbrief
- über eine Befundmitteilung
- über einen vom Patienten mitgebrachten medizinischen Befund
- Sonstiges, nämlich .....





### 2. Potentielle inhaltliche Nahtstellen zwischen Hausärzten und Betriebsärzten: Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Themen?

	Sehr unwichtig			Sehr wichtig
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primärprävention (z.B. Impfangebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit auffälligen Befunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankung bei Beschäftigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung chronisch Kranker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit auffälligen Mitarbeitenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geplante Änderungen von Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, nämlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang: Fragebogen an Hausärzte Seite 2





				<small>Universitätsklinikum Tübingen INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN UND VERSORGUNGSFORSCHUNG www.uni-tuebingen.de</small>
<p>Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!</p>				
<p><b>3. Gestaltung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten: Für wie wichtig erachten Sie folgende Themen?</b></p>				
	<b>Sehr unwichtig</b>			<b>Sehr wichtig</b>
Kennntnis des zuständigen Betriebsarztes beim Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Erreichbarkeit des <u>Haus</u> arztes (z.B. telefonisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Erreichbarkeit des <u>Betriebs</u> arztes (z.B. telefonisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befundmitteilungen (z.B. Kopie von Laborergebnis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzarztbriefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mündliche Kommunikation über Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstimmung über das weitere Vorgehen bei einem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Definitionen der Zuständigkeiten („Schuster bleib bei deinen Leisten.“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, nämlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>4. Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten: Für wie wichtig erachten Sie folgende Themen?</b></p>				
	<b>Sehr unwichtig</b>			<b>Sehr wichtig</b>
Vergütung des Hausarztes für Kommunikation mit Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Regelungen zur Beteiligung des Betriebsarztes bei stufenweiser Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierte Behandlungspfade (z. B. bei chronischen Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütung des Betriebsarztes für Kommunikation mit Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewährleistung der Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, nämlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang: Fragebogen an Hausärzte Seite 3

   					
<p>Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!</p>					
<p><b>5. Nachfolgend werden Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten von Hausärzten und Betriebsärzten sowie die Zusammenarbeit beider Arztgruppen durch kurze Aussagen charakterisiert. Bitte geben Sie jeweils an, in welchem Umfang Sie der Aussage zustimmen.</b></p>					
	Stimme gar nicht zu	Stimme voll zu			
Bei der betriebsärztlichen Betreuung steht eher das Wohl des Betriebes als das des einzelnen Patienten / Beschäftigten im Vordergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte tendieren dazu, ihre Patienten durch Krankschreibung vor der Arbeit zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte mischen sich in die betriebsärztliche Tätigkeit ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte sehen Betriebsärzte als Konkurrenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht ein hohes Risiko, dass sich Betriebsärzte gegenüber dem Arbeitgeber nicht an die ärztliche Schweigepflicht halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte sehen die Arbeit von Betriebsärzten als hilfreich an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte fühlen sich vom Betriebsarzt kritisiert, wenn dieser im Betrieb erhobene auffällige Befunde an sie übermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte sehen die Arbeit von Hausärzten als hilfreich an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte erbringen zu viele Leistungen, die in den hausärztlichen Bereich gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzten fehlt häufig das für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderliche Wissen über die Tätigkeit des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte haben beim „Stückeln“ von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen häufig die Bedürfnisse des Betriebs nicht im Blick.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei arbeitsplatzbezogenen Attesten von Hausärzten überwiegt der Schaden häufig den Nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerade bei Suchterkrankungen ist das Risiko hoch, dass Arbeitgeber durch Betriebsärzte ohne Zustimmung des Beschäftigten informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) sollten Betriebsärzte eingebunden werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte mischen sich in das hausärztliche Tätigkeitsfeld ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die engere Kooperation von Haus- und Betriebsärzten kann zur Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten beitragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärzte sollen präventive Leistungen von der Gesetzlichen Krankenversicherung vergütet bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anhang: Fragebogen an Hausärzte Seite 4

				<small>Universitätsklinikum Tübingen INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN UND VERSORGUNGSFORSCHUNG <small>www.klinikum.uni-tuebingen.de</small></small>
---	---	---	--	---

**Bitte per Post (beigefügter Freiumschlag) an oder per Fax an 07071 / 29 4362 zurück!**

**6. Bitte geben Sie abschließend Ihre Einschätzung zu den Tätigkeitsfeldern von Hausärzten und Betriebsärzten und zur Zusammenarbeit beider Arztgruppen an.**

		Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu
Betriebsärzte und Hausärzte haben klar getrennte Aufgabenbereiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten ist notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten muss verbessert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Raum für Ihre Anmerkungen**

**7. Angaben zu Ihrer Person**

a) **Geschlecht:**  männlich  weiblich      b) **Ihr Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

c) **Seit welchem Jahr arbeiten Sie als Arzt/Ärztin** (ggf. inkl. AiP)? \_\_\_\_\_ (Jahr)

d) **Seit welchem Jahr arbeiten Sie als Haus- bzw. Betriebsarzt?** (bitte ggf. beides angeben)  
als Hausarzt seit: \_\_\_\_\_ (Jahr)    als Betriebsarzt seit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

e) **Welche Gebietsbezeichnung haben Sie?**  
(Mehrfachantworten möglich; bitte kreuzen Sie das Zutreffende an)

Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Facharzt / Fachärztin für Arbeitsmedizin seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Praktischer Arzt / Praktische Ärztin seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

anderes Gebiet (welches?) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

f) **Haben Sie eine Zusatzbezeichnung?**

nein  ja -> welche?       Betriebsmedizin

Sonstige: .....

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!**

## Anhang: Anschreiben an Betriebsärzte Seite 1

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
TÜBINGEN



Universitätsklinikum Tübingen  
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN  
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG  
anerkannt gemäß § 102 Abs 1 Nr 1 SGB 12a

Ärztliche Direktorin  
Universitätsprofessorin Dr. med. Monika A. Rieger  
Wilhelmstr. 27 - 72074 Tübingen  
Telefon 07071/2986809 – Fax 07071/294362  
Monika.rieger@med.uni-tuebingen.de

Tübingen, den 22. Januar 2014

### **Studie: Nahtstelle der haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung – eine postalische Fragebogenerhebung**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Rahmen obiger Studie bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen zum Thema „Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten“ zu beantworten. Für die Rücksendung des Fragebogens haben wir einen Freiumschlag beigelegt. Alternativ können Sie uns den Fragebogen auch per Fax zurücksenden. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonymisiert ausgewertet.

Informationen zur Studie finden Sie auf Seite 2.

Wir freuen uns, dass wir bei dieser Befragung Unterstützung erhalten vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), indem dieser den Fragebogen an einen Teil seiner Mitglieder versendet. Wir selbst erhalten hierbei keine Adressen oder weitere Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person ermöglichen.

Um Verzerrungen der Stichprobe durch Nichtteilnehmende zu minimieren, bitten wir um Verständnis, wenn Sie nach ca. vier Wochen erneut kontaktiert werden. Generell entsteht für Sie selbstverständlich kein Nachteil, wenn Sie an der Befragung nicht teilnehmen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit unter obigen Kontaktdaten zur Verfügung.

Für Ihre Mühe danken wir Ihnen sehr herzlich im Voraus.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. M. A. Rieger

## Anhang: Anschreiben an Betriebsärzte Seite 2 (an Hausärzte identisch)

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
TÜBINGEN



Universitätsklinikum Tübingen  
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN  
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG  
www.iaf.uni-tuebingen.de

### Informationen zur Studie

Überschneidungen des Tätigkeitsfelds von Betriebsärzten und Hausärzten betreffen unter anderem Präventivmedizin, Langzeitbetreuung von Patienten oder Reha- und Wiedereingliederungsprozesse nach längerer Krankheit oder bei gewandeltem Leistungsvermögen. Auch der demografische Wandel mit längerer Lebensarbeitszeit und mit dem Alter zunehmender Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit lässt die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen bedeutsam werden. Erfahrungsgemäß findet ein Austausch oder eine engere Zusammenarbeit jedoch selten statt.

Erste Daten zur Schnittstelle von Hausärzten und Betriebsärzten hat unsere Forschungsgruppe unter Leitung von Frau Professor Rieger (Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung) sowie von Herrn Dr. med. Dipl.-Phys. Eissler (Lehrbereich Allgemeinmedizin), Universitätsklinikum Tübingen, aus Gruppeninterviews mit Hausärzten und Betriebsärzten gewonnen.

Die beiliegenden Fragen basieren auf den Ergebnissen dieser Interviews.

Ziel der vorliegenden Befragung von Hausärzten und Betriebsärzten ist es, die in den Interviews erhobenen Meinungen und Haltungen zu quantifizieren. Die Befragung findet in Kooperation mit Herrn Prof. Wilm (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf) statt.

Um die Aussagekraft zu maximieren, sind wir auf eine rege Teilnahme angewiesen. Wir beabsichtigen je ca. 1000 Hausärzte und Betriebsärzte zu befragen.

Die Adressen der angeschriebenen Hausärzte stellen eine Zufallsstichprobe aus der Datenbank der KV Baden-Württemberg dar ([www.arztsuche-bw.de](http://www.arztsuche-bw.de)). Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Selbstverständlich können Sie jederzeit Ihre Teilnahme widerrufen – Ihre Angaben aus dem Fragebogen werden dann aus dem Datensatz gelöscht. Die gespeicherten Daten werden spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse vernichtet. Bis zu diesem Zeitpunkt werden sie unter Verschluss am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung aufbewahrt und sind nur den am Projekt beteiligten Personen zugänglich.

Ihre Daten werden anonymisiert analysiert. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen auf Kongressen vorgestellt, in Fachzeitschriften veröffentlicht und zu Unterrichtszwecken verwendet werden.

Sie benötigen ca. 7 bis 10 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens.

Im Voraus bedanken wir uns bei Ihnen für Ihre Teilnahme.

## Anhang: Empfehlungsschreiben des VDBW (an Betriebsärzte)

### „Befragung zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten“

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

in der betriebsärztlichen Praxis ist die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten für die von uns betreuten Beschäftigten von herausragender Bedeutung und sicherlich unterschiedlich gut.

Warum das so ist, ist eine der wissenschaftlichen Fragen, die am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung in Tübingen durch Frau Prof. Dr. Monika A. Rieger werden.

In einer ersten Studie, die zusammen mit dem Lehrbereich Allgemeinmedizin in Tübingen durchgeführt wurde, wurden Interviews mit Hausärzten und Betriebsärzten geführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden bereits auf Veranstaltungen des VDBW vorgestellt.

Nun folgt eine Befragung mittels Fragebogen. Ziel ist es, die in den Interviews erhobenen Meinungen und Haltungen zu quantifizieren – wiederum sowohl bei Betriebsärzten als auch bei Hausärzten.

Haus- und Betriebsärzte erhalten hierbei einen nur an wenigen Punkten unterschiedlichen Fragebogen, so dass die Angaben jeweils unmittelbar verglichen werden können.

Aufgrund der großen Bedeutung der Fragestellung für die tägliche Praxis bitten wir Sie um Ihre Unterstützung für dieses Forschungsprojekt, dessen Ergebnisse auch in die Gestaltung der betriebsärztlichen Praxis einfließen können.

Deshalb unterstützen wir das Projekt durch die Versendung des Fragebogens an unsere Mitglieder und würden uns freuen, wenn Sie diesen ausfüllen.

Die Mitwirkung an der Befragung und die Validität hängen von Ihrer Beteiligung ab. Wir versichern Ihnen, dass alle Datenschutzfragen berücksichtigt werden. Ihre Adresse wurde und wird in keinem Fall an das Tübinger Institut weitergegeben. Unser Verband erhält *keine* Einzelinformationen aus ausgefüllten Fragebögen, die Rückschlüsse auf Sie zulassen!

Genauere Informationen zur Befragung entnehmen Sie bitte dem nachfolgenden Anschreiben des Forschungsinstituts.

Sollten Sie Fragen zur Studie haben, bitten wir Sie, sich direkt mit der auf dem beigefügten Anschreiben angegebenen Kontaktadresse in Verbindung zu setzen.

Wir bedanken uns für

Ihre Unterstützung! Mit

freundlichen kollegialen

Grüßen

## Anhang: Anschreiben an Hausärzte Seite 1

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
TÜBINGEN



**Lehrbereich Allgemeinmedizin**  
Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH  
Österbergstraße 9 · 72074 Tübingen  
Telefon 07071/29-8 02 55 · Fax 07071/29 43 62  
Dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de

Tübingen, den 22. Januar 2014

### **Studie: Nahtstelle der haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung – eine postalische Fragebogenerhebung**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Rahmen obiger Studie bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen zum Thema „Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten“ zu beantworten. Für die Rücksendung des Fragebogens haben wir einen Freiumschlag beigelegt. Alternativ können Sie uns den Fragebogen auch per Fax zurücksenden. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonymisiert ausgewertet.

Informationen zur Studie finden Sie auf Seite 2.

Für die Befragung der Hausärzte in Baden-Württemberg wurde eine Zufallsstichprobe aus der Datenbank gezogen, die auf der Homepage der KV Baden-Württemberg frei zugänglich ist.

Um Verzerrungen der Stichprobe durch Nichtteilnehmende zu minimieren, bitten wir um Verständnis, wenn Sie nach ca. vier Wochen erneut kontaktiert werden. Generell entsteht für Sie selbstverständlich kein Nachteil, wenn Sie an der Befragung nicht teilnehmen.

Für Rückfragen steht Ihnen der das Projekt durchführende Mitarbeiter, Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH, gern unter obigen Kontaktdaten zur Verfügung.

Für Ihre Mühe danken wir Ihnen sehr herzlich im Voraus.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Dipl.-Phys. M. Eissler  
Leiter des Lehrbereich Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Tübingen

Prof. Dr. med. M. A. Rieger  
Ärztliche Direktorin  
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und  
Versorgungsforschung Tübingen

## Anhang: Erinnerungsschreiben an Betriebsärzte

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
TÜBINGEN



Universitätsklinikum Tübingen  
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN  
UND VERSÖRGUNGSFORSCHUNG  
unimaterial grant by 10.04131461314

### Befragung zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Betriebsärzten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vor einigen Wochen informierte ich Sie über die o.g. Studie, in der unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Monika A. Rieger, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Tübingen, eine für uns wichtige Fragestellung untersucht wird: die Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Hausärzten.

Ziel der Befragung ist es, die Erfahrungen, Meinungen und Haltungen von Betriebsärzten und Hausärzten zu ihrer Zusammenarbeit zu quantifizieren.

Mit meinem letzten Schreiben erhielten Sie eine ausführliche Studieninformation, den Fragebogen sowie einen Freiumsschlag.

Mittlerweile sind bereits über 400 ausgefüllte Fragebögen beim Studienteam eingegangen. Das ist eine hervorragende Grundlage! Hierfür vielen Dank!

Für eine möglichst gute Aussagekraft der Studie wäre es hilfreich, wenn auch diejenigen Kolleginnen und Kollegen den Fragebogen zurücksenden, denen dies bisher z.B. aus Zeitgründen noch nicht möglich war. Sollten Ihnen die Studienunterlagen nicht mehr vorliegen, können Sie den Fragebogen auf der Homepage [www.haba-studie.de](http://www.haba-studie.de) herunterladen und per Fax zurücksenden.

Hierbei wäre es schön, wenn Sie die Ihnen zugeordnete Codenummer (xxxx) auf dem Fragebogen notieren. Diese Nummer ermöglicht die pseudonymisierte Analyse des Fragebogen-Rücklaufs im Rahmen der Qualitätssicherung im Projekt. Wir versichern Ihnen, dass alle Datenschutzfragen berücksichtigt werden. Ihre Adresse wurde und wird in keinem Fall an das Tübinger Institut weitergegeben. Unser Verband erhält *keine* Einzelinformationen aus ausgefüllten Fragebögen, die Rückschlüsse auf Sie zulassen!

Sollten Sie Fragen zur Studie haben, bitten wir Sie, sich direkt mit Frau Prof. Rieger in Verbindung zu setzen (E-Mail: [monika.rieger@med.uni-tuebingen.de](mailto:monika.rieger@med.uni-tuebingen.de); Tel.: 07071/ 29 86809).

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

## Anhang: Erinnerungsschreiben an Hausärzte

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
TÜBINGEN



Universitätsklinikum Tübingen  
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN, SOZIALMEDIZIN  
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG  
anerkannt gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

### Lehrbereich Allgemeinmedizin

Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH  
Österbergstraße 9 · 72074 Tübingen  
Telefon 07071/29-8 02 55 · Fax 07071/29 43 62  
Dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de

### **Erinnerung: Studie – Nahtstelle der haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung – eine postalische Fragebogenerhebung**

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,  
im Rahmen obiger Studie haben wir Ihnen vor ca. vier Wochen einen Fragebogen mit Freiumschlag zugesendet. Wir erlauben uns, auf diesem Weg an die Rücksendung des Fragebogens zu erinnern (mittels Freiumschlag oder Fax).

Informationen zur Studie finden Sie auf Seite 2.

Bei Bedarf steht Ihnen der Fragebogen unter [www.haba-studie.de](http://www.haba-studie.de) zum Download zur Verfügung. Bitte notieren Sie darauf die Ihnen zugeordnete laufende Nummer (20018). Über diese Nummer wird der Fragebogen pseudonymisiert. Die Fragebogen-Pseudonymisierung erlaubt uns, im Rahmen der Qualitätssicherung Region und Geschlecht von Antwortenden und Nicht-Antwortenden zu erfassen. Ihre Daten werden anonymisiert analysiert (keine Zuordnung von Codennummer und Name).

Generell entsteht für Sie selbstverständlich kein Nachteil, wenn Sie an der Befragung nicht teilnehmen.

Für Rückfragen steht Ihnen der das Projekt betreuende Mitarbeiter, Dr. med. Dirk Moßhammer MPH, gern unter obigen Kontaktdaten zur Verfügung.

Für Ihre Mühe danken wir Ihnen ganz herzlich im Voraus.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Dipl.-Phys. M. Eissler  
Leiter des Lehrbereich Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Tübingen

Prof. Dr. med. M. A. Rieger  
Ärztliche Direktorin  
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und  
Versorgungsforschung Tübingen

## 10. Literaturverzeichnis

**Beaumont, D. G. (2003)** The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occup Med (Lond)* 53 (4), S. 249–253.

**Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M (2009a)** Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med* 51 (6), S. 629–638.

**Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G und Josephson M (2009b)** Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Arch Occup Environ Health* 82(10), S. 1179-1190.

**Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2009)** Ärzte und Betriebe: Gemeinsam für die Gesundheit. Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsversorgung. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.

**Beywl W, Schepp-Winter E (2000)** Zielgeführte Evaluation von Programmen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ein Leitfaden. S. 56-57.

**Bördlein I (2000)** Stressbedingte Hypertonie. Am Arbeitsplatz häufiger als erwartet. *Dtsch Ärztebl* 51/52, A3457.

**Bortz J.** Forschungsmethoden und Evaluation. Springer Medizin Verlag, Berlin 2005: dritte Auflage.

**Bradburn NM, Sudman S, Wansink B (2004)** Asking questions. The definitive guide to questionnaire design - for market research, political polls, and social and health questionnaires. Rev. ed. San Francisco, Calif: Jossey-Bass. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/description/wiley041/2004001683.html>.

**Buijs, P.; van Amstel, R.; van Dijk, F. (1999)** Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. In: *Occup Environ Med* 56 (10), S. 709–713.

**Bundesagentur für Arbeit (2013)** Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte – Statistik. Online verfügbar unter [http://statistik.arbeitsagentur.de/nn\\_31966/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche\\_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input\\_=&pageLocale=de&topicId=31692&year\\_month=aktuell&year\\_month.GROUP=1&search=Suchen](http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31966/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=31692&year_month=aktuell&year_month.GROUP=1&search=Suchen), zuletzt geprüft am 02.11.2013.



**Bundesärztekammer (2011)** Empfehlung der Bundesärztekammer für den „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“, online verfügbar unter [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/2011-10-21\\_Quereinstieg-AllgMed.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/2011-10-21_Quereinstieg-AllgMed.pdf), zuletzt geprüft am 12.03.2014.

**Bundesärztekammer (2012)** Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2012. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat12Abbildungsteil.pdf>, zuletzt geprüft am 12.11.2013.

**Bungart J (2005)** Es gibt eine Menge Gründe, warum in unserer Gesellschaft immer mehr Leute verrückt werden. Teil 1 Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz. *Impulse* 36, S. 47-52.

**Burgard S. A., Brand J. E. und House J. (2009)** Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Soc Sci Med* 69 (5), S. 777-785.

**DEGAM (2002)** Fachdefinition. Online verfügbar unter <http://www.degam.de/fachdefinition.html>, zuletzt geprüft am 02.11.2013.

**Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R, Kwan I (2002)** Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ* 324 (7347), S. 1183.

**Thorpe C, Ryan B, McLean S. L, Burt A, Stewart M, Brown JB, Reid GJ, Harris S (2009)** How to obtain excellent response rates when surveying physicians. *Fam Pract* 26 (1), S. 65–68.

**Gröber-Grätz D, Bölter R, Moßhammer D, Ose D, Joos S, Iris N (2011)** Welche Kriterien beeinflussen Hausärzte bei der Überweisung zum Spezialisten in der ambulanten Versorgung? Eine qualitative Studie zur Sichtweise von Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105 (6), S. 446–451.

**Hansen C D und Andersen J H (2009)** Sick at work - a risk factor for longterm sickness absence at a later date? *J Epidemiol Community Health* 63 (5), S. 397-402.

**Heintze, Christoph; Matysiak-Klose, Dorothea; Howorka, Antje; Kröhn, Thorsten; Braun, Vittoria (2004)** Hausärztliche Sicht zur Kooperation mit Spezialisten und Visionen zukünftiger Versorgungsstrukturen - Eine qualitative Befragung von Allgemeinärzten und hausärztlich tätigen Internisten aus Berlin. *Med. Klin. (Munich)* 99 (8), S. 430–434.

**Hesse, B.; Heuer, J.; Gebauer, E. (2008)** Rehabilitation aus der Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten - Ergebnisse des KoRB-Projektes. *Rehabilitation (Stuttg)* 47 (6), S. 324–333.

**Hupfer K. (2007)** Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz. Dtsch Med Wochenschr 132, S. 13-14.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013)** Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) - Arztlzahlen. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/24854.html>, zuletzt aktualisiert am 16.10.2013, zuletzt geprüft am 02.11.2013.

**Kärcher E (2002)** Arbeits- und Umweltmedizin: Bestandteil der klinische Differentialdiagnose. Dtsch Ärztebl 99, A-1873.

**Karmasin F, Karmasin H (1978)** Einführung in Methoden und Probleme der Umfrageforschung. Wien, Köln, Graz: Hermann Böhlau Nachfolger S. 197ff.

**Kreienbrock und Schach (2000)** Epidemiologische Methoden. Heidelberg. S. 63-64

**Landesärztekammer Baden-Württemberg (2006)** Weiterbildungsordnung Landesärztekammer Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>, zuletzt geprüft am 12.03.2014.

**Mohler PPH, Porst R (1996)** Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen – Einführung in das Thema. S. 7 - 15 in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen. Band 9 der Schriftenreihe Spektrum Bundesstatistik, Stuttgart: Metzler-Poeschel.

**Moßhammer D, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA (2011)** Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung - eine Literaturübersicht. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 46, S. 301-307.

**Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA (2012)** Die Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten in Deutschland: Wo befinden sich Defizite und Barrieren?: Eine qualitative Analyse anhand von Fokusgruppeninterviews. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 106 (9), S. 639–648.

**Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA (2014)** Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. Int Arch Occup Environ Health 87 (2), S. 137–146.

**Muche R, Ring C, Ziegler C (2005)** Entwicklung und Validierung von Prognosemodellen auf Basis der logistischen Regression. [eine Auswertungsstrategie und deren Umsetzung mit SAS-Makros ; dargestellt am Beispiel der Modellierung des Frühberentungsrisikos nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme]. Univ., Habil.-Schr.--Ulm, 2004. Aachen: Shaker (Berichte aus der Statistik).

**Pfaff H, Brinkmann A, Janßen C, Kowalski C (2009)** „Ärzte und Betriebe als Kooperationspartner“ (ÄrBek). Abschlussbericht an die Bertelsmann-Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6965A158-1D5A0A1C/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_29661\\_29662\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6965A158-1D5A0A1C/bst/xcms_bst_dms_29661_29662_2.pdf), zuletzt geprüft am 01.09.2014.

**Porst, R (1998)** Im Vorfeld der Befragung. Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. Mannheim: ZUMA (ZUMA-Arbeitsbericht 02).

**Rijkenberg AM, van Sprundel M, Stassijns G (2013a)** Die Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern und anderen Fachärzten einschliesslich Versicherungsmedizinern. Eine Übersicht der aktuellen Literatur. Versicherungsmedizin 65 (3), S. 140–145.

**Rijkenberg AM (2013b)** Bessere Kooperation wäre essenziell. Sichere Arbeit Ausgabe 2, S. 37-41.

**Robert-Koch-Institut (2004)** Influenza Fact Sheet. Online verfügbar unter [http://www.rki.de/clin\\_006/nn\\_387378/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_\\_Mbl\\_\\_Influenza.html](http://www.rki.de/clin_006/nn_387378/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber__Mbl__Influenza.html), zuletzt geprüft am 01.09.2014.

**Technikerkrankenkasse (2013)** Gesundheitsreport 2013 – Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. Online verfügbar unter [http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/516416/Datei/83065/Gesundheit\\_sreport-2013.pdf](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/516416/Datei/83065/Gesundheit_sreport-2013.pdf), zuletzt geprüft am 25.07.2014.

**VDBW (2003)** Leitbild Arbeitsmedizin. Online verfügbar unter <http://www.vdbw.de/Was-ist-Arbeitsmedizin.41.0.html>, zuletzt geprüft am 02.11.2013.

**Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. (2011)** Studie – Arbeitslandschaft 2030. Online verfügbar unter [http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/110930\\_Neuaufgabe\\_Arbeitslandschaft\\_2030.pdf](http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/110930_Neuaufgabe_Arbeitslandschaft_2030.pdf), zuletzt geprüft am 09.11.2013.

**Verger P, Ménard C, Richard J, Demortière G, Beck F (2014)** Collaboration between general practitioners and occupational physicians: a comparison of the results of two national surveys in France. J Occup Environ Med 56 (2), S. 209–213.

**Vetter C, Redmann A (2005)** Arbeit und Gesundheit – Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen in mehr als 150 Betrieben. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK.

**Völter-Mahlknecht S, Rieger MA (2014)** Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten – eine systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung. Deutsche medizinische Wochenschrift; 39(31/32):1609-161.

**Webendörfer S, Messerer P, Eberle F, Zober A (2004)** Darmkrebs-Vorsorge im Betrieb. Eine Initiative sekundärer Prävention in der BASF Aktiengesellschaft. Dtsch Med Wochenschr 129 (6), S. 239–243.

**Wicker S, Dickmann P, Rabenau HF, Gottschalk R (2007)** Influenzapandemieplanung: Eine Herausforderung für die Arbeitsmedizin, den öffentlichen Gesundheitsdienst und Unternehmen. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 57, S. 202-210.

**World Health Organisation (2011)** Workplace Health Promotion. Online verfügbar unter [http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index.html), zuletzt geprüft am 03.09.2014

## **11. Erklärung zum Eigenanteil**

Die vorliegende Dissertation wurde vom Doktoranden Jakob Mehne verfasst. Dabei wurde der Doktorand betreut von Frau Prof. Rieger, welche die Studie konzipierte, und Herrn Dr. Moßhammer, MPH, der die Studie als wissenschaftlicher Mitarbeiter durchführte. Die Daten der Studie wurden durch eine postalische Befragung in Form eines Fragebogens gewonnen. Der Fragebogen wurde im Team entwickelt: Frau Prof. Rieger als ärztliche Direktorin und Leiterin der Studie (Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Universität Tübingen), Herr Dr. med. Moßhammer als Wissenschaftlicher Mitarbeiter (Institut für Allgemeinmedizin Universität Tübingen) und Jakob Mehne (Doktorand). Unterstützt wurde unsere Arbeit von Frau Dr. Michaelis (Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin) und von Herrn Prof. Wilm (Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf). Der Doktorand beteiligte sich bei der Entwicklung, beim Versand der Fragebögen und dem Empfang der Rückschriften der Teilnehmer einschließlich der Kontrolle des Rücklaufs und der Mitarbeit bei der Durchführung des Recalls. Die Fragebogendaten wurden durch den Doktoranden unter Anleitung von Herrn Dr. Moßhammer in eine Datenbank eingegeben. Ebenfalls unter Anleitung durch Herrn Dr. Moßhammer führte der Doktorand die deskriptiven und bivariaten Analysen durch. Die multivariate Regressionsanalyse erfolgte durch Herrn Dr. Moßhammer. Die Diskussion der Ergebnisse erfolgte durch den Doktoranden im Austausch mit Herrn Dr. Moßhammer und Frau Prof. Rieger.

## **12. Danksagung**

Abschließend möchte ich allen danken, die an der Entstehung dieser Arbeit hilfreich mitwirkten.

Ich danke Frau Prof. Rieger für die Überlassung des Themas und ihre Unterstützung bei der Realisierung der Studie.

Bei Herrn Dr. med. Moßhammer möchte ich mich herzlich für die Betreuung und unermüdliche Hilfe bei der Planung und Durchführung der Studie bedanken. Danke, für alle Unterstützung bei offenen Fragen, die stetige Erreichbarkeit und bereitwillige Weitergabe von Erfahrung im wissenschaftlichen Arbeiten.

Danken möchte ich auch Frau Dr. Michaelis und Herrn Prof. Wilm für ihre Mitarbeit an der Entwicklung unseres Fragebogens und für ihre Unterstützung des Projekts.

Ein herzlicher Dank an alle Mitarbeiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin und des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universität Tübingen, welche uns bei der Organisation und Durchführung der Studie behilflich waren, insbesondere bei der Versendung der Fragebögen bzw. Annahme der Antwortbögen.

Danken möchte ich dem Verband Deutscher Werks- und Betriebsärzte für die Unterstützung der Studie.

Ein besonderer Dank gilt allen an der Studie teilnehmenden Betriebsärzten und Hausärzten, welche sich Zeit für die Bearbeitung und Rücksendung der Fragebögen genommen haben.

## 13. Lebenslauf

Jakob Wilhelm Mehne

---

### Persönliche Angaben

Geburtsdatum	15.07.1989
Geburtsort	Schwenningen
Nationalität	deutsch

### Schulbildung und Studium

1996-2000	Besuch der Grundschule Tuningen
2000-2009	Besuch des Gymnasiums Trossingen
Sommersemester 2010	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Universität Tübingen
20.03.2012	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Physikum)
16.04.2015	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (schriftliches Staatsexamen)
18.05.2016	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (mündliches Staatsexamen)