

Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten

Systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung

Patient care at the interface between rehabilitation and occupational health physicians – a systematic literature review focusing health care organization

Autoren

S. Völter-Mahlknecht¹ M.A. Rieger¹

Institut

¹ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

Einleitung

Bei „Schnittstellen“ in komplexen Sozialsystemen handelt es sich um „Übergangsstellen, an denen organisatorische Zuständigkeiten, berufliche Fachkompetenzen und erbrachte Dienstleistungen „enden und der kooperativen Ergänzung und Weiterführung bedürfen“ [63]. Diese Schnittstellen können im Rahmen der Versorgungsforschung charakterisiert und gegebenenfalls optimiert werden.

Solche Übergangsstellen bestehen auch in deutschen Rehabilitationsprozessen, zum einen aufgrund der häufig komplexen Ziele und zum anderen aufgrund des sektoralen Gesundheitssystems. In diesem wird innerhalb der einzelnen Sektoren jeweils nach eigenen Zielen und Schwerpunkten agiert. Dies wird allerdings dadurch erschwert, dass den Akteuren die Spezifika der verschiedenen Gesundheitssektoren nicht immer bekannt sind.

Der Schnittstellenproblematik im Rehabilitationsprozess gilt ein besonderes Augenmerk im Sozialgesetzbuch SGB IX, das am 1. Juli 2001 in Kraft trat und dessen wesentliches Anliegen u.a. eine Verbesserung der Koordination der Leistungen und der interdisziplinären Kooperation der Leistungsträger und aller Beteiligten ist. Erstmals werden Betriebsärzte gesetzlich in den Rehabilitationsablauf integriert und die betriebsärztlichen Aufgaben im Rehabilitationsprozess gesetzlich definiert [16].

In den *Gemeinsamen Empfehlungen zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach §13 Abs. 2 Nr. 8 und 9, SGB IX* vom 22.3.2004, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), haben sich die Akteure des Rehabilitationsprozesses zu einer systematischen und frühzeitigen Einbindung u.a. der Werks- und Be-

triebsärzte in die Entscheidungsprozesse verpflichtet und werten die Rolle des Betriebs- bzw. Werksarztes zu vollwertigen Verfahrensbeteiligten auf [31].

Vor diesem Hintergrund sollte in einer systematischen Literaturübersicht die Versorgungsgestaltung an der Nahtstelle zwischen Rehabilitation und Betriebsärzten untersucht werden.

Vorgehensweise

Die Recherche wurde in Online-Archiven von deutschsprachigen und internationalen (wissenschaftlichen) Datenbanken durchgeführt (☞ **Tab.1**).

Bei der englischsprachigen Suche wurde der Algorithmus (rehabilitation OR return to work OR RTW OR reintegration) AND (occupational medicine OR occupational physician OR occupational doctor OR occupational health) AND (cooperation OR interdisciplinary OR intersection OR interaction OR interface OR gp OR general practitioner) verwendet.

Bei der deutschsprachigen Suche lautete der Algorithmus: (Betrieb* oder Arbeitsmed*) und (Hausarzt* oder Hausärzt* oder Allgemeinmed* oder Kooperation oder Zusammenarbeit oder Interaktion oder Schnittstelle) und (Rehabilitation* oder Reintegration*).

Bei potenziell interessierenden Veröffentlichungen wurde auf der Grundlage der Abstracts im Konsensverfahren von einer Autorin (SVM) und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin (DGG) desselben Institutes entschieden, ob es sich um relevante Recherche-Ergebnisse handelte.

Rehabilitation

Schlüsselwörter

- ☞ Rehabilitation
- ☞ Betriebsärzte
- ☞ Versorgungsgestaltung
- ☞ Literaturreview

Keywords

- ☞ rehabilitation
- ☞ occupational health physicians
- ☞ health care organization
- ☞ literature review

eingereicht 17.12.2013

akzeptiert 10.04.2014

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0034-1370189
Dtsch Med Wochenschr 2014;
139: 1609–1614 · © Georg
Thieme Verlag KG · Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Susanne
Völter-Mahlknecht

Institut für Arbeitsmedizin,
Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Tübingen
Wilhelmstraße 27
72074 Tübingen
eMail susanne.voelter-
mahlknecht@med.uni-tuebingen.de

Tab. 1 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Schnittstelle Rehabilitation – Betriebsärzte. Die Literaturrecherche fand anhand definierter Suchbegriffe statt (siehe Text) (Zeitraum: 1.1.1998 – 28.10.2013). Die Definition relevanter Rechercheergebnisse erfolgte im Konsensverfahren auf Ebene der Abstracts.

Quelle	identifizierte Veröffentlichungen [n]	relevante Rechercheergebnisse [n]
Elektronische Datenbank		
Embase	76	19
Medline	34	20
Zeitschriften		
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin	18	8
Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie	3	0
ErgoMed	2	0
Deutsches Ärzteblatt	15	2
Das Gesundheitswesen	17	6
Tagungsbände		
Tagungsbände des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung	18	4
Sonstige Quellen		
Google*	67	8
Querverweise aus ausgewählten Veröffentlichungen	147	25

*Die Suche in Google erfolgte jeweils nach Löschen der History des Internetbrowsers

Außerdem wurden die Literaturverzeichnisse der gefundenen ausgewählten Rechercheergebnisse berücksichtigt. Die genannten Suchstrategien bezogen sich auf den Zeitraum 1.1.1998–28.10.2013 und damit auf maximal 15 Jahre zurückliegende Quellen.

Bei der Vielzahl der zitierten Literaturstudien handelt es sich um empirische Arbeiten (n = 38) [1–2, 4, 7, 9, 14–19, 20–22, 24–25, 28, 30, 32–35, 37–41, 43–47, 50, 53, 55, 58–59, 62] bzw. um Übersichtsarbeiten (n = 24) [3, 5–6, 8, 10, 11–13, 23, 26–27, 29, 31, 36, 42, 49, 51, 52, 54, 56–57, 60–61, 63].

Ergebnisse

Es konnten 193 Veröffentlichungen, darunter 63 relevante Rechercheergebnisse identifiziert werden. Die am besten repräsentierten Themenkomplexe betreffen die Bedeutung von Kommunikation und Kooperation und die Problematik ungenügender Arbeitsplatzkenntnisse: Die als relevant identifizierten Veröffentlichungen wurden sechs Themengebieten zugeordnet: Bedeutung von Kooperationen und Kommunikation (n = 22), Arbeitsplatzkenntnisse (n = 16), Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik (n = 4), Kleine und mittlere Unternehmen als besondere Herausforderung (n = 4), Position von Betriebsärzten (n = 6) sowie Modellprojekte zur intensivierten und verbesserten Schnittstelle Rehabilitation und Betriebsarzt (n = 4). Letztere werden in den Schlussfolgerungen nochmals aufgegriffen. Aus Platzgründen werden die Ergebnisse zum Thema „Position von Betriebsärzten“ nicht dargestellt.

Die entsprechenden Veröffentlichungen stammen aus Deutschland [5–6, 11, 15–19, 20, 22–23, 25–32, 34, 37–38, 41–42, 45–46, 49, 51–53, 54–61, 63], USA [12, 14], Kanada [8, 24, 39–40], UK [3–4, 7, 13, 50], Niederlande [1–2, 9–10, 35, 47, 62], Belgien [43–44], Schweden [21, 33] und Polen [36].

Im Hinblick auf eine bessere Lesbarkeit werden die Kernaussagen bzw. wesentlichen Ergebnisse der zitierten Veröffentlichungen nachfolgend im Präsens und unter Verzicht auf Konjunktiv bzw. indirekte Rede dargestellt.

Bedeutung von Kooperationen und Kommunikation

Es scheint heute Einigkeit darüber zu bestehen, dass für eine erfolgreiche Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden funktionierende interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamstrukturen, ein ungehinderter Informationsfluss, ein kommunikativer Datenaustausch und eine enge Verzahnung und intensiviertere Kooperation aller an der Rehabilitation beteiligten Parteien unabdingbar sind [4, 9–10, 12, 22, 26, 28, 34, 37, 41, 55–56, 62].

Alle Akteure des Rehabilitationsprozesses sind von der Dringlichkeit einer zeitnahen, reibungslosen Kommunikation und Kooperation überzeugt [7, 21, 24, 29, 33, 35, 43–44, 55]. Es existieren jedoch multiple Hinweise für eine unbefriedigende Kooperation und Kommunikation zwischen Rehabilitationskliniken und Betriebsärzten sowie für mangelnde Kenntnisse bei anderen Facharzttrichtungen hinsichtlich betriebsärztlichen Aufgaben und Kompetenzen [8, 9].

In der Literatur wird wiederholt auf den ungenügenden Informationsfluss zwischen Rehabilitationsmedizinerinnen und Betriebsärzten hingewiesen [14, 22, 28, 41, 48, 57, 59]. 93% der Betriebsärzte arbeiten eher selten mit Rehabilitationskliniken zusammen [59] (schriftliche Befragung, Rücklauf 292/483) bzw. es existiert – abgesehen von Einzelfällen – keine Kommunikation zwischen Rehabilitationskliniken und Betriebsärzten [41]. Es besteht eher ein „berührungsloses Nebeneinander“ von Betriebsärzten und Rehabilitationskliniken als ein „kommunikatives Miteinander“ [41]. Dies zeigt sich auch in der Tatsache, dass im Jahr 2012 der Betriebsarzt nur in jedem sechsten Rehabilitationsbericht thematisiert wird [34]. Der eingeschränkte Kommunikationsfluss ist mit bedingt durch Verfahrenshindernisse, wie z.B. durch eine schlechte telefonische Erreichbarkeit der Reha-u. Betriebsärzte, die Wiedervorlagen und Rückrufe erforderlich machen [6].

Arbeitsplatzkenntnisse

Bereits seit 1973 ist der Betriebsarzt gemäß §3 Arbeitssicherheitsgesetz verpflichtet, den Arbeitgeber in Fragen des Arbeitsplatzwechsels von Beschäftigten sowie der betrieblichen Eingliederung und Wiedereingliederung Leistungsgeminderter in den Arbeitsprozess zu beraten.

Obwohl für eine erfolgreiche Vermittlung leistungsadäquater Tätigkeiten für Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen die Entsprechung von Fähigkeiten des Beschäftigten und Anforderungen aus der Arbeit bzw. den Arbeitsbedingungen wesentlich ist, sind die rehabilitativen Maßnahmen oft nicht an den konkreten bisherigen Tätigkeiten des Rehabilitanden orientiert. Laut der Untersuchung von Lüdemann aus dem Jahr 2006 fühlten sich nur 42% der Rehabilitanden in der Rehabilitation angemessen auf ihre Arbeit vorbereitet (n = 24/57). Im Vergleich der Arbeitseinschränkung vor Rehabilitation und ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme waren keine signifikanten Unterschiede erkennbar ($p(\chi^2\text{-Test})=0,708$) [41].

Patienten weisen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation signifikant bessere aktivitäts- und partizipationsbezogene Ergebnisse auf, wenn sie eine spezifische berufsbezogene Behandlung erhalten“ – so die Schlussfolgerung aus einer vergleichenden Evaluation orthopädischer Rehabilitationsangebote [58]. Durch entsprechende Maßnahmen können die direkten und indirekten Kosten gesenkt und die (Kosten-)Effektivität der Rehabilitationsmaßnahmen gesteigert werden [40].

Oft sind die Kenntnisse über den jeweiligen Arbeitsplatz des Patienten seitens der Rehabilitationsmediziner unzureichend [10, 14, 22, 28, 41, 57]. Rehabilitationsärzte sind bei der Beurteilung der individuellen Arbeitsplatzanforderungen in der Regel auf die Angaben des Rehabilitanden angewiesen, da selten eine detaillierte, vor Ort erhobene und objektive Analyse des individuellen Arbeitsplatzes verfügbar ist [53] und nur in Ausnahmefällen Zusatzinformationen über die Tätigkeit zur Verfügung stehen [38].

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass eine realistische Einschätzung der beruflichen Belastungen seitens der Beschäftigten nicht gegeben ist [49].

Bereits während der Rehabilitation sollten Kontaktpflege und Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel einer Ausrichtung der Rehabilitation auf die Besonderheiten des Arbeitsplatzes ebenso zum Aufgabenspektrum von Betriebsärzten gehören wie die frühzeitige Identifikation von Rehabilitationsbedarf, die zeitnahe Antragstellung und die Bahnung von Rehabilitation [59].

Idealerweise ergänzen sich Rehabilitationsmediziner und Betriebsärzte in ihren spezifischen Fähigkeiten und institutionellen Kompetenzen im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden [5, 54, 59].

Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik

Da die Entlassungsberichte der Rehabilitationskliniken häufig die einzige Informationsquelle für den Betriebsarzt darstellen, wirken sich die zeitliche Latenz und qualitativen Mängel dieser Berichte besonders problematisch aus [59]. Die z.T. betriebs- und realitätsfernen Wiedereingliederungsempfehlungen im

Entlassungsbericht der Rehabilitationskliniken sind laut Einschätzung mancher Autoren durch mangelnde Kommunikation zwischen Rehabilitationsmediziner und Betriebsärzten mitbedingt [32, 39]. Bei nicht realisierbaren Wiedereingliederungsempfehlungen enden die Erwerbskarrieren zu 45% in der Frühberentung [23].

Kleine und mittlere Unternehmen als besondere Herausforderung

Eine besondere Herausforderung für die Rehabilitationsleistungsträger sind kleine bis mittlere Unternehmen (KMU)[30, 42], da sich hier die Kommunikation zwischen Rehabilitationskliniken und Betriebsärzten besonders schwierig gestaltet.

In KMU werden Betriebsärzte nicht immer vom Arbeitgeber im Rahmen des Rehabilitationsprozesses hinzugezogen. Zudem ist die in KMU selten zustande kommende Kommunikation [6] durch die „mangelnde Einfachheit in Erreichbarkeit und Information“ der Betriebsärzte seitens der Rehabilitationsmediziner mitbedingt [6, 41]. Unter Berücksichtigung der geringen bzw. fehlenden Präsenz der Betriebsärzte insbesondere in den kleinsten Betrieben bestehen Zweifel, ob Betriebsärzte in KMU die richtigen Partner für Früherkennung von Rehabilitationsbedarf sind; im Bereich kleiner und mittlerer Unternehmen erscheinen manchen Autoren Hausärzte aufgrund der engeren Arzt-Patient-Beziehung als die geeigneteren Partner für eine Früherkennung von Rehabilitationsbedarf [30].

kurzgefasst

Als Gründe für die unbefriedigende Wiedereingliederungsquote werden neben unbefriedigender Kommunikation und Kooperation zwischen Rehabilitations- und Betriebsärzten auch mangelhafte Präsenz von Betriebsärzten, ungenügend ausgebaute Arzt-Patienten-Bindungen und mangelhaftes Vertrauensverhältnis zwischen Rehabilitand und Betriebsarzt thematisiert.

Diskussion

Schnittstellen sind – positiv gesehen – „Verbindungsstellen zwischen Teilschritten der Versorgung und eine Chance zur Spezialisierung und zur Leistungssteigerung“ [63]. Sie können jedoch auch Störungen im Versorgungsablauf induzieren [63].

Die Bedeutung einer guten Gestaltung von Schnittstellen im Rehabilitationsprozess wird durch die bestehende und noch zunehmende Relevanz von Rehabilitation [3, 13] unterstrichen. Rehabilitation vernetzt Prävention, Therapie und Nachsorge und zielt u.a. auf eine möglichst zeitnahe und dauerhafte Wiedereingliederung der Erkrankten in das Erwerbsleben hin [45]. Die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben wird in der Praxis nur unbefriedigend erreicht [41]. Dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit und damit der Rehabilitation kommt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung [15, 26, 59], der bislang sozialpolitisch angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit, dem sich verändernden Krankheitsspektrum und der Zunahme chronischer Erkrankungen [59] und der sich wandelnden Arbeitswelt eine immer größere Bedeutung zu [30]. Für die meisten

Menschen in unserer Gesellschaft ist Arbeit die Grundlage für ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben [61].

Verglichen mit der Bedeutung der Problematik konnten nur wenige Veröffentlichungen gefunden werden. Interessanterweise beschäftigten sich 35% der Publikationen mit der Bedeutung von Kooperationen und Kommunikation an der betriebsärztlichen Schnittstelle im Rehabilitationsprozess und immerhin 25% mit der Thematik der Arbeitsplatzkenntnisse im rehabilitativen Prozess. Der Thematik von Kooperation und Kommunikation wird insbesondere in der nicht-deutschsprachigen Forschung eine besondere Relevanz zugesprochen.

Beim internationalen Vergleich fällt auf, dass die Rollen und „Positionen“ z.B. von Betriebsärzten „im Vereinigten Königreich und den Niederlanden erheblich klarer als in Deutschland definiert sind“ [52] und sich von Deutschland unterscheiden. Im Gegensatz zu dem stark gegliederten Sozial- und Gesundheitssystem in Deutschland sind in den Niederlanden im Wesentlichen nur 3 Institutionen mit gesetzlich definierten Aufgaben für alle Leistungen bei der Erwerbsminderung durch Krankheit oder Behinderung zuständig. Zudem nehmen die niederländischen Arbeitsmediziner eine führende Rolle im Krankschreibungs- und Reintegrationsprozess ein. Auffällig ist in Deutschland auch das unilaterale Bemühen der Betriebsärzte und deren Vertretungen, stärker in den Prozess der Gesundheitsversorgung eingebunden zu werden, während sich insbesondere die Kostenträger erstaunlich zurückhaltend verhalten [27, 46, 52]. Besonders die Niederlande verfügen über universitär und privatwirtschaftlich initiierte Modellprojekte, einen hohen wissenschaftlichen Standard sowie Leitlinien im Kontext der Schnittstellen von Betriebsärzten zur Gesundheitsversorgung und zeichnen sich durch eine reflektierte Darstellung der Ergebnisse aus. Die entsprechenden Projekte könnten als Grundlage und Anstoß für die Erarbeitung von Optimierungsmöglichkeiten im deutschen Rehabilitationsprozess dienen [52].

Bei der vorgestellten Literaturanalyse stammt eine Vielzahl der zitierten Quellen aus Deutschland (36,5%). Dieses Ergebnis ist zunächst überraschend, da u.a. in den Niederlanden und in England sehr intensive Forschungsarbeit im Kontext der betriebsärztlichen Schnittstellenproblematik durchgeführt wird. Die bisherigen Forschungspublikationen im Rahmen der Schnittstellenproblematik fokussieren aber – zumindest wenn man die international publizierte Literatur zugrunde legt – weniger auf den Rehabilitationsprozess [3–4, 7, 9, 39, 62], es werden vielmehr u.a. Themen wie Determinanten von Vertrauen zwischen Haus- und Betriebsärzten [47], Einstellung der Hausärzte gegenüber Betriebsärzten [50], Vertrauen von Patienten gegenüber Haus- versus Betriebsärzten [1] sowie die Entwicklung eines Formulars zum Informationsaustausch zwischen Haus- und Betriebsärzten analysiert [36].

Die Literaturverzeichnisse der englischsprachig publizierten Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass viele Artikel aus anderen Ländern in nationalen Zeitschriften in der Muttersprache veröffentlicht werden. Eventuell ist die hohe Relevanz der betriebsärztlichen Schnittstellenproblematik im Rehabilitationsprozess bei internationalen Fachzeitschriften noch nicht ausreichend präsent und bisher noch kein internationaler Themenschwerpunkt. Dies könnte durch unterschiedlich struktu-

rierte Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern und dadurch bedingte Themenschwerpunkte mit bedingt sein.

Trotz der hohen thematischen Relevanz ist die Datenlage auch in Deutschland noch unbefriedigend, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass bisher durchgeführte oder aktuelle Projekte noch nicht publiziert worden sind oder mit der genannten Suchstrategie nicht gefunden wurden. Es wäre wünschenswert, wenn das Interesse für diese Schnittstellenproblematik noch in allen Ländern zunehmen würde.

Schlussfolgerungen

In der vorgestellten Übersichtsarbeit wird die aktuelle (inter)nationale Literatur zu der für die Gesundheitsversorgung sehr relevanten Schnittstelle zwischen Rehabilitation und Betriebsärzten analysiert. Wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Wiedereingliederung von Rehabilitanden in das Berufsleben ist jedoch eine enge Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Partner (u.a. Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft, Hausarzt, Rehabilitationsarzt, physiotherapeutische Einrichtungen, Versicherungsträger, Rehabilitationsmanager, Gemeinsame Reha-Servicestelle, Arbeitgeber, Arbeitstherapeut, Berufshelfer u.a.) unter Einbeziehung des Versicherten [59].

Zur Rolle dieser Akteure und ihrer zahlreichen Schnittstellen und deren Optimierungsmöglichkeiten scheint Forschungsbedarf zu bestehen. Im Kontext eines verstärkten Case Management im Rehabilitationsprozess werden verschiedene Facharzttrichtungen, auch der Betriebsarzt, diskutiert.

Als Reaktion auf die Schnittstellenproblematik Rehabilitation – Betrieb wurden in Deutschland u.a. neben Initiativen zum Ausbau des Arbeits(platz)-Bezuges der medizinischen Rehabilitation (Modell)Projekte zur besseren Einbindung des Betriebsarztes in den Rehabilitationsprozess ergriffen. Seit etwa 9 Jahren vernetzen sich in unterschiedlicher Ausprägung Rentenversicherungsträger, Rehabilitationseinrichtungen, Ärzteverbände und Betriebsärzte. Als Modellprojekte mit Arbeit(splatz)-Bezug sind u.a. die Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation (DRV Baden-Württemberg) [17], B.Ä.R. Betriebsärztliche Rehabilitation (DRV Baden-Württemberg) [18] und Web-Reha (DRV Rheinland) [19] zu nennen.

In Modellprojekten ließen sich bereits durch relativ einfache, aber gezielte Änderungen in der Kommunikation zwischen den beteiligten Ärzten und den Rehabilitationsträgern, durch die betriebsärztliche Einbindung in den Rehabilitationsprozess und durch einen stetigen, wechselseitigen Informationsfluss zwischen Reha-, Betriebs- und Hausarzt eine erhöhte Effektivität der betrieblichen Wiedereingliederung, eine Verkürzung der postrehabilitativen Arbeitsunfähigkeitszeiten bis zur ersten Wiederaufnahme der Arbeit und damit verbunden Kostensparnisse und seltenere Arbeitsplatzwechsel realisieren [29, 41, 51].

Aber auch in den Modellprojekten ist es nicht gelungen, alle Aspekte der Schnittstellen im Rehabilitationsprozess zu berücksichtigen. Weitere Forschungsaktivitäten zur Optimierung dieser Schnittstellen und die Orientierung z.B. am niederländi-

schen Systemscheinen dringend erforderlich – soweit eine Übertragbarkeit auf andere Sozialsysteme möglich ist..

kurzgefasst

Über die Beteiligung von zahlreichen weiteren Akteuren, Institutionen und Kostenträgern im Rehabilitationsprozess kann die Schnittstelle Rehabilitation – Betrieb optimiert werden.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Gründe für die unbefriedigende berufliche Wiedereingliederungsquote sind u.a. zeitliche Latenz und qualitative Mängel von Rehabilitation-Entlassungsberichten, unbefriedigende Kommunikation und Kooperation zwischen Rehabilitations- und Betriebsärzten.
- ▶ Den Betriebsärzten wird aufgrund ihrer innerbetrieblichen Kenntnisse, Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten eine objektive Mittlerrolle und Bindegliedfunktion bei wichtigen Rehabilitationsweichenstellungen zugesprochen.
- ▶ Da derzeit die Datenlage hinsichtlich der ärztlichen Schnittstellen im Rehabilitationsprozess trotz der hohen thematischen Relevanz noch unbefriedigend ist, sollten Forschungsaktivitäten in diesem Feld unbedingt intensiviert werden.

Danksagung: Die vorliegende Arbeit wurde innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg' durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird. Zudem wurde die Arbeit aus Eigenmitteln des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen finanziert. Die Arbeit dieses Instituts wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall). Für die Unterstützung bei der Definition relevanter Rechercheergebnisse danken wir Frau Dr. Gröber-Grätz.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanzielle Verbindung mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Beitrag eine Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Literatur

- 1 *Andrea H, Metsemakers J, Kant I et al.* Seeking help in relation to work – visiting the occupational physician or the general practitioner. *Occup Med* 2004; 54: 419–421
- 2 *Anema J, Jettinghoff K, Houtman I et al.* Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil* 2006; 16: 41–52
- 3 *Beaumont DG.* Rehabilitation and retention in the workplace – the interaction between general practitioners and occupational health professionals: a consensus statement. *Occup Med (Lond)* 2003; 53: 254–255
- 4 *Beaumont DG.* The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work, a delphi study. *Occupational health* 2003; 249–253
- 5 *Behrens J.* Das rehaärztliche Mandat zur Einschaltung des Betriebsarztes: Ein ISIS-Vorschlag zur Schnittstellengestaltung durch Rentenversicherung und Rehabilitationskliniken. In: VDR (Hrsg.): *Zusammenarbeit von Forschung und Praxis.* Frankfurt / Main., 1995; 5. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Fayung. 285–286
- 6 *Behrens J.* Die Umsetzung des rehaärztlichen Mandats zum Einbeziehen der Betriebsärzte. *DRV-Schriften* 2000; 20: 244–6
- 7 *Bono AM de.* Communication between an occupational physician and other medical practitioners – an audit. *Occup Med (Lond)* 1997; 47: 349–356
- 8 *Brunarski D, Shaw L, Doupe L.* Moving toward virtual interdisciplinary teams and a multi-stakeholder approach in community-based return-to-work care. *Work* 2008; 30: 329–336
- 9 *Buck PDM de, van Amstel RJ, Buijs PC et al.* Communication between Dutch rheumatologists and occupational physicians in the occupational rehabilitation of patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 62–65
- 10 *Buijs P, van Amstel R, van Dijk F.* Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup Environ Med* 1999; 56: 709–713
- 11 *Bürger W.* Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 1999; 19–21
- 12 *Callahan E.* Quality in Occupational Health Care: Management's View. *J Occup Med* 1994; 36: 410–413
- 13 *Chamberlain MA.* Work, disability and rehabilitation: making the best job of it. *Clin Med* 2007; 7: 603–606
- 14 *Dasinger L, Krause N, Thompson P et al.* Doctor Proaktive Communication, Return-to-Work Recommendation, and Duration of Disability After a Workers' Compensation Low Back Injury. *J Occup Environ Med* 2001; 515–525
- 15 *Deck R, Heinrichs L, Koch H.* Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. *Gesundheitswesen* 2000; 431–436
- 16 *Dhom-Zimmermann S, Anton E, Rüdell H.* Schnittstellenoptimierung nach medizinischer Rehabilitation zur beruflichen Rehabilitation als Herausforderung an Leistungserbringer und Leistungsträger. *DRV-Schriften* 2012; 98: 205–207
- 17 DRV Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. *Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation.* http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Arbeitsplatzorientierte-Reha_node.html (Letzter Zugriff: 11.6.2014)
- 18 DRV Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. *Betriebsärztliche Rehabilitation (B.Ä.R.)* [homepage on the Internet]. Karlsruhe: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Betriebliche Rehabilitation. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/sid_D9951E754A2F3F10F410E6EB1B12631B.cae03/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Betriebsaerztl-Reha_node.html (Letzter Zugriff: 11.6.2014)
- 19 DRV Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. *Web-Reha* [homepage on the Internet]. Karlsruhe, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg [cited 2013 Nov 27]. Available from: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/05_fachinformationen/03_reha_projekte/_01_web_reha/00_web_reha.html
- 20 *Haufe E, Dzuck M, Scheuch K et al.* Welche Erwartungen haben Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Betriebsräte an Betriebsärzte?. In: *Proceedings of the 6th international congress of work, injuries, prevention, rehabilitation and compensation Rome, 30.11.-3.12.2004*
- 21 *Edlund C, Dahlgren L.* The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 727–733
- 22 *Enderle A, Enderle G, Kaluscha R et al.* Betriebsärztliche Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme und Begleitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz – Erfahrungen des ersten Jahres. *DRV-Schriften* 2010; 271–273
- 23 *Fraisse E, Karoff M.* Verbesserung des Übergangs zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. *Rehabilitation* 1997; 36: 233–237

- 24 Friesen MN, Yassi A, Cooper J. Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work* 2001; 17: 11–22
- 25 Glomm D. Gesundheitsmanagement im Betrieb – neue Anforderungen an die betriebsärztliche Tätigkeit. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2001; 86–88
- 26 Gutenbrunner C, Stucki G, Smolenski U. Aktuelle Herausforderungen und Chancen der Rehabilitationsmedizin. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 127–128
- 27 Haase I, Riedl G, Birkholz L et al. Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2002; 331–335
- 28 Häußler B, Keck M. Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung von Herzinfarktpatienten – Ergebnisse eines Modellversuches in Rheinland-Pfalz. *Rehabilitation* 1997; 106–110
- 29 Heipertz W, Berg A, Ueberschär I. Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Medizin, Sozialrecht und Verwaltungshandeln. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2001; 332–345
- 30 Hesse B, Heuer J, Gebauer E. Rehabilitation in the view of small and mid-sized enterprises: knowledge, appreciation and possibilities to cooperate – results of the KoRB-project. *Rehabilitation* 2008; 47: 324–33
- 31 Hess-Gräfenberg R. Kooperation mit anderen Akteuren in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2009; 44: 173–174
- 32 Hüppe A, Glaser-Möller N, Raspe H. Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskeletalen Beschwerden durch Auswerten von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. *Gesundheitswesen* 2006; 347–356
- 33 Jakobsson B, SchuldtHaard U, Bergroth A et al. Improved cooperation in vocational rehabilitation with systematic rehabilitation group meetings. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 734–740
- 34 Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G. Die Einbindung des Betriebsarztes in den Rehabilitationsprozess: Eine computerlinguistische Auswertung von Entlassungsberichten. Ulm, 2013
- 35 Knepper S. Social medical guidance to achieve resumption of work: an outdated concept. *Nederlandstijdschriftvoorgeneeskunde* 2005; 149: 2386–2387
- 36 Kudas T, Woskowiak G. [Collaboration and information flow between occupational medicine and primary health care physicians]. *Medycyna Pracy* 2002; 53: 233–237
- 37 Kühn W, Knülle E, Schian H-M et al. Effekte einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Werksarzt und Rehabilitationsmediziner – Detailanalyse, Langzeitbeobachtung, 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 3.-5.03.2008; Bremen http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=5-Vortrag_kuehn-Internet.pdf
- 38 Kühn W, Knülle E, Büchner C. Disability Management versus Ability Management – Welche Aufgabe hat dabei die Rehabilitation? (Detailanalyse, Langzeitbeobachtung). *DRV-Schriften* 2008; 77: 231–237
- 39 Loisel P, Durand M, Baril R et al. Interorganizational Collaboration in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 581–590
- 40 Loisel P, Lemaire J, Poitras S et al. Cost – benefit and cost – effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med* 2002; 807–815
- 41 Lüdemann A. Kommunikation und Kommunikationsstrukturen zwischen Betriebsarzt und Rehabilitationsklinik. Dissertation Lübeck, Institut für Arbeitsmedizin; Universität Lübeck 2006
- 42 Manteuffel Lv. Medizinische Rehabilitation – Mit Vernetzung zum Erfolg. *Dtsch Ärztebl* 2011; 108: 937–938
- 43 Mortelmans A, Donceel P, Lahaye D et al. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med* 2006; 63: 495–502
- 44 Mortelmans K, Donceel P, Lahaye D. Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. *Occup Med (Lond)* 2006; 56: 129–136
- 45 Muche R, Rösch M, Flierl S et al. Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemäßig erhobener Parameter. *Rehabilitation* 2000; 262–267
- 46 Müller WD, Bak P, Lohsträter A et al. Ergebnisse der beruflich orientierten stationären Rehabilitation bei Industriearbeitern mit Rückenschmerzen. *Phys Rehab Kur Med* 2007; 17:10.1055/s-2007-988743
- 47 Nauta AP, Grumbkow Jv. Factors predicting trust between GPs and OPs. *Int J Integr Care* 2001; 1: e31
- 48 o.A. Inhaltsverzeichnis. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109: A562–A563
- 49 Osbeck B. Rehabilitation: Ergotherapie am Arbeitsplatz. *Dtsch Ärztebl* 2010; 107: 192–193
- 50 Parker G. Attitudes of general practitioners and occupational health services. *J Soc Occup Med* 1991; 41: 34–36
- 51 Patzelt C, Weber A. Teilhabe am Arbeitsleben durch Prävention und medizinische Rehabilitation – Ergebnisse einer Tagung des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern am 25. und 26.3.2004. *Rehabilitation* 2004; 179–183
- 52 Pfaff H, Janßen C, Kowalski C et al. Ärzte und Betriebe: Gemeinsam für die Gesundheit Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsversorgung. Gütersloh, Bertelsmannstiftung 2009
- 53 Riedl G, Haase I, Birkholz B. Wie zuverlässig ist die Einschätzung eines Rehabilitanden bezüglich der Anforderungen an seinem Arbeitsplatz? *DRV-Schriften* 2002; 43–44
- 54 Schmidt H. Zusammenarbeit zwischen Rehaklinik und werkärztlichem Dienst. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin* 1989; 139
- 55 Schochat T, Neuner R, Seidel H. Eine Definitionsanalyse der Schnittstelle zwischen Betriebsarzt und medizinischer Rehabilitation. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin* 2003; 124–125
- 56 Schoeller A. Erfolgreiche Zusammenarbeit von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten – Warum ist das so schwer zu bewerkstelligen? *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2010; 45: 137–140
- 57 Schupp W. Ärztliches Management in der Rehabilitation. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2001; 175–183
- 58 Streibelt M, Hansmeier T, Müller-Fahrnow W. Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Ergebnisse einer randomisierten Verlaufsstudie. *Rehabilitation* 2006; 45: 161–171
- 59 Tavs HJ. Betriebsarzt und medizinische Rehabilitation. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Ulm, Institut der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der medizinischen Fakultät 2005
- 60 Trowitzsch L, Rust B. Erfahrungsbericht über das Bad Gandersheimer Modell zur Komplexrehabilitation – Aufbau eines südniedersächsischen Kompetenznetzwerkes für die Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. *Rehabilitation* 2000; 39: 291–296
- 61 van Treck B. Die Rolle des niedergelassenen Arztes bei der beruflichen Wiedereingliederung. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2009; 44: 174–176
- 62 Verbeek JH, Speten E, Kammeijer M et al. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 6: 352–357
- 63 Winge S, Mohs A, Müller K et al. Schnittstellen in der Rehabilitation – Drei Modelle. *Rehabilitation* 2002; 41: 40–47