Muschalla, B., Vilain, M., Lawall, C., Lewerenz, M., & Linden, M. (2009). Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. *Die Rehabilitation*, 48, 84-90.

Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung

Beate Muschalla¹, Martyn Vilain¹, Christof Lawall², Mario Lewerenz², Michael Linden¹

¹ Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin, und Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

² Grundsatzreferat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben (Ref. 8011) der Deutschen Rentenversicherung Bund

zur Publikation in: **Die Rehabilitation**

revidierte Fassung vom 02.11.08

Anschrift der Autoren:

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

Rehabilitationsklinik Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund

Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin, email: beate.muschalla@gmx.de

Danksagung:

Wir möchten den Kolleginnen und Kollegen Ader, Dräger, Fanselow-Hinrichs, Fischer, Hartmann, Honke, Kellermann, Landeck, Link, Müller, Musiol, Pinnow, Richter, Scharff, Schmidt-Kurschat, Walter-Stähler, Weber, Weber, Tschoep herzlich danken für ihre Mitarbeit bei dieser Untersuchung.

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Niedergelassene Ärzte spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung von chronischen Erkrankungen, d.h. Behinderungen gem. § 2 SGB IX und der Bestimmung von sozialen Teilhabestörungen, d.h. insbesondere Arbeitsunfähigkeit. Es wird untersucht, in welcher Weise Patienten in Praxen niedergelassener Allgemein- und Fachärzte krankheitsbedingte Teilhabestörungen erleben, und in welcher Weise diese Beeinträchtigungen mit erlebten Arbeitsplatzproblemen und Arbeitsunfähigkeit zusammenhängen.

Methode: 382 Patienten im Alter von 18-65 Jahren in Praxen niedergelassener Ärzte wurden mittels Fragebogen untersucht. Es wurden selbsteingeschätzte krankheitsbedingte Partizipationseinschränkungen im Alltags- und Berufsleben (IMET) erfasst sowie soziodemografische, berufsbezogene Merkmale und Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Ergebnisse: 27,4% der 299 berufstätigen Patienten gaben an, von Arbeitsplatzproblemen betroffen zu sein. 19% waren aktuell arbeitsunfähig. Diese berichteten signifikant häufiger von Mobbing Erfahrungen als die aktuell arbeitsfähigen Berufstätigen. Hinsichtlich quantitativer oder qualitativer Überforderung und äußeren Einflüssen gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Partizipationsbeeinträchtigungen waren bei allen Patienten am stärksten ausgeprägt bezüglich der Berufsrolle und Bewältigung besonderer Belastungen, jedoch ebenso zu finden bzgl. der Bewältigung von Pflichten in Familie und Haushalt, sozialen Aktivitäten. In allen Bereichen gaben die Arbeitsunfähigen im Durchschnitt signifikant höhere Beeinträchtigungsgrade an als die arbeitsfähigen Patienten.

Auch die Ärzte sahen psychosoziale Probleme bei ihren Patienten als häufigste Arbeitsplatzprobleme.

Schlussfolgerung: Chronische Krankheiten bzw. Behinderungen führen nicht nur zu arbeitsplatzbezogenen Partizipationsstörungen sondern zu generellen, lebensbereichübergreifenden Einschränkungen. In Praxen niedergelassener Ärzte sind Patienten mit derartigen Problemen häufig anzutreffen. Maßnahmen zur Verhinderung von von beruflichen wie allgemein sozialen Teilhabestörungen und insbesondere entsprechende Frühinterventionen müssen niedergelassene Ärzte zwingend mit einbeziehen.

Schlüsselwörter:

Funktionsstörungen, Partizipationsstörungen, Arbeitsunfähigkeit, Primärärztliche
Versorgung, Betriebliches Eingliederungsmanagement

Summary

Background: Primary care physicians play a crucial role in the assessment of disorders of participation, i.e. especially sick leave. In this study we investigated to which degree patients in primary care suffer from disorders of participation and how this is related to problem at the workplace and sick leave.

Method: 382 patients, aged 18-65, were investigated in primary care surgeries. Self-reported disorders of participation were measured with the IMET, together with sociodemographic and work-related information.

Results: 27,4% of 299 patients who were at present working reported to have problems at the workplace. 19% were at present on sick leave. These patients did significantly more often report conflicts at the workplace. No differences were found in respect to quantitative or qualitative overtaxation or in respect to context variables. Disorders of participation were strongest in respect to the workplace, but were also reported for the domain of family or social activities. Patients on sick leave also showed more impairment in these private areas than patients at work.

The treating physicians saw psychosocial problems as the primary cause for disorders of participation at the workplace.

Conclusion: Chronic illness does impair occupational as well as general social participation. Such patients are frequently seen in primary care. Physicians in primary health care therefore play an important role in the treatment of disorders of participation and especially in early intervention.

Keywords:

Disorders of functioning, disorders of participation, sick leave, primary medical care, vocational reintegration

Die Rolle niedergelassener Ärzte in der medizinischen Rehabilitation

Die Feststellung einer chronischen Krankheit bzw. Behinderung nach § 2 SGB IX, die Verlaufsbeurteilung, die Langzeittherapie, die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, die Beschreibung noch verbliebener Leistungs- und Einsatzmöglichkeiten und die Spezifizierung der Anforderungen an einen leidensgerechten Arbeitsplatz sind originär ärztliche Aufgaben und liegen vorrangig, wenn nicht sogar ausschließlich in der Hand der niedergelassenen Ärzte. Niedergelassene Ärzte sind in ihrer alltäglichen Praxis häufig damit konfrontiert, dass Patienten arbeitsunfähig geschrieben werden wollen oder müssen, dass Rehabilitationsanträge zu stellen sind oder Atteste über die Leistungsfähigkeit anzufertigen sind. Nach den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien [1] sind die niedergelassenen Vertragsärzte die einzigen, die in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [2] zu beurteilen haben, ob krankheitsbedingte Funktionsstörungen vorliegen, die zu Fähigkeitsstörungen führen, die partizipationsrelevant sind. Des Weiteren ist es Aufgabe der niedergelassenen Ärzte, Patienten so zu behandeln, dass im Sinne des Sozialgesetzbuches IX, § 2 (1) und § 26 (1) „chronische Krankheiten abgewendet, beseitigt, gemindert, ausgeglichen und eine Verschlimmerung, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, eine Pflegebedürftigkeit oder generell Einschränkungen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verhütet werden“ [3].

In der internationalen Literatur wird diese Rolle der niedergelassenen Ärzte in der Rehabilitation aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben. Aus epidemiologischer Sicht fanden Wasem et al (2001), dass 25% von 791 Patienten in allgemeinärztlichen Praxen unter arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen litten [4]. Patienten mit Langzeitarbeitsunfähigkeit und Frühberentung sind auf Grund ihrer Erkrankung besonders viel in Kontakt mit niedergelassenen Ärzten [5-8]. Die ärztlichen Primärbehandler sind auch als unabhängige Berater bei einer beruflichen Wiedereingliederung arbeitsloser Patienten tätig [9].

Von besonderer Bedeutung bzgl. Partizipationsstörungen sind psychische Erkrankungen, bei denen sich das Risiko von Arbeitsausfallzeiten verdoppelt [10-12]. Insbesondere bei Langzeitarbeitsunfähigkeit stehen psychische Störungen auch in der Hausarztpraxis an erster Stelle [13, 14]. Ausschließlich somatische chronische Erkrankungen beeinträchtigen begrenzt nur den Bereich der Arbeit und der Haushaltsaktivitäten, während psychische Erkrankungen zusätzlich zu Beeinträchtigungen auch im sozialen Bereich und den persönlichen Beziehungen führen [15]. Dies zeigt, dass bei der Behandlung insbesondere

von chronisch Kranken nicht nur arbeitsbezogene Teilhabestörungen, sondern die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (SGB IX, § 2,1 [3]) insgesamt berücksichtigt werden muss, d.h. auch Aktivitäten in Haushalt und Familie, Freizeit und sozialen Beziehungen [16-18].

Für den niedergelassenen Allgemeinarzt bzw. Hausarzt stellt sich die Frage, wie mit Gesundheitsstörungen umzugehen ist, die zu arbeitsbezogenen oder sonstigen Partizipationsproblemen führen, wie sie medizinisch i. S. des § 26 (2) Sozialgesetzbuchs IX [3] zu behandeln sind oder welche beruflichen oder sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten sind [19]. Von Bedeutung ist, dass der niedergelassene Arzt frühzeitig eine Arbeitsunfähigkeit auch als Risikofaktor für eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Auge hat [12].

Zur Rolle niedergelassener Ärzte in der medizinischen Rehabilitation gibt es trotz ihrer Schlüsselposition nahezu keine Literatur. Von daher war das Ziel der vorliegenden Arbeit, die Rolle beruflicher und sozialer Partizipationsstörungen bei Patienten niedergelassener Ärzte zu untersuchen, und die Einstellung der Ärzte zu diesem Tätigkeitsbereich zu erfragen.

Methode

Diese Studie ist Teil eines größeren Projekts zum „Beruflichen Eingliederungsmanagement“ der Deutschen Rentenversicherung Bund unter Förderung des Bundesministeriums für Soziales und des europäischen Sozialfonds [20].

Die Befragung wurde in Praxen niedergelassener Fachärzte und Allgemeinmediziner in einer Modellregion durchgeführt. In der Region konnten 56 Arztpraxen registriert werden. Davon waren 9 bereits geschlossen oder aus dem Modellgebiet weggezogen. 8 Praxen kamen aufgrund der Fachrichtung (Analytiker, Kinderärzte, Psychotherapeuten etc.) für das Modellprojekt nicht in Frage. Von den verbleibenden 39 Praxen nahmen 19 aus verschiedenen Gründen nicht teil: „kein Interesse“: 8, „keine Zeit“: 5, „kein Honorar“: 3, „keine AU-Fälle“: 3, Arzt konnte trotz anhaltender Bemühungen nicht persönlich erreicht werden.

Die übrigen 19 niedergelassenen Ärzte konnten nach telefonischer Terminabsprache persönlich interviewt werden.

Es handelte sich um sieben Allgemeinmediziner, vier Internisten, zwei Chirurgen, sowie jeweils einen Orthopäden, Urologen, Gynäkologen, Neurologen, Ophthalmologen und HNO-Arzt, die in eigener oder Gemeinschaftspraxis tätig waren.

Für das persönliche Interview mit den niedergelassenen Ärzten in deren Praxis wurde ein Fragebogen („Interview niedergelassener Ärzte“, in [20]) entwickelt, mittels dessen folgende Daten erhoben wurden: strukturelle Daten der Praxen, Patientenstruktur, Krankheitsschwerpunkten, AU- und Langzeit-AU-Zeiten und Gründe, Befassung der Ärzte mit sozialmedizinischen Fragestellungen, Häufigkeiten und Qualität von Kontakten zu anderen Beteiligten und Institutionen des Gesundheitssystems, Problemen im Umgang mit AU, Kenntnisse über Arbeitsplatzprobleme, Kenntnisse über und Bedarf an BEM, Kenntnisse über sozialmedizinische Instrumente wie ICF. Die durchschnittliche Dauer zur Beantwortung des Fragebogens lag bei 20 min. Alle Fragen, in denen die Ärzte Zahlen angeben sollten, wurden so formuliert, dass Schätzungen ausreichend waren. Andere Fragen wie z.B. die nach der Zusammenarbeit mit Institutionen wurden kategorial gestellt mit vorgegebenen Bewertungsmöglichkeiten. Darüber hinaus wurden aber auch individuelle Meinungen und Ansichten, sofern sie für die Befragungsthemen relevant waren freitextlich auf den Fragebögen notiert.

Des Weiteren wurden Patienten mittels Selbstauskunftfragebogen befragt.

In 10 Arztpraxen wurden jeweils über fünf Werktage hinweg bei der Anmeldung Fragebögen an ankommende Patienten ausgegeben, mit der Bitte, diese während des Wartens auszufüllen und anschließend wieder bei der Sprechstundenschwester abzugeben. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte auf freiwilliger Basis und anonym. Es gab keine Ausschlusskriterien für die Teilnahme. Von 507 insgesamt an der Befragung teilnehmenden Personen waren 382 Patienten im arbeitsfähigen Alter, d.h. zwischen 18 und 65 Jahren. Auf diese Stichprobe wird im Weiteren Bezug genommen. Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe ohne Anspruch auf epidemiologische Repräsentativität; sie ermöglicht jedoch eine Beschreibung und einen Vergleich der hinsichtlich arbeitsrelevanter Aspekte unterschiedlichen Patientengruppen.

Die Patienten wurden gebeten, in einem „Fragebogen zu Gesundheit und Arbeitsplatz“ Angaben zur Berufsqualifikation, zur aktuellen Berufstätigkeit, Vorliegen und Art von Problemen am Arbeitsplatz; Arztkontakten in den letzten drei Monaten, Arbeitsunfähigkeit

und die selbsteingeschätzte Notwendigkeit zu Veränderungen in der Arbeitsplatzsituation zu machen.

Selbsterlebte krankheitsbedingte Teilhabeeinschränkungen wurden mit einer modifizierten Version des „Index zur Messung von Einschränkungen zur Teilhabe, IMET“ [18] erfasst, einem ICF-basierten Selbsteinschätzungsbogen zu Beeinträchtigungen in verschiedenen Partizipationsbereichen im Alltag. Es werden 10 Items vorgegeben, zu denen jeweils eine Einschätzung über den krankheitsbedingten Beeinträchtigungsgrad (0: keine Beeinträchtigung -10: vollständige Beeinträchtigung) gegeben werden soll: (1) übliche Aktivitäten des täglichen Lebens, (2) familiäre und häusliche Verpflichtungen, (3) Erledigungen außerhalb des Hauses, (4) tägliche Aufgaben und Verpflichtungen, (5) Erholung und Freizeit, (6) Soziale Aktivitäten, (7) enge persönliche Beziehungen, (8) Sexualleben, (9) Bewältigung von außergewöhnlichen Belastungen, sowie (10) Bewältigung von Arbeit und beruflichen Verpflichtungen. Die Dimension (10) stellt eine Erweiterung gegenüber der Originalversion des IMET dar, die die Items (1) bis (9) enthält.

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS Version 12. Berechnet wurden Häufigkeitsverteilungen und deskriptive Kennwerte, bivariate Korrelationsanalysen nach Pearson, sowie Mittelwertunterschiede zwischen Patientengruppen mittels t-Test für unabhängige Stichproben bzw. einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA).

Ergebnisse

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten der befragten Patienten im arbeitsfähigen Alter. 80,2% der berufstätigen Patienten gaben an, einen Arbeitsplatz zur Existenzsicherung zu benötigen, für 19,8% war der aktuelle Arbeitsplatz primär bedeutsam zur Selbstverwirklichung. 27,4% der Patienten berichtete Probleme am Arbeitsplatz zu haben. 19% waren aktuell arbeitsunfähig. Arbeitsunfähige und arbeitslose Patienten unterschieden sich zwar hinsichtlich ihres Berufsstatus signifikant voneinander, nicht jedoch bzgl. der Arztkontakte und der Arbeitsunfähigkeits-Zeiten, wo beide signifikant über den arbeitsfähigen Patienten liegen. Patienten ohne Arbeitsplatz waren im Durchschnitt signifikant älter als die Berufstätigen.

[Tabelle 1 hier einfügen]

Bei arbeitsunfähigen (15,2%) als auch bei arbeitsfähigen Patienten (14,6%) wurde „quantitative Überforderung“ als häufigstes Problem genannt. Arbeitsfähige Patienten berichteten in 2,5% der Fälle von „Mobbing“ im Vergleich zu 10,9% der aktuell arbeitsunfähigen. 43,8 % der Patienten mit Arbeitsproblemen und aktueller Arbeitsunfähigkeit fühlten sich bedroht von einem möglichen Arbeitsplatzverlust aufgrund ihrer Langzeitkrankschreibung. 71,4% von ihnen gaben an, es wären Veränderungen am Arbeitsplatz notwendig, damit sie wieder in ihre aktuelle Arbeitstätigkeit zurückkehren könnten. 20,3% der 83 Patienten ohne Arbeitsplatz gaben an keinen Bedarf bzgl. einer Erwerbsarbeit zu haben, aufgrund anderer finanzieller Absicherung; die anderen waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend.

Das Niveau der erlebten krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (Tabelle 2) lag in der Gesamtstichprobe wie auch in den verschiedenen Subgruppen am höchsten im Bereich „Arbeit und berufliche Verpflichtungen“, gefolgt von „Bewältigung besonderer Belastungen“. Hohe Werte fanden sich auch im Bereich „Freizeit und Erholung“.

Von den berufstätigen Patienten gaben die aktuell Arbeitsunfähigen in allen Partizipationsbereichen signifikant höhere Beeinträchtigungswerte an als die aktuell Arbeitsfähigen. Auch Patienten ohne Arbeitsplatz hatten in allen Bereichen signifikant höhere Beeinträchtigungswerte als berufstätige arbeitsfähige Patienten.

[Tabelle 2 hier einfügen]

Zwischen den verschiedenen Partizipationsdimensionen bestehen signifikante mittlere bis hohe Korrelationen (Tabelle 3). Die Dimension „Beruf und Arbeit (10)“ weist die engsten Zusammenhänge auf zu den Bereichen „Bewältigung außergewöhnlicher Belastungen (9)“ sowie „alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen (4)“, aber auch mit dem nicht-arbeitsbezogenen Bereich „enge persönliche Beziehungen (7)“ wird ein mittlerer Zusammenhang erreicht.

[Tabelle 3 hier einfügen]

Von den 19 an der Befragung teilnehmenden Ärzten gaben 44 % an, täglich mit Arbeitsplatzproblemen bei ihren Patienten befasst zu sein und weitere 33 % mehrere Male

pro Woche. Als häufigste Probleme wurden von 58 % der Ärzte psychosoziale Probleme am Arbeitsplatz genannt, von 56 % somatomedizinische und speziell orthopädische Probleme und von 18 % Probleme mit der Arbeitsplatzausstattung bzw. den Arbeitsbedingungen. Alle interviewten Ärzte gaben an, in den letzten vier Wochen patientenbezogene Kontakte mit der Krankenkasse gehabt zu haben, 83 % Kontakte mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MdK), 41 % Kontakte mit dem Integrationsamt, 31 % Kontakte mit dem Sozialamt und 38 % Kontakte mit dem Arbeitsamt. Gefragt, wie hilfreich solche Kontakte für die weitere Betreuung und Weiterentwicklung des Patienten waren, gaben die Ärzte als wenig bis überhaupt nicht hilfreich an: 70 % der Kontakte mit den Krankenkassen, 60 % der Kontakte mit dem MdK, 60 % der Kontakte mit dem Integrationsamt, 45 % der Kontakte mit dem Sozialamt, 50 % der Kontakte mit dem Arbeitsamt.

Diskussion

In der untersuchten Stichprobe wurden Arbeitsplatzprobleme von Patienten in ähnlicher Häufigkeit genannt wie in Untersuchungen anderer Autoren [4]. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Teilhabestörungen insgesamt und Arbeitsplatzprobleme im Besonderen in der primärärztlichen Versorgung häufige Phänomene sind und regelhaft verbunden sind mit beruflichen Partizipationsbeeinträchtigungen, was insbesondere an langen Arbeitsunfähigkeitszeiten sichtbar wird.

Bemerkenswert ist, dass es zwischen berufstätigen arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Patienten keine Unterschiede hinsichtlich erlebter quantitativer, qualitativer Überforderung oder äußerer Belastungen gibt, sondern vor allem im psychosozialen Bereich. Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass psychische Störungen in besonderer Weise mit Arbeitsunfähigkeit assoziiert sind [11, 15], lässt sich hieraus schlussfolgern, dass längere Arbeitsunfähigkeit wesentlich mit psychischen und interaktionellen Problemen assoziiert ist, was möglicherweise über sich verselbständigende arbeitsplatzbezogene Ängste zu erklären ist [21, 22].

Bezüglich der Art selbstberichteten Beeinträchtigungen ist hervorzuheben, dass nicht nur *arbeitsbezogene* Einschränkungen zu berücksichtigen sind, sondern dass es aufgrund der Gesundheitsprobleme Teilhabestörungen in nahezu allen Lebensbereichen kommt. Teilhabebeeinträchtigungen bzgl. der Arbeit („Arbeitsunfähigkeit“) werden jedoch als

besonders schwerwiegend erlebt, was verstehbar ist,, da vom Lebensbereich Arbeit für den Großteil der Befragten die Existenzsicherung abhängt. Die durchweg hohen Interkorrelationen der verschiedenen Einschränkungsbereiche sprechen dafür, dass, *wenn* es zu arbeitsplatzbezogenen Beeinträchtigungen kommt, zumeist gleichzeitig oder bereits vorher auch andere Lebensbereiche beeinträchtigt sind und somit eine „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ nur ein Teilaspekt der Wiederherstellung der sozialen Teilhabe insgesamt sein kann.

Von Bedeutung ist auch, dass Patienten ohne Arbeitsplatz in vielen Parametern mit den arbeitsunfähigen Patienten vergleichbar sind und sich deutlich von den arbeitsfähigen Patienten unterscheiden. Dies spricht dafür, dass Arbeitslosigkeit zumindest partiell analog zur Arbeitsunfähigkeit als Indikator von Partizipationsstörungen angesehen werden muss. Sie werden möglicherweise nicht in gleichem Maße arbeitsunfähig geschrieben, da sie ohnehin nicht arbeiten müssen, obwohl korrekterweise eine Arbeitslosigkeit voraussetzt, dass man gesundheitsbedingt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen kann. Wenn dies nicht möglich ist, wäre ein Patient arbeitsunfähig zu schreiben. Lediglich bei einer Minderheit der Patienten ohne Arbeit ist anzunehmen, dass sie diese nicht benötigen, daher verliert auch für diese Patienten die Relevanz der Teilhabe in diesem Lebensbereich nicht an Bedeutung.

Die Ärztebefragung zeigt, dass Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingte Gefährdungen des Arbeitsplatzes auch aus Sicht der niedergelassenen Ärzten von großer Bedeutung sind und Teil ihrer alltäglichen Arbeit. Die Ergebnisse zeigen des Weiteren, dass die Ärzte durchaus vielfältige Kontakte mit Institutionen der sozialmedizinischen Unterstützung haben. Die Angaben deuten jedoch auch darauf hin, dass es offenbar Kooperations- und Kommunikationsprobleme zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und Institutionen der sozialmedizinischen Patientenmitversorgung (Krankenkassen, Integrationsamt, Arbeitsamt, Rentenversicherung usw.) bestehen. Es wäre wichtig die sich in den Globalurteilen abzeichnenden Probleme in weiteren Studien im Detail zu klären, da nur von einer guten Kooperation aller Beteiligten auch gute Ergebnisse zu erwarten sind. Hier scheint die Notwendigkeit für Optimierungsbemühungen aller Beteiligten gegeben zu sein.

Kernbotschaft und Ausblick

Niedergelassene Ärzte sind die primären und auch langfristigen Behandler von chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen i.S. von § 2 SGB IX. In ihrer Hand liegt auch die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit. Sie sind daher Primärbehandler und zentrale Mittler und Koordinatoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung eines Erkrankten an seinem Arbeitsplatz bzw. ins Berufs- und weitere soziale Leben.

Maßnahmen zur berufliche Wiedereingliederung wie ein Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX [3] müssen eingeordnet werden in einen größeren Zusammenhang und als ein Teil einer Förderung der „Teilhabe am sozialen Leben“ gesehen werden. Notwendig in diesem Prozess einer Wiedereingliederung am bestehenden Arbeitsplatz ist die Kommunikationsbereitschaft zwischen Patient bzw. Arbeitnehmer, seinem Arbeitgeber und seinem behandelnden Arzt.

Es besteht noch erheblicher Forschungsbedarf, um die Rolle und Interventionsmöglichkeiten niedergelassener Ärzte in der medizinischen Rehabilitation besser herauszuarbeiten.

Literatur

- [1] Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien). Bundesanzeiger Nr. 61 vom 27.03.2004
- [2] World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001
- [3] Bundesregierung. Sozialgesetzbuch IX. Bundesrepublik Deutschland; 2007
- [4] Wasem L, Verdon F, Holtz J, Decrey H, Boillat MA. Occupational anamnesis in primary care medicine: presentation of a screening questionnaire for health problems related to work. *Rev Med Suisse Romande* 2001; 121: 854-859
- [5] Bergh H, Baigi A, Mansson J, Mattsson B, Marklund B. Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public Health* 2007; 121: 25-33
- [6] Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Predictors of disability in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *European Journal of Public Health* 2004; 14: 398-405
- [7] Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Eovianio M, Sund R, Virtanen P, Ferrie JE. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment and disability pension among temporary and permanent workers. *Occupational and Environmental Medicine* 2006; 63: 212-219
- [8] Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health* 2008, ahead of print
- [9] Claussen B, Helmert U. Unemployment as a challenge for general practice. *Gesundheitswesen* 1998; 60: 143-147

- [10] Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. Bundesgesundheitsbl., Gesundheitsforsch., Gesundheitsschutz 2001; 44: 993-1000
- [11] Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidt kunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatz surveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen 1999; 61: 216-222
- [12] Alexanderson KA, Borg KE, Hensing GK. Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnosis: an 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension. Work 2005; 25: 115-124
- [13] Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemein arztpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der Nervenarzt 1996; 67: 205-215
- [14] Kühn KU, Quednow BB, Barkow K, Heun R, Linden M, Maier W. Chronic course and psychosocial disability caused by depressive illnesses in general practice patients during a one year period. Results of a study by the World Health Organization. Nervenarzt 2002; 73: 644-650
- [15] Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS, Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2008, in press
- [16] Wiersma D, DeJong A, Kraaijkamp HJM, Ormel J. The Groningen Social Disabilities Schedule. Manual and Questionnaires, 2nd Version. University of Groningen, Department of Social Psychiatry: World Health Organization; 1990

- [17] Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber; 2008
- [18] Deck R, Mittag O, Hüppe A, Muche-Borowski C, Raspe H. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007; 76: 113-120
- [19] Guzman J, Yassi A, Cooper JE, Khokhar J. Return to work after occupational injury. Family physicians' perspectives on soft-tissue injuries. Can Fam Physician 2002; 48: 1912-1919
- [20] Lawall C, Lewerenz M, Weiss J, Vilain M, Muschalla B, Linden M. Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abschlussbericht zum Modellprojekt. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2008
- [21] Linden M, Muschalla B. Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Der Nervenarzt 2007; 78: 39-44
- [22] Linden M, Muschalla B. Anxiety disorders and workplace-related anxieties. Journal of Anxiety Disorders 2007; 21: 467-474

Tabelle 1. Stichprobencharakteristika bei Patienten (18-65 Jahre) in Praxen niedergelassener Ärzte (N=382). Prozentuale Häufigkeiten, Mittelwerte (Standardabweichung), Signifikanz der Mittelwertdifferenzen (ANOVA).

^a Patienten ohne Arbeitsplatz versus Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsfähig

^b Patienten ohne Arbeitsplatz versus Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsunfähig

^c Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsunfähig versus Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsfähig

	Alle (N=382)	Patienten ohne Arbeitsplatz (N=83)	Patienten mit Arbeitsplatz aktuell arbeitsunfähig (N=57)	Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsfähig (N=242)	Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen
Alter	44 (12,4)	48,3 (12,9)	42 (10,3)	40,8 (11,1)	O AF <0,001*** O AU 0,034**
Geschlecht (% Anteil Frauen)	72,3%	71,1%	56,4%	77,5%	
Berufsabschluss					
Ohne Berufsabschluss	4,8%	10,3%	3,6%	2,6%	
In Ausbildung	3,8%	1,3%	3,6%	6,1%	
Lehre/Fachschule	64,9%	71,8%	65,5%	63,0%	
Meister	4,8%	2,6%	3,6%	5,2%	
Fachhochschule/Universität	20,8%	12,8%	23,6%	22,6%	
sonstiges	1,0%	1,3%	0,0%	0,4%	
Bedeutung eines Arbeitsplatzes					
Kein Bedarf	4%	20,3%	0,0%	0,0%	
Existenzsicherung	75%	54,7%	79,6%	80,5%	
Selbstverwirklichung	21%	25,0%	20,4%	19,5%	
Probleme am Arbeitsplatz?	20,5%		35,2%	25,1%	
Fehlzeiten	2,4%		8,7%	1,0%	
Mobbing	4,5%		10,9%	2,5%	
Quantitative Überforderung	15,9%		15,2%	14,6%	
Qualitative Überforderung	5,7%		8,7%	5,0%	
Äußere Belastungen	14,2%		13,0%	14,1%	
Arbeitsplatz ist bedroht	12,4%		19,6%	10,3%	

Veränderungen am Arbeitsplatz notwendig	34,6%		41,7%	18,2%	
Arztkontakte in letzten drei Monaten	1,87 (1,6)	2,12 (1,7)	2,35 (2,9)	1,6 (1,1)	^c 0,076*
AU Dauer in letzten 12 Monaten in Wochen	3,38 (7,7)	6,85 (13,7)	6,78 (10,6)	1,84 (3,5)	^a 0,001*** ^c 0,023**
AU aktuell	19% (N=72)	18% (N=15)	100% (N=57)	0% (N=242)	
AU Dauer aktuell in Wochen (Patienten mit AU aktuell)	1,65 (7,9)	4,75 (16,7)	4,74 (7,7)	0,0 (0,0)	^a 0,001*** ^c 0,002***

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Tabelle 2. Selbsteingeschätzter Grad krankheitsbedingter Partizipationseinschränkungen in verschiedenen Dimensionen des alltäglichen Lebens nach IMET bei Patienten in der Primärversorgung (Altersgruppe 18-65; N=382). Mittelwerte (Standardabweichungen). Gruppenunterschiede mit einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA).

^a Patienten ohne Arbeitsplatz versus Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsfähig

^b Patienten ohne Arbeitsplatz versus Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsunfähig

^c Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsunfähig versus Patienten mit Arbeitsplatz arbeitsfähig

IMET: Beeinträchtigungen im Alltag durch Krankheit	Alle (N=382)	Patienten ohne Arbeits- platz (N=83)	Patienten mit Arbeits- platz, aktuell arbeits- unfähig- (N=57)	Patienten mit Arbeits- platz, arbeits- fähig (N=242)	Signifikanz der Differenz
(1) Übliche Aktivitäten der alltäglichen Lebens	0,94 (1,9)	1,6 (2,5)	2,13 (2,4)	0,48 (1,3)	^a <0,001*** ^b 1,000 ^c <0,001***
(2) Familiäre und häusliche Verpflichtungen	1,44 (2,2)	2,2 (2,9)	2,8 (2,8)	0,96 (1,6)	^a <0,001*** ^b 1,000 ^c <0,001***
(3) Erledigungen außerhalb des Hauses	1,02 (1,9)	1,9 (2,6)	2,08 (2,9)	0,53 (1,3)	^a <0,001*** ^b 1,000 ^c <0,001***
(4) Tägliche Aufgaben und Verpflichtungen	1,53 (2,5)	2,5 (3,5)	3,38 (3,1)	0,94 (1,7)	^a <0,001*** ^b 1,000 ^c <0,001***
(5) Freizeit und Erholung	1,6 (2,5)	2,4 (3,0)	3,48 (3,1)	1,01 (1,8)	^a <0,001*** ^b 0,630 ^c <0,001***
(6) Soziale Aktivitäten	1,1 (2,1)	1,7 (2,5)	2,27 (2,9)	0,6 (1,4)	^a 0,001*** ^b 1,000 ^c <0,001***

(7) Enge persönliche Bindungen	0,78 (1,7)	1,2 (2,2)	1,54 (2,2)	0,53 (1,2)	a 0,041** b 1,000 c 0,071*
(8) Sexuelle Aktivitäten	1,33 (2,5)	1,9 (3,0)	1,98 (3,1)	0,95 (1,8)	a 0,016** b 1,000 c 0,119
(9) Bewältigung besonderer Belastungen	1,56 (2,5)	2,2 (3,0)	3,31 (3,3)	1,02 (1,8)	a 0,002** b 0,461 c <0,001***
(10) Beruf und Arbeit	2,01 (2,8)	3,4 (3,8)	4,18 (3,3)	1,28 (1,9)	a <0,001*** b 1,000 c <0,001***

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Tabelle 3. Interkorrelationen (Pearson-Korrelationen) der selbsteingeschätzten Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen

Einschränkungen in:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) Aktivitäten der alltäglichen Lebens (Waschen, Anziehen, Essen, sich im Haus bewegen)										
(2) Verpflichtungen in Familie und Haushalt (Arbeiten in Haus und Garten)	.785**									
(3) Erledigungen außerhalb des Hauses (einkaufen gehen, Behördengänge, öffentliche Verkehrsmittel benutzen)	.748**	.764**								
(4) Alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen (Arbeitsleben, Hausarbeit)	.731**	.814**	.789**							
(5) Freizeit und Erholung (Hobbys, Sport, Urlaub)	.684**	.769**	.738**	.795**						
(6) Soziale Aktivitäten (Freunde treffen, essen gehen, Theater, Feiern)	.645**	.654**	.723**	.723**	.753**					
(7) enge persönliche Beziehungen (enge Freundschaften, Partnerschaft)	.434**	.524**	.544**	.535**	.529**	.600**				
(8) sexuelle Aktivitäten (Häufigkeit und Qualität).	.356**	.410**	.397**	.417**	.489**	.531**	.555**			
(9) Bewältigung spezieller Belastungen (Familienkonflikte, schwierige berufliche Situationen)	.468**	.536**	.535**	.626**	.549**	.596**	.619**	.546**		
(10) Beruf und Arbeit (Arbeitsleistung, Erfüllung beruflicher Anforderungen)	.579**	.653**	.626**	.795**	.687**	.622**	.526**	.557**	.776**	

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$