

**Aus dem Lehrbereich Allgemeinmedizin  
der Universität Tübingen  
Leitung: Dr. M. Datz und Dr. M. Eissler**

**Die Kooperation von Hausärzten und Betriebsärzten –  
Reflexionen, Erfahrungen, Defizite und Barrieren. Eine  
qualitative Studie anhand von Fokusgruppeninterviews**

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

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

**vorgelegt von**

**Ira Manske**

**aus**

**Münster**

**2012**

Dekan: Professor Dr. I. B. Authenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Lorenz

2. Berichterstatter: Frau Professor Dr. M. Rieger

Meiner Familie



# Inhalt

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>iii</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Schnittstelle Allgemeinmedizin/Betriebsmedizin	1
1.2 Kooperation(~sschwierigkeiten) zwischen Haus- und Betriebsärzten	4
1.3 Was ist zu tun?	6
1.4 Ziel der Studie	7
1.5 Anmerkung	7
<b>2 Material und Methoden</b>	<b>9</b>
2.1 Warum Fokusgruppeninterviews?	10
2.2 Die drei Fokusgruppen	11
2.2.1 Kriterien für die Zusammensetzung der Fokusgruppen	12
2.2.2 Auswahl der Studienteilnehmer	13
2.2.3 Zusammensetzung der Fokusgruppen	14
2.2.4 Der Interview-Leitfaden	16
2.2.5 Auswahl der Moderatorin	17
2.2.6 Durchführung der Fokusgruppeninterviews	17
2.3 Auswertung	19
2.3.1 Pseudonymisierung und Transkriptionsprozess	19
2.3.2 Inhaltliche Auswertung und Ergebnisdarstellung	20
2.4 Validierung der Ergebnisse durch die Teilnehmer	25
2.5 Datenschutz und Einverständniserklärung	25
2.6 Finanzierung	26
2.7 Genehmigung der Studie	26
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>27</b>
3.1 Erfahrungen – Was erleben Ärzte im Umgang mit Kollegen?	28
3.1.1 Fokusgruppe Hausärzte	28
3.1.2 Fokusgruppe haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte	32
3.1.3 Fokusgruppe Betriebsärzte	36
3.2 Reflexionen – Was denken Ärzte über ihre Kollegen?	39

3.2.1	<i>Fokusgruppe Hausärzte</i> .....	39
3.2.2	<i>Fokusgruppe haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte</i> .....	41
3.2.3	<i>Fokusgruppe Betriebsärzte</i> .....	45
3.3	Kooperation – Warum (nicht) zusammenarbeiten?.....	46
3.3.1	<i>Fokusgruppe Hausärzte</i> .....	47
3.3.2	<i>Fokusgruppe haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte</i> .....	51
3.3.3	<i>Fokusgruppe Betriebsärzte</i> .....	55
<b>4</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>61</b>
4.1	Studiendesign .....	61
4.2	Inhalt.....	62
4.2.1	<i>Emotionen</i> .....	64
4.2.2	<i>Einstellungen</i> .....	66
4.2.3	<i>Mängel in der Zusammenarbeit</i> .....	68
4.2.4	<i>Mängel an Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit</i> .....	69
4.2.5	<i>Strukturelle Barrieren</i> .....	71
4.2.6	<i>Äußere Faktoren</i> .....	71
4.3	Ärztliche Kooperation laut Berufsordnung.....	72
4.4	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Literatur.....	73
4.5	Kooperationsprojekte.....	74
4.6	Limitationen der Studie.....	74
4.7	Schlussfolgerung.....	75
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>76</b>
<b>6</b>	<b>Abbildungen und Tabellen</b> .....	<b>I</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>8</b>	<b>Veröffentlichungen</b> .....	<b>VIII</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>IX</b>
	<b>Danksagungen</b>	<b>XXIV</b>
	<b>Lebenslauf</b>	<b>XXV</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BA	Betriebsarzt
BÄ	Betriebsärztin
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
HA	Hausarzt
HÄ	Hausärztin
HBA	haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt
HBÄ	haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin
HK	Hauptkategorie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MOD	Moderatorin
OK	Oberkategorie
Reha	Rehabilitation
UK	Unterkategorie



# 1 Einleitung

## 1.1 Schnittstelle Allgemeinmedizin/Betriebsmedizin

Das Tätigkeitsfeld von Allgemein- und Betriebsmedizinern<sup>1</sup> in Deutschland weist eine Reihe von Überschneidungen auf, in der beide Berufsgruppen wichtige Schlüsselfunktionen übernehmen. So stellen z. B. präventive Ansätze sowohl in der Allgemein- als auch in der Betriebsmedizin eine relevante Komponente in der Patientenbetreuung dar. Ebenso spielen die Langzeitbetreuung von Patienten (nicht nur bezüglich arbeitsplatzbezogenen Erkrankungen), Fragestellungen zur Rehabilitation und Wiedereingliederung nach Krankheit oder bei gewandeltem Leistungsvermögen für beide ärztlichen Berufsgruppen eine wichtige Rolle.

### Arbeitsunfähigkeit

Es ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil an Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit auf arbeitsbezogene Belastungsfaktoren zurückzuführen ist. Die Erkennung von arbeitsbezogenen Belastungen und deren ätiopathogenetischer Bedeutung für Erkrankungen ist für eine adäquate Behandlung von Patienten unerlässlich. Beispielsweise können muskuloskelettale Erkrankungen zu einem beträchtlichen Teil arbeitsplatzbedingt sein. In einer Befragung von mehr als 30.000 Beschäftigten in deutschen Betrieben berichteten 47% der Befragten über unspezifische Rückenschmerzen, wobei diese von der überwiegenden Mehrheit der Befragten (76%) in Zusammenhang mit dem Beruf gebracht wurden (Vetter und Redmann 2005). In Fehlzeitenberichten der Barmer Krankenkasse oder der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) waren die meisten krankheitsbedingten Ausfalltage

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit ist in den männlichen Bezeichnungen „Arzt“ und „Ärzte“ bzw. „Mediziner“ die weibliche Bedeutung „Ärztin(nen)“ bzw. „Medizinerin(nen)“ eingeschlossen.

## 1 Einleitung

(ca. 25%) auf muskuloskelettale Erkrankungen zurückzuführen (Barmer 2008; Vetter-Kerkhoff, Badura et al. 2009). Außerdem scheint die Zahl psychischer Erkrankungen zu steigen, die in Zusammenhang mit arbeitsbedingten Stressfaktoren (wie Leistungsdruck oder Mobbing) stehen (Bungart 2005). Fast jede zehnte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Deutschland geht mittlerweile auf psychische Beschwerden zurück, darunter vor allem psychosomatische Störungen, Belastungsstörungen (z. B. Burnout-Syndrom) und depressive Episoden (Vetter-Kerkhoff, Badura et al. 2009). Im Jahr 2008 waren laut Gesundheitsbericht der Techniker Krankenkasse insbesondere diese Erkrankungen neben denen des Bewegungsapparates, Verletzungen und Atemwegserkrankungen am häufigsten für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle verantwortlich (Grobe und Dörning 2009).

### **Arbeitsplatzbezogene Teilhabestörungen**

In einer Querschnittuntersuchung zum Thema arbeitsplatzbezogene Teilhabestörungen (z. B. bezogen auf Aktivitäten des Alltags, familiäres Leben, persönliche Beziehungen, Erholung und Freizeit) wurden 382 Patienten aus 19 deutschen Arztpraxen schriftlich befragt. Hierbei gaben fast 30% der zu dem Zeitpunkt Arbeitsfähigen (n=299) an, von Arbeitsplatzproblemen betroffen zu sein. Die aktuell Arbeitsunfähigen berichteten signifikant häufiger von Mobbing-Erfahrungen als die aktuell Arbeitsfähigen. Die Arbeitsplatzprobleme hatten nach Meinung der behandelnden Ärzte zum Großteil eine psychosoziale Ursache (Muschalla, Vilain et al. 2009).

### **Setting-Ansatz**

Gewöhnlich ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner vor allem für Patienten mit gesundheitlichen Problemen. In der betriebsärztlichen Sprechstunde besteht das Klientel dagegen aus eher gesunden bzw. arbeitsfähigen Personen und solchen mit bisher unerkannten gesundheitlichen Einschränkungen. Gemäß dem so genannten Setting-Ansatz sollten gesundheitsfördernde und

## 1 Einleitung

präventive Maßnahmen in jenen Lebensbereichen stattfinden, in denen Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen, wie z. B. am Arbeitsplatz (World Health Organisation 2011). Somit wird deutlich, dass sowohl Hausärzte (als vertraute Begleiter ihrer Patienten über einen langen Zeitraum hinweg) als auch Betriebsärzte (mit ihrer Kenntnis der vorherrschenden Bedingungen und Möglichkeiten am Arbeitsplatz) entscheidende Funktionen im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Erkennung von Krankheit, deren Therapie und Rehabilitation innehaben.

### **Chancen der Kooperation**

Ungenutzte Chancen einer engeren Kooperation zwischen Haus- und Betriebsarzt sieht der Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte vor allem in der Rehabilitation und der Wiedereingliederung, bei der Betreuung chronisch Kranker, in der Prävention und zur Vermeidung doppelter Diagnostik. Konkret würden dem Hausarzt zur Diagnosestellung oft Informationen über Arbeitsplatzbelastungen fehlen, z. B. der Umgang des Patienten mit Lösemitteln, Hautbelastungen und Arbeit unter ergonomisch ungünstigen Bedingungen. Auch die Betreuung chronisch kranker Patienten erfordere häufig entsprechende Kenntnisse der betrieblichen Anforderungsprofile und des Arbeitsplatzes, z. B. bei Schichtarbeitern mit Diabetes mellitus oder Hypertonus. Durch Austausch von Daten wie z. B. Labor- und EKG-Befunden würden – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt – unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Eine offene Kommunikation und enge Abstimmung zwischen Betriebs- und Hausärzten ist auch im Umgang mit Suchtkranken erforderlich, um den Betroffenen eine wirksame Therapie zu ermöglichen (VDBW 2004).

### **Präsentismus**

Über die bereits dargestellten Daten und Hintergründe hinaus ist auch der so bezeichnete Präsentismus ernst zu nehmen: Nationale und internationale

## 1 Einleitung

Studien zeigen auf, dass ein beträchtlicher Anteil von sowohl Angestellten als auch selbstständig Arbeitenden trotz Krankheit zur Arbeit gehen. Gründe hierfür sind unter anderen die Angst vor einem Verlust des Arbeitsplatzes (Burgard, Brand et al. 2009; Hansen und Andersen 2009; Pfaff, Janßen et al. 2009; Bergstrom, Bodin et al. 2009a; Bergstrom, Bodin et al. 2009b).

### **1.2 Kooperation(~sschwierigkeiten) zwischen Haus- und Betriebsärzten**

Die gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Relevanz arbeitsbezogener Belastungen und mit ihr die Potenz der Schnittstelle von Haus- und Betriebsmedizin sind deutlich. Trotzdem scheint in der allgemeinmedizinischen Praxis ein gewisser „Blind Spot“, ein blinder Fleck, für arbeitsbezogene Belastungen zu bestehen und ist auf internationaler Ebene seit langem Gegenstand der Diskussion (Pfaff, Janßen et al. 2009).

Denn obwohl Haus- und Betriebsärzte die gleichen Patienten betreuen, zeigen Erfahrungen, dass viele dieser Patienten nicht von ihnen gemeinsam betreut werden. Informationen zur Beziehung und Art der Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und niedergelassenen Allgemeinmedizinern sind in Deutschland bislang kaum wissenschaftlich erfasst worden. Besonders die Ursachen der nicht funktionierenden und für Patienten und Ärzte oft unbefriedigenden Zusammenarbeit der Haus- und Betriebsärzte, sind bisher wenig bekannt. Eine Literaturrecherche zum Thema führte insgesamt zu einer spärlichen Anzahl an relevanten Quelltexten (Moßhammer, Manske et al. 2009; Moßhammer, Manske et al. 2011). Hinzu kommt, dass diese wenigen Daten z. T. aus Quellen stammen, in denen die Thematik oft nur am Rande eines eigentlich ganz anderen Inhaltes aufgegriffen wurde. So wird z. B. das beide Berufsgruppen betreffende Thema Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit behandelt und in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht, dass die

## 1 Einleitung

Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsarzt in diesem Zusammenhang „oft hilfreich“ sei, sie könne aber „vielerorts noch intensiviert werden“ (Hupfer 2007). In einer Glosse im Ärzteblatt werden Betriebsärzte beschuldigt, aus Mangel an Anerkennung der Gutachten von Kollegen unnötige Doppeluntersuchungen zu veranlassen (Lehmann 2002). Als Antwort darauf erscheinen in Form von Leserbriefen empörte Antworten, die z. T. Anschuldigungen zurückgeben, z. T. aber auch auf die im Allgemeinen schlechte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsmedizinern aufmerksam machen und zu engerer Zusammenarbeit aufrufen (Mölders 2002; Schuckmann 2002; Sonnleitner 2002; Wolfgang 2002). In solchen Quellen wird also fast ausschließlich von einer nicht ausreichenden Kooperation gesprochen, ein Austausch oder eine engere Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen finde selten statt (Peschke 2009).

Auch International werden Kooperationsdefizite bemängelt. In einer Befragung von mehr als 200 niederländischen Haus- und Betriebsärzten aus dem Jahr 1995 bezeichneten lediglich 38% der Hausärzte das Verhältnis zu den Betriebsärzten als gut. Als Gründe für die schlechte Kooperation wurden unter anderem die fehlende Kenntnis der Hausärzte über die betriebsärztliche Tätigkeit und die Unklarheit, inwieweit Betriebsärzte die ihnen von den Hausärzten mitgeteilte Informationen benutzten (Buijs, van Amstel et al. 1999). Einzelnen nationalen Aussagen zufolge würde eine Kooperation durch folgende Faktoren beeinträchtigt: die Rechtsgrundlage, fehlende finanzielle Anreize für den Aufwand und Konkurrenzdenken (Peschke 2009; Schoeller 2010a).

In einer Befragung von über 3000 deutschen Angestellten wurde einem Drittel der Befragten von ihrem Betriebsarzt empfohlen ihren Hausarzt wegen eines Befundes aufsuchen, was von 64 % realisiert wurde. Die Angaben zur Befolgung der Empfehlung variierten jedoch stark: so befolgten den ärztlichen Rat z. B. nur 18 % derer, denen die Empfehlung wegen Nikotinabusus, jedoch immerhin 77 % derer, denen sie zur Kontrolle des Blutdrucks nahegelegt wurde (Hartmann, Seidel et al. 2007). Dies zeigt, dass auch das Verhalten des

## 1 Einleitung

Patienten als mögliche Barriere der Kooperation zwischen Haus- und Betriebsarzt angesehen werden muss.

Konsens über die Notwendigkeit engerer Kooperation (Beaumont 2003; Sng, Lee et al. 2008) und fachübergreifender Lehre bzw. Weiter- und Fortbildung herrscht v. a. auf Seiten der Arbeitsmediziner (Nauta, Well et al. 2006).

### **1.3 Was ist zu tun?**

Die aufgezeigte relativ hohe Prävalenz arbeitsplatzbezogener Fragestellungen in der Hausarztpraxis, die Überschneidung der Tätigkeitsfelder und die beschriebenen Kooperationsdefizite zeigen die Bedeutung des Themas auf. Die mit dem demografischen Wandel verbundene Alterung unserer Gesellschaft lässt darüber hinaus eine zunehmende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeitsrate vor allem durch chronische Krankheiten bei längerer Lebensarbeitszeit erwarten. So scheint es auch im Hinblick darauf von großer Wichtigkeit, die Schnittstelle von Allgemein- und Betriebsmedizin näher zu beleuchten.

Da durch die Behebung von Kooperationsdefiziten nicht nur Unternehmen und Krankenkassen, für welche gesunde Beschäftigte weniger Fehlzeiten und somit geringere Kosten bedeuten, langfristig profitieren würden, sondern vor allem die Versorgungsqualität von erwerbstätigen Patienten erheblich verbessert werden könnte, gilt es, die bestehenden Defizite sowie möglichst auch die Gründe für diese systematisch zu erfassen. Dies ist insofern erforderlich, da die Literatur zum Thema bisher fast ausschließlich von Autoren aus dem Ausland bzw. in Deutschland lediglich von Autoren aus der Arbeitsmedizin zu stammen scheint. Aussagen und Erfahrungen von Hausärzten zum Thema sind kaum wissenschaftlich erfasst.

Da insbesondere für Deutschland grundlegende Informationen fehlen, soll in der vorliegenden Studie von Angehörigen beider Berufsgruppen ein Meinungsbild im Hinblick auf die gemeinsamen (potentiellen) Schnittstellen erhoben werden.

### **1.4 Ziel der Studie**

Die Fragestellung der Untersuchung richtet sich darauf, die von deutschen Haus- und Betriebsärzten wahrgenommenen Kooperationsdefizite und Barrieren der Zusammenarbeit zu erfassen. Um die Hintergründe vorhandener Kooperationsschwierigkeiten noch tiefgreifender verstehen zu können, sollen zusätzlich Informationen zu den bisherigen Erfahrungen der Ärzte mit der jeweils anderen Berufsgruppe und die gegenseitige Sicht der beiden Berufsgruppen aufeinander eruiert werden.

### **1.5 Anmerkung**

Die vorliegende Dissertation gibt Teile eines Kooperationsprojektes zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten wieder, das vom Lehrbereich Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Tübingen, und dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, durchgeführt wurde. Die Studienleitung lag in den Händen von Frau Prof. Dr. Monika A. Rieger (Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, und Kompetenzzentrum für arbeits- und sozialmedizinische Prävention und Frauengesundheit Tübingen) und Herrn Dr. med. MPH Dirk Moßhammer (Lehrbereich Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Tübingen). Bei der Erstellung des Interviewleitfadens waren zusätzlich Herr Prof. Dr. Gernot Lorenz, Herr Dr. Volker Dodillet (beide Lehrbereich Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Tübingen) und Frau Dr. Iris Natanzon (Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg) beteiligt.

Frau Natanzon moderierte die Fokusgruppeninterviews und war darüber hinaus neben Frau Rieger und Herrn Moßhammer an der methodischen Beratung der beiden Doktoranden sowie der Validierung der Ergebnisse beteiligt.

## 1 Einleitung

Im Rahmen des Kooperationsprojektes wurde noch eine zweite medizinische Doktorarbeit vergeben. Über die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit hinaus wurden die an der Studie teilnehmenden Ärzte nach positiven Erfahrungen und gut funktionierender Kooperation sowie Ideen für eine Optimierung der Kooperation gefragt. Die zu diesem Teil der Studie gehörenden Daten sind in der Dissertation von Philipp Grutschkowski dargestellt.

## 2 Material und Methoden

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dieser eignet sich besonders dann, wenn der Schwerpunkt nicht auf einer quantitativ-statistischen Auswertung und der Repräsentativität der Ergebnisse liegt, sondern möglichst neue und detaillierte Erkenntnisse wissenschaftlich erfasst werden sollen (Flick 2006; Tong, Sainsbury et al. 2007). Sie orientiert sich dabei entlang der gängigen Literatur zu qualitativer Forschung und den dort angegebenen Gütekriterien (Mays und Pope 2000; Pope, Ziebland et al. 2000; Dunkelberg 2005; Steinke 2007; Tong, Sainsbury et al. 2007; Blignault und Ritchie 2009; Rothwell und Clark 2010). Beispielsweise wurden die 32 Items der COREQ-Checkliste (COREQ = consolidated criteria for reporting qualitative research) (Tong, Sainsbury et al. 2007) berücksichtigt, so dass das Studiendesign im Folgenden im Detail erläutert wird (u. a. Entstehung des Interview-Leitfadens (siehe Kapitel 2.2.4), Auswahlkriterien der Studienpopulation (siehe Kapitel 2.2.2) und des Moderators (siehe Kapitel 2.2.5), Umgang mit den Daten (siehe Kapitel 2.3), Transkriptionsregeln (siehe Kapitel 2.3.1)). Die Kodierungen der Analyse-Gruppe wurden bereits zu einem frühen Zeitpunkt sowie die spätere Interpretation der Ergebnisse in einer heterogen zusammengesetzten vierköpfigen Arbeitsgruppe bis zu einem interpersonellen Konsens diskutiert (siehe Kapitel 2.3.2). Zwischen- und Teilergebnisse der Arbeit wurden früh in Postern oder Vorträgen auf Kongressen vor sowohl hausärztlich als auch betriebsärztlich orientiertem Publikum präsentiert und zur Diskussion gestellt sowie als Artikel veröffentlicht (siehe Kapitel 8 Veröffentlichungen).

### **2.1 Warum Fokusgruppeninterviews?**

Fokusgruppeninterviews sind eine weit verbreitete Methode der Datenerhebung in zahlreichen Forschungsgebieten (Stewart, Shamdasani et al. 2007). Sie werden vor allem in der Sozialforschung dazu genutzt, flexibel und kosteneffizient Meinungen, Erfahrungen und Stellungnahmen von Menschen zu eruieren, die in einer nicht-randomisierten Zusammensetzung eine bestimmte, für die Forschungsfrage relevante Voraussetzung erfüllen (Morgan 1988; Krueger und Casey 2000; Bloor, Frankland et al. 2001). Es handelt sich dabei um semi-strukturierte Gruppendiskussionen, in denen 4-12 Menschen zusammensitzen und durch die Leitung eines Moderators auf die Beantwortung einer spezifischen Fragestellung abzielen (Krueger und Casey 2000; Liamputtong und Ezzy 2005). Semi-strukturiert bedeutet in in diesem Fall die Führung des Moderators durch die Diskussion anhand eines vorher erstellten Leitfragenkatalogs (Leitfadens). Dabei werden vom Moderator Fragen an die einzelnen Personen bzw. an die ganze Gruppe gerichtet. Die Teilnehmenden werden außerdem ermutigt, innerhalb der Gruppe miteinander zu sprechen, sich gegenseitig Fragen zu stellen, Erfahrungen auszutauschen und die Beiträge der anderen zu kommentieren (Krueger und Casey 2000; Duggleby 2005). Die Interaktionen der Gruppenmitglieder stellen – zusätzlich zu den Antworten der Teilnehmenden auf die Fragen des Moderators – einen Teil der Methode dar (Clark 2009). In ihr besteht ein großer Vorteil der Methode von Fokusgruppen- im Vergleich zu Einzelinterviews. So wird beschrieben, dass dominante Redner in der Gruppe andere Teilnehmende animieren können sich z. B. zu Tabu-Themen zu äußern, die diese in einem Einzelinterview nicht von sich aus angesprochen hätten (Kitzinger 1994). Zudem hilft die Interaktion der Gruppenmitglieder deren individuelle Sichtweisen durch die Abgrenzung zueinander klarer zu erfassen als das in Einzelinterviews möglich ist (Morgan 1988; Kitzinger 1995). Ein weiterer Vorteil ist der zeitökonomische Aspekt.

## 2 Material und Methoden

Als möglicher Nachteil wird unter anderem die Gefahr diskutiert, dass sich manche Sichtweisen nicht erfassen lassen, wenn eher zurückhaltende Teilnehmende ihre Meinung nicht oder nur eingeschränkt äußern (Kitzinger 1994; Kidd und Parshall 2000; Owen 2001).

### 2.2 Die drei Fokusgruppen

Um die Schnittstelle von Haus- und Betriebsärzten möglichst detailliert zu beleuchten und eine möglichst freie und ungestört verlaufende Diskussion zu ermöglichen, wurden die folgenden drei Fokusgruppen geplant:

1. Ausschließlich hausärztlich tätige, niedergelassene Ärzte (Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten)
2. Ausschließlich solche Ärzte, die sowohl haus- als auch betriebsärztlich tätig sind (Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten jeweils mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin bzw. der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin)
3. Ausschließlich betriebsärztlich tätige Ärzte (auf der Grundlage der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin)

Diese sollten aus jeweils 6-8 Ärzten bestehen. Dabei galt das Prinzip der maximalen strukturellen Variation (Kleining 1982), welches die Auswahl möglichst verschiedener Vertreter der jeweiligen Berufsgruppen beinhaltet, um die Heterogenität (z. B. Arbeit in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Lage und Größe der Praxis) des Untersuchungsfeldes möglichst gut abzubilden. Die genannte Anzahl der Teilnehmenden wurde gewählt, um einerseits die oben angesprochene Variation gut abzubilden und andererseits alle Teilnehmenden zu Wort kommen zu lassen, ohne dass die Diskussion in eine ermüdende zeitliche Länge gezogen würde.

## 2 Material und Methoden

Die Diskussionen sollten durch einen Leitfaden gestützt von einer fachlich unabhängigen, idealerweise in der Durchführung von Fokusgruppeninterviews geschulten und erfahrenen Person moderiert werden (Morgan 1988; Mayring 2003). Anhand der offenen Fragestellung im Leitfaden sollten Suggestionseffekte vermieden und die Themenbezogenheit sichergestellt werden.

### **2.2.1 Kriterien für die Zusammensetzung der Fokusgruppen**

Innerhalb aller drei Fokusgruppen wurde ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis angestrebt. Im Folgenden werden detailliert die zusätzlichen Kriterien benannt, die für die Zusammensetzung der drei Fokusgruppen berücksichtigt wurden:

Für die **Hausärzte-Fokusgruppe** wurde ein ausgewogenes Verhältnis von Ärzten aus Einzel- und Gemeinschaftspraxis und der städtischen bzw. ländlichen Lage der Praxis angestrebt.

Für die **Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte** wurde ebenso ein ausgewogenes Verhältnis von Ärzten aus Einzel- und Gemeinschaftspraxis sowie der Lage der Praxis in ländlicher bzw. städtischer Umgebung angestrebt. Zusätzlich wurde eine Ausgewogenheit an Ärzten aus großen und kleinen Praxen angestrebt.

Für die **Betriebsärzte-Fokusgruppe** wurde ein ausgewogenes Verhältnis von Angestellten und Ärzten in eigener Praxis angestrebt. Dabei sollte die Betreuungssituation möglichst unterschiedlich (Betreuung nur eines Betriebs oder weniger Betriebe bzw. vieler kleiner Betriebe) und ein Arzt mit zusätzlicher personalärztlicher Funktion dabei sein. Außerdem sollten sich die Standorte der selbständigen Ärzte zwischen ländlich und städtisch unterscheiden.

### **2.2.2 Auswahl der Studienteilnehmer**

Für die Rekrutierung der Teilnehmer an den Fokusgruppeninterviews wurden für die erste und zweite Gruppe Ärzte über die alphabetisch geordnete Liste der Lehrärzte des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Universität Tübingen konsekutiv telefonisch kontaktiert. Für die Rekrutierung der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte wurde zusätzlich die Ärzteliste der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eingesetzt (KV-Liste, einzusehen unter <http://www.kvbawue.de/direkt-zur-arztsuche.html>). In dieser sind alle Vertragsärzte von Baden-Württemberg nach Fachgebiet und Zusatzbezeichnungen aufgeführt.

Die Betriebsärzte wurden aus der Adressdatei des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) rekrutiert.

Es wurden für alle drei Gruppen nur solche Ärzte kontaktiert, deren Arbeitsplatz maximal 35 Kilometer von Tübingen entfernt lag, um einen großen zeitlichen Aufwand bezüglich der Teilnahme an der Studie niedrig zu halten.

#### **Inhalte des telefonischen Erstkontaktes**

Die so erreichten Ärzte wurden neben der Bitte um Teilnahme über den Hintergrund der Studie zum Thema „Schnittstelle haus- und betriebsärztliche Versorgung“ sowie über die Fokusgruppeninterviews informiert. Es wurde erwähnt, dass die Gesprächsrunden auf Audio- und Video-Band aufgezeichnet, transkribiert, ausgewertet und dann publiziert werden würden. Der vertrauliche und bei einer Veröffentlichung anonymisierte Umgang der Daten wurde ausdrücklich betont (siehe Text für den Telefon-Erstkontakt auf S. X). Anhand eines standardisierten Fragebogens (siehe Protokoll: Erstkontakt-Telefonat auf S. XI) wurden sozioökonomische Daten sowie – im Falle einer Absage – der Grund der Nichtteilnahme dokumentiert. Die Ärzte wurden darauf hingewiesen, dass über die endgültige Gruppenzusammensetzung erst nach Vorlage aller Zu- und Absagen entschieden werden könne.

## 2 Material und Methoden

### **Rekrutierungsdaten**

Von den insgesamt 31 kontaktierten Hausärzten, wurden elf nicht erreicht, da entweder die Praxis geschlossen oder die Telefonleitung wiederholt belegt war. Von den 20 erreichten Ärzten sagten 15 zu. Die Gründe der Nichtteilnahme waren in vier Fällen terminlich bedingt und in einem Fall eine generelle Zeitnot bzw. Überlastung.

Von den 15 kontaktierten sowohl haus- als auch betriebsärztlich tätigen Ärzten wurden alle erreicht. Elf davon sagten prinzipiell zu, vier sagten ab, einer davon krankheitsbedingt, die restlichen drei aus zeitlichen Gründen.

Von den elf kontaktierten Betriebsärzten wurden zehn erreicht, neun davon sagten spontan zu. Eine Ärztin sagte aus terminlichen Gründen die Teilnahme ab.

Nach dem Erhalt dieser vorläufigen Zusagen wurden jetzt nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation die für die Gruppenzusammensetzung am besten geeignetsten acht Teilnehmer pro Fokusgruppe ausgewählt. Diesen wurde ein Informationsanschreiben mit der Bitte um schriftliche Bestätigung der Teilnahme (siehe S. XII) zugesandt. Fünf Tage vor dem Fokusgruppeninterview erfolgte eine erneute telefonische Kontaktaufnahme zur Erinnerung an den Termin mit der Bitte um eine nochmalige mündliche Bestätigung der Teilnahme.

### ***2.2.3 Zusammensetzung der Fokusgruppen***

Nach der Rekrutierung ergaben sich die Zusammensetzungen der drei Fokusgruppen wie in Tabelle 1 dargestellt.

## 2 Material und Methoden

**Tabelle 1: Zusammensetzung der drei Fokusgruppen**

Legende: m – männlich; w – weiblich; KMU – kleine und mittlere Unternehmen

<b>Hausärzte</b>	<b>haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte</b>	<b>Betriebsärzte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Ärztin aus Einzelpraxis in der Stadt</li> <li>- 2 Ärzte (1 m, 1 w) aus Einzelpraxis in einer ländlichen Region</li> <li>- 1 Arzt aus Gemeinschaftspraxis in der Stadt</li> <li>- 1 Ärztin aus Gemeinschaftspraxis in einer ländlichen Region</li> <li>- 2 Ärzte (beide m) aus Gemeinschaftspraxis in städtisch und ländlich geprägter Region</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Arzt aus einer großen Einzelpraxis</li> <li>- 1 Arzt aus einer kleinen Einzelpraxis</li> <li>- 2 Ärzte aus ländlicher Gemeinschaftspraxis</li> <li>- 2 Ärztinnen aus ländlicher Gemeinschaftspraxis</li> <li>- 1 Arzt aus städtischer Gemeinschaftspraxis</li> <li>- 1 Ärztin aus Gemeinschaftspraxis in städtisch und ländlich geprägter Region</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 in einem Betrieb Angestellte (1 m, 2 w)</li> <li>- 1 angestellte Ärztin in einem überbetrieblichen Dienst (Betreuung weniger Betriebe)</li> <li>- 1 angestellter Arzt in einem überbetrieblichen Dienst (Betreuung vieler Betriebe/KMU-Betreuung)</li> <li>- 1 angestellte Ärztin mit zusätzlicher personalärztlicher Funktion</li> <li>- 1 Ärztin in eigener Praxis (städtische Lage)</li> <li>- 1 Arzt in eigener Praxis, mit Angebot weiterer privatärztlicher Leistungen</li> </ul>
<b>Gesamtzahl: 7</b>	<b>Gesamtzahl: 8</b>	<b>Gesamtzahl: 8</b>

Die durchschnittliche Berufserfahrung der Hausärzte betrug 23 Jahre (Spannweite 12-38 Jahre), die der haus- und betriebsärztlich Tätigen 27 (allgemeine ärztliche Berufserfahrung, Spannweite 16-35 Jahre) bzw. 17 Jahre (haus- und betriebsärztlich, Spannweite 9-29 Jahre) und die der Betriebsärzte 26 (allgemeine ärztliche Berufserfahrung, Spannweite 12-33 Jahre) bzw. 19 Jahre (betriebsärztlich, Spannweite 6-24 Jahre).

## 2 Material und Methoden

### **Kurzfristige Abweichungen in der Zusammensetzung der Fokusgruppen**

In der Gruppe der Hausärzte kam es zu der (nicht angekündigten) Abwesenheit einer Ärztin, so dass von den geplanten acht Teilnehmern nur sieben anwesend waren. In der Gruppe der Betriebsärzte sagte eine Teilnehmerin (Betriebsärztin in eigener Praxis in ländlichem Gebiet) kurzfristig aus zeitlichen Gründen ab. Der Grund für das ungleiche Geschlechterverhältnis in der Gruppe der sowohl haus- als auch betriebsärztlich tätigen Ärzte lag in der nicht angekündigten Vertretung eines Arztes durch seine ebenso haus- und betriebsärztlich tätige Ehefrau aus der gemeinschaftlichen Praxis.

### **2.2.4 Der Interview-Leitfaden**

Für die Entwicklung des Leitfragenkatalogs (Leitfaden) wurde sogenannte SPSS-Verfahren (SPSS für sammeln, prüfen, sortieren und subsumieren von Fragen) herangezogen (Helferich 2005; Kruse 2008). An diesem nahmen vier Mitglieder des Forschungsteams teil (Leiter des allgemeinmedizinischen Lehrbereichs und niedergelassener Allgemeinarzt, Leiterin des arbeits- und sozialmedizinischen Instituts und vornehmlich wissenschaftlich tätige Fachärztin für Arbeitsmedizin, ein Assistenzarzt in allgemeinmedizinischer Weiterbildung und Gesundheitswissenschaftler und ein niedergelassener Allgemein- und Arbeitsmediziner). In einer zweiten Sitzung wurde der Katalog in zusätzlicher Zusammenarbeit mit einer in qualitativer Forschung erfahrenen Soziologin reflektiert und überarbeitet. In Tabelle 2 ist eine stark verkürzte Fassung dargestellt. Die ausführlichen Versionen der Leitfäden für die verschiedenen Gruppen befinden sich im Anhang (ab S. XVI).

---

**Tabelle 2: Gekürzte Übersicht des Interview-Leitfadens**

---

<b>Eingangsfragen (Warm-up) zu</b> allgemeinen Erfahrungen (positiv/negativ, konkrete Beispiele)	<b>ca. 15 Min</b>
<b>Hauptfragen zu</b> Reflexion der eigenen bzw. der jeweils anderen Profession Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt: Existenz, Defizite, Barrieren	<b>ca. 50 Min</b>
<b>Schlussfragen (Wrap-up) zu</b> Optimierungsmöglichkeiten Blitzrunde	<b>ca. 15 Min</b>

---

### ***2.2.5 Auswahl der Moderatorin***

Die Moderation aller drei Fokusgruppeninterviews übernahm die in der Durchführung und Moderation von Fokusgruppen erfahrene und fachlich unabhängige Soziologin (d. h. weder Haus- noch Betriebsärztin) Dr. Iris Natanzon.

### ***2.2.6 Durchführung der Fokusgruppeninterviews***

Die Termine für die drei Gruppendiskussionen lagen im Abstand von je einer Woche jeweils an einem Mittwoch Abend (1. Juli, 8. Juli und 15. Juli 2009). Veranstaltungsort war jeweils die Bibliothek des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen. Zu Beginn jedes Abends wurde jedem teilnehmenden Arzt, der dies nicht ablehnte, eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 Euro überreicht und um eine Unterschrift zur Bestätigung des Erhalts gebeten. Die Moderation wurde wie geplant von der fachlich unabhängigen Soziologin Iris Natanzon übernommen. Die Gruppeninterviews dauerten jeweils ca. 90 Minuten und wurden vollständig auf Tonband

## 2 Material und Methoden

aufgezeichnet. Eine zusätzliche Videodokumentation sollte die eindeutige Zuordnung der Aussagen zu den Teilnehmenden im anschließenden Transkriptionsprozess gewährleisten. Zusätzlich zu den eingeladenen Ärzten und der Moderatorin war die Forschergruppe anwesend (Leiterin des Arbeits- und Sozialmedizinischen Instituts und vornehmlich wissenschaftlich tätige Fachärztin für Arbeitsmedizin mit betriebsärztlicher Erfahrung, Assistenzarzt in allgemeinmedizinischer Weiterbildung und Gesundheitswissenschaftler, zwei Doktoranden der Humanmedizin). Sie übernahmen die Begrüßung der Gäste und standen für offene Fragen der Teilnehmenden z. B. zur Organisation oder zum Datenschutz zur Verfügung. Die beiden Doktoranden verfassten an allen drei Terminen handschriftliche Protokolle. Diese flossen später nicht in die Auswertung mit ein, da die Ton- und Video-Aufnahmen gut verwertbar waren und keiner Ergänzung bedurften.

In einer kurzen Einleitung informierte die Moderatorin die Teilnehmenden über die für die Studie verantwortlichen Institutionen, den Ablauf und die Aufzeichnung des Interviews und den Datenschutz. Außerdem wurden die teilnehmenden Ärzte ermutigt, möglichst deutlich und nacheinander zu sprechen, sich gegenseitig nicht zu unterbrechen und inhaltlich auch persönliche Einstellungen und Assoziationen zum Thema preiszugeben, bevor das eigentliche Interview mit den Fragen des Leitfadens (siehe Tabelle 2 auf S. 17) begann.

Alle drei Gruppendiskussionen verliefen rege. Wenige Anwesende hielten sich in der Diskussion zurück, einige wenige bemühten sich um größere Redeanteile. Die Moderatorin musste selten eingreifen, um z. B. ausschweifende Reden abzukürzen bzw. die Diskussion wieder auf einen für die Fragestellung relevanten Themenpunkt zu lenken.

## **2.3 Auswertung**

### ***2.3.1 Pseudonymisierung und Transkriptionsprozess***

Im Folgenden wird das anschließende Verfahren mit den Audio- und Videodaten beschrieben. Zur Verschriftlichung der Interviews wurden zunächst die Namen der an den Interviews teilnehmenden Personen pseudonymisiert (Arzt1, Arzt2, Ärztin1 usw. bzw. A1, A2, Ä1 usw.). Das zu transkribierende Material wurde in zwei Abschnitte aufgeteilt:

1. die erste Diskussion und die Hälfte der dritten Diskussion und
2. die zweite Diskussion und die zweite Hälfte der dritten Diskussion.

Beide Doktoranden übernahmen je einen Teil zur Transkription. In regelmäßigen Treffen mit der gesamten vierköpfigen Arbeitsgruppe wurden die im Rahmen der Transkription auftauchende Probleme besprochen und geklärt. Dies betraf insbesondere unverständliche Textstellen (z. B. aufgrund zu geringer Lautstärke, eines starken Dialekts oder weil mehrere Anwesende gleichzeitig redeten), die dann gemeinsam angehört und angeschaut werden konnten. Wenige Stellen des Materials konnten auch nach diesem Schritt inhaltlich nicht eindeutig erfasst werden. In diesen Fällen blieb in den Transkripten eine entsprechende Kennzeichnung (siehe „Transkriptionsregeln“ im folgenden Abschnitt) bestehen. Eine auf Vermutungen basierende Interpretation des Gehörten wurde nicht erwogen.

#### **Transkriptionsregeln**

Vor der Transkription wurden einige Transkriptionsregeln festgelegt, die hier erläutert werden sollen: Alle Äußerungen der Teilnehmenden und der Moderatorin wurden verschriftlicht, und nach der Kennzeichnung des Redners durch sein zugewiesenes Pseudonym (siehe oben) bzw. „MOD“ für die

## 2 Material und Methoden

Moderatorin gefolgt von einem Doppelpunkt, in doppelte Anführungszeichen („xyz“) gesetzt. Wörtliche Rede in einer Äußerung wurde durch die Verwendung von einfachen Anführungszeichen (,xyz') beschrieben. Verschriftlicht wurde nach den Regeln der Rechtschreibung. Eine Ausnahme bildete Dialekt, der so transkribiert wie er gehört wurde; grammatikalisch wurden keine Verbesserungen vorgenommen. Es erfolgte keine Kennzeichnung von Lautstärke oder Akzentuierung (z. B. durch Mimik, Gestik); Äußerungen wie „ähm“ wurden nicht transkribiert. Zum inhaltlichen Verständnis notwendig oder nützlich erscheinende Ergänzungen durch den Transkribierenden wurden in eckige Klammern gesetzt ([xzy]). Vom Transkribierenden nicht verstandene Passagen (siehe oben) wurden mit drei Fragezeichen sowie der Zeitanzeige des Videos versehen.

### **Technische Hilfsmittel**

Die Transkription geschah mit Hilfe der Software „4-Video“ sowie der dazugehörigen Hardware, einem Fußpedal, zum Stoppen und Spulen der Video-Dateien. Auf diese Weise konnte der Wortlaut der Diskussionen Abschnitt für Abschnitt am PC mitgeschrieben werden. Durch die Videoaufnahmen war das eindeutige Zuweisen der Aussagen zu den jeweiligen Rednern leicht möglich.

### ***2.3.2 Inhaltliche Auswertung und Ergebnisdarstellung***

Die inhaltliche Auswertung des Textmaterials erfolgte im ersten Analyseschritt (siehe unten) durch die zwei Doktoranden, also durch zwei unabhängige, neutrale Personen (Lucius-Hoene und Deppermann 2004). Davor nahmen diese an einer internen Schulung in einer an Philipp Mayrings qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) angelehnten qualitativen Auswertungstechnik teil, die auch die Einführung in die Verwendung der Software „Atlas.ti“ beinhaltete. Die Schulung leitete Frau Iris Natanzon, die bereits viel praktische

## 2 Material und Methoden

Erfahrung in qualitativer Inhaltsanalyse und im Umgang mit der Software „Atlas.ti“ mitbrachte. Nach der Kodierung mit Hilfe von „Atlas.ti“ und der Einordnung der Textstellen aus den Transkripten (siehe unten) in ein deduktiv-induktiv erstelltes Kategoriensystem (siehe unten), ging die Arbeit im zweiten Analyseschritt in eine Gruppenarbeitsphase über, an der alle fünf Mitglieder der Forschergruppe beteiligt waren (siehe unten). In dieser Phase wurden die in Tabellenform dargestellten Ergebnisse der Doktoranden in einem Konsensusverfahren begutachtet bzw. in Frage gestellt und überarbeitet.

### **Erster Analyseschritt: Erstellung des Kategoriensystems und Inhaltsanalyse des Textmaterials**

Die Inhaltsanalyse erfolgte so, dass beide Doktoranden zunächst das Transkript von einem Fokusgruppeninterview (also ca. ein Drittel des auszuwertenden Gesamtmaterials) bearbeiteten. Damit wurde der Forderung von Mayring Rechnung getragen, dass 10-40% des Datenmaterials zur Erstellung eines Kategoriensystems genutzt werden sollte (Mayring 2003). Im Anschluss daran wurde das gesamte Datenmaterial entsprechend analysiert.

Das Transkript wurde sequenziell, d. h. Satz für Satz, Abschnitt für Abschnitt gelesen und Sätze bzw. Absätze ihrem Inhalt nach mit Hilfe von „Atlas.ti“ allgemeinen Oberkategorien zugeordnet. Diese ergaben sich entlang der Fragen des Leitfadens (deduktiv, vgl. Tabelle 2 auf S. 17) bzw. erschlossen sich neu aus dem Textmaterial (induktiv). Die Textabschnitte mussten dabei nicht zwingend einer einzelnen Oberkategorie zugeordnet werden, sondern konnten – wenn sinnvoll bzw. notwendig – in mehreren Kategorien Platz finden.

Während der Bearbeitung des ersten Interviews auf diese Weise wurde das Kategoriensystem weiter gegliedert: Eine Oberkategorie wurde in eine oder mehrere Hauptkategorie(n) unterteilt. Hauptkategorien wurden wiederum in eine oder mehrere Unterkategorie(n) unterteilt. In diese wurden die Textabschnitte eingeteilt. Die folgende Tabelle soll die Hierarchie des Kategoriensystems

## 2 Material und Methoden

verdeutlichen (inhaltlich von oben nach unten gesehen, sich vom Allgemeinen ins Spezielle bewegend):

---

**Tabelle 3: Übersicht über die Kategorienhierarchie für die Inhaltsanalyse**

---

Eine Oberkategorie gibt ein allgemeines Thema an, Hauptkategorien unterteilen dieses Thema in Unterthemen. Die Unterkategorien zeigen unterschiedliche Aspekte der Unterthemen auf, die Zitate sind Unterkategorien zugeordnet.

---

Höchste Ebene:	Oberkategorie(n) z. B. Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten
Zweithöchste Ebene:	Hauptkategorie(n) z. B. negative Erfahrungen
Dritthöchste Ebene:	Unterkategorie(n) z. B. mangelnde Kontaktinitiative von Seiten der Hausärzte
Vierthöchste Ebene:	Zitat(e) z. B. „Bis jetzt gehen die Kontakte zu den Hausärzten eher von uns aus als umgekehrt.“

---

Die Kategorien erhielten jeweils eine möglichst unmissverständliche, kurz gefasste Bezeichnung zur eindeutigen und gut nachvollziehbaren Zuordnung der Zitate.

Die Erstellung der Haupt- und Unterkategorien geschah ebenfalls zum einen deduktiv aus den Fragen des Leitfadens heraus (vgl. Tabelle 2 auf S. 17 bzw. die ausführlichen Leitfäden ab S. XVI), zum anderen induktiv sich aus dem Text neu ergebend. Zur weiteren Veranschaulichung des Kategoriensystems soll die folgende schematische Abbildung einer Oberkategorie mit ihren untergeordneten Ebenen dienen:

## 2 Material und Methoden

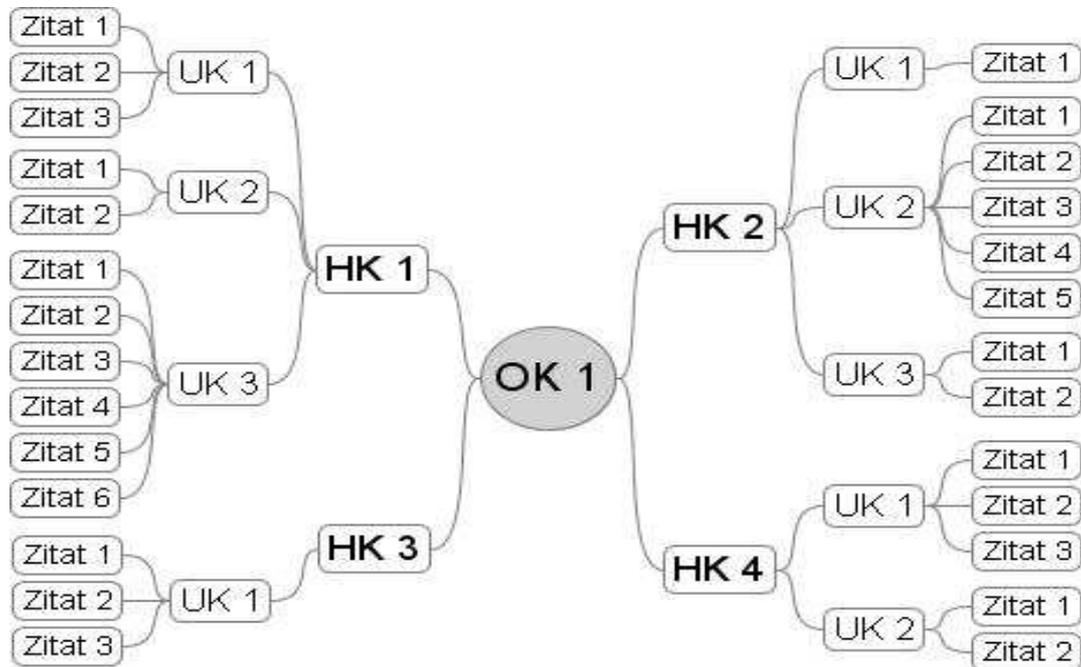


Abb. 1: Kategorienhierarchie

Legende: Auf jeder Ebene existieren parallel die inhaltlich verschiedenen Kategorien und Zitate. Jede Oberkategorie (OK) beinhaltet in der Regel mehrere Hauptkategorien, jede Hauptkategorie (HK) zumeist mehrere Unterkategorien, und jede Unterkategorie (UK) oft mehrere Zitate.

Die jeweils beiden anderen Fokusgruppeninterviews wurden nun ebenfalls Satz für Satz analysiert und dem bestehenden Kategoriensystem zugeordnet sowie – wo nötig – durch zusätzliche Kategorien ergänzt. Beide Kodierer (Doktoranden) bearbeiteten auf diese Weise voneinander unabhängig jeweils das gesamte Datenmaterial, jedoch erfolgte eine regelmäßige kommunikative Validierung zur Erweiterung des subjektiven Verstehens und zur Kontrolle eigener Verzerrungstendenzen (Schreier und Odag 2007). Eine methodische Beratung erfolgte im Sinne einer Supervision durch Dr. soz. Iris Natanzon.

### Zweiter Analyseschritt

Nach der vollständigen Analyse der drei Transkripte fand zunächst eine Abgleichung und Überarbeitung der Kodier-Ergebnisse unter den beiden

## 2 Material und Methoden

Kodierern (Doktoranden) statt. Die Ergebnisse konnten so ggf. überarbeitet werden, um eine einheitliche Zuordnung der Zitate zu den Kategorien zu gewährleisten. Dies sollte zu einer größeren intersubjektiven Übereinstimmung und Nachvollziehbarkeit führen. Im Anschluss kam es zur Ergebnispräsentation innerhalb der Projektmitglieder (Doktoranden und beteiligte WissenschaftlerInnen), in der die in Tabellenform dargestellten Ergebnisse von den nicht am Kodierungsvorgang beteiligten Personen begutachtet und validiert bzw. in Frage gestellt werden konnten. Auf diese Weise fand nochmals eine abschließende Hinterfragung und Überarbeitung der Auswertung statt. In den Tabellen des Ergebnisteils sind die jeweils prägnantesten Zitate (sogenannte Ankerzitate) dargestellt. Diese wurde im Konsensverfahren ausgewählt.

### **Ergebnisdarstellung**

Im Ergebnisteil werden aus Gründen der Übersichtlichkeit die Unterkategorien hauptsächlich in Tabellenform mit den ihnen zugehörigen Ankerzitaten dargestellt. Die ausführlichen Ergebnistabellen inklusive aller zugeordneten Zitate liegen in digitaler Form vor und können im Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Tübingen eingesehen werden.

Zitiert wurde in den Ankerzitaten nach folgenden Regeln:

Zitate wurden in doppelte Anführungszeichen („xyz“) gesetzt, wörtliche Rede innerhalb eines Zitats wurde durch die Verwendung von einfachen Anführungszeichen (,xyz‘) kenntlich gemacht. Zum inhaltlichen Verständnis notwendige oder nützliche Ergänzungen wurden in eckige Klammern gesetzt ([xyz]). Auf die Zitierung redundanter und/oder nicht relevanter Wörter oder Passagen wurde größtenteils verzichtet. Dies wurde durch drei Punkte in eckigen Klammern gekennzeichnet ([...]). Aus Gründen der zu wahrenen Anonymität ausgelassene Wörter wurden durch anonymisierte Wendungen in eckigen Klammern ersetzt, z. B. [Betrieb X] oder [Person X]. Die Redner wurden durch in runde Klammern gesetzte, die Anonymität wahrende Kürzel gekennzeichnet, wobei z. B. HA für Hausarzt steht (weitere Kürzel sind in den

## 2 Material und Methoden

jeweiligen Tabellenlegenden angegeben sowie im Abkürzungsverzeichnis aufgelistet).

### **2.4 Validierung der Ergebnisse durch die Teilnehmer**

Am 20. Oktober 2010 fand in der Bibliothek des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin in Tübingen ein Treffen statt, zu dem alle Ärzte, die an der Studie teilgenommen hatten, eingeladen waren, die bis dahin gewonnenen und interpretierten Ergebnisse zu begutachten und zu kommentieren. Der Einladung (siehe S. XXII) folgten sechs Ärzte (ein Hausarzt, ein Haus- und Betriebsarzt sowie vier Betriebsärzte), denen die Methodik sowie die wesentlichen Ergebnisse vorgestellt wurden. Die Kategorien wurden als zutreffend bestätigt, es wurden keine neuen Inhalte angesprochen.

### **2.5 Datenschutz und Einverständniserklärung**

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurden im Vorfeld der Gruppendiskussionen mündlich (siehe „Inhalte des telefonischen Erstkontaktes“ auf S. 13 bzw. „Text für den Telefon-Erstkontakt“ auf S. X) und schriftlich darüber aufgeklärt, dass während der Fokusgruppendiskussion ein digitaler Ton- und Videomitschnitt erstellt würde, der danach anonymisiert verschriftlicht und ausgewertet würde. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass die Videoaufnahmen nach Erstellung des Transkriptes vernichtet werden würden. Ebenso wurde Ihnen mitgeteilt, dass auch die Tonmitschnitte spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse vernichtet werden würden. Bis zu diesem Zeitpunkt werden sie unter Verschluss aufbewahrt und sind nur den am Forschungsprojekt beteiligten Personen zugänglich (vgl. „Einverständniserklärung“ S. XV).

### **2.6 Finanzierung**

Die Studie wurde in Kooperation des Lehrbereichs Allgemeinmedizin und des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität bzw. des Universitätsklinikum Tübingen durchgeführt. Beide trugen die im Rahmen der Studie entstehenden Kosten zu gleichen Teilen. Diese entstanden durch:

- Eine Aufwandsentschädigung für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten,
- Getränke für die Teilnehmenden,
- die Reisekosten für die Moderatorin der Fokusgruppen,
- Leihgebühren für Audio- und Videoaufnahme-Geräte und
- den Einkauf von Hardware (Fußpedale) zur Unterstützung der Transkription.

### **2.7 Genehmigung der Studie**

Das Studienprotokoll wurde am 4. Mai 2009 der zuständigen Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen vorgelegt und am 4. Juni 2009 genehmigt. Seitens der Kommission bestanden gegen die Durchführung der Studie keine Bedenken. Empfehlungen der Ethikkommission wurden umgesetzt.

### 3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt aus Gründen der Übersichtlichkeit hauptsächlich in Tabellenform. In den Tabellen sind alle relevanten Unterkategorien mit in der Regel einem Beispielzitat, dem sogenannten Ankerzitat (siehe oben), veranschaulicht.

Zur Orientierung gibt Tabelle 4 zunächst einen Überblick über die Hauptthemen des Leitfadens (Oberkategorien) und die im folgenden Ergebnisteil dargestellten Hauptkategorien des Textmaterials, die nach Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer Problempunkte der Schnittstelle von Haus- und Betriebsärzten darstellen. Andere Hauptkategorien (z. B. positive Erfahrungen, positive Fremdrelexion, existente Kooperation) sind in der Dissertation von Philipp Grutschkowski zu finden.

---

**Tabelle 4: Übersicht über relevante Ober- und Hauptkategorien**

---

<b>Oberkategorien</b>	<b>Hauptkategorien</b>
Erfahrungen (ab S. 28)	- negative Erfahrungen - Mangel an Erfahrungen
Reflexionen (ab S. 39)	- negative Fremdrelexionen
Kooperation (ab S. 46)	- Defizite in der Kooperation - Barrieren der Kooperation

---

Entlang der in Tabelle 4 festgelegten Reihenfolge werden zunächst die Ergebnistabellen der Hauptkategorien „negative Erfahrungen“ und „Mangel an Erfahrungen“ aus der Oberkategorie „Erfahrungen“ gezeigt (Kapitel 3.1). Im Anschluss werden die negativen Reflexionen der Teilnehmer bezüglich der jeweils anderen Berufsgruppe dargestellt (Kapitel 3.2). Die Hauptkategorien „Defizite in der Kooperation“ und „Barrieren der Kooperation“ aus der

## 3 Ergebnisse

Oberkategorie „Kooperation“ sind zuletzt aufgeführt (Kapitel 3.3). Die Tabellentitel entsprechen dabei jeweils den Titeln der Hauptkategorien.

Die Reihenfolge der Darstellung orientiert sich an der chronologischen Anordnung der drei Interviews insofern, dass zuerst die Ergebnisse aus der Hausärzte-Fokusgruppe, dann die aus der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte und zuletzt die Ergebnisse der Betriebsärzte-Fokusgruppe dargestellt sind. Diese Reihenfolge beinhaltet keine unterschiedliche Wertung oder Gewichtung der Gruppen oder der Ergebnisse. Zur Kennzeichnung des jeweiligen Redners wurde sein Berufskürzel (siehe Abkürzungsverzeichnis auf S iii) plus die im Rahmen der Pseudonymisierung (siehe Kapitel 2.3.1 ab S. 19) dem jeweiligen Arzt zugewiesene arabische Ziffer eingesetzt.

### **3.1 Erfahrungen – Was erleben Ärzte im Umgang mit Kollegen?**

Die teilnehmenden Ärzte der Fokusgruppen sprachen in den Diskussionen offen über ihre schlechten und z. T. auch einen Mangel an Erfahrungen bezüglich der Schnittstelle zwischen Hausarzt- und Betriebsmedizin. In den folgenden Tabellen (5 bis 11) sind die zu diesen beiden Hauptkategorien gehörigen Unterkategorien mit ihrem jeweiligen Ankerzitat dargestellt.

#### **3.1.1 Fokusgruppe Hausärzte**

##### **Negative Erfahrungen**

In der Fokusgruppe der Hausärzte wurden Erlebnisse geschildert wie die Einmischung eines Betriebsarztes in hausärztliche Aufgaben ebenso wie die Erfahrung, dass der Hausarzt sich selbst um betriebliche Angelegenheiten

### 3 Ergebnisse

kümmern müsse, von denen er sich wünschte, dass sie der Betriebsarzt regeln solle. Erfolgreiche Zusammenarbeit in der Vergangenheit, fehlende Initiative des Betriebsarztes, Kostenverschiebungen und ein Mangel an Präsenz des Betriebsarztes für die Arbeitnehmer wurde ebenso thematisiert wie die Erfahrung, dass ein Betriebsarzt sich nicht engagiere oder nicht die Möglichkeit habe zu handeln bzw. vom Betrieb „benutzt“ würde.

---

**Tabelle 5: Negative Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten**

---

Legende: BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, GKV – gesetzliche Krankenversicherung, FSME – Frühsommer-Meningoenzephalitis

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
Einmischung	„Er [ein BA] hat also doch immer versucht da eigene Vorstellungen durchzusetzen wie oder was man denn machen sollte.“ (HÄ3)
Überschreiten des eigenen Zuständigkeitsbereichs	„Der [BA] hat die Leute behandelt, hat quasi Sachen aufgeschrieben, die eigentlich unsere Provenienz sind. Also, der darf das nicht, ja?“ (HA1)
erfolgreiche Zusammenarbeit	„Ich kann mich also auch mal an einen Patienten erinnern, [...] mit einer Betriebsärztin [...] hatte ich da mehrfach Kontakt, da ging es einfach darum, dass man eine Arbeitsplatzänderung für eine betreffende Person findet und evtl. möglich macht. [...] Das hat in dem Fall jetzt da gar nicht geklappt [...].“ (HÄ3)
fehlende Initiative	„Da wäre es manchmal vielleicht ganz schön, wenn der Betriebsarzt dann auch anruft und man auch reden kann, ein bisschen.“ (HA2)
Kostenverschiebung	„Die Betriebsärzte versuchen manches zu Lasten der GKV stellen zu lassen, was eigentlich ihre ureigene Aufgabe ist, [...] beim Förster die FSME-Impfung, beim Forstangestellten, das sollte schon der betriebsärztliche Dienst veranlassen und auch zu Lasten des Arbeitgebers.“ (HA2)

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 5: Negative Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten**

Legende: BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, GKV – gesetzliche Krankenversicherung, FSME – Frühsommer-Meningoenzephalitis

Unterkategorie	Ankerzitat
mangelnde Handlungsmöglichkeiten des Betriebsarztes	„Also, das ist einfach, wenn der Arbeitgeber nicht will, dann hat der Betriebsarzt nichts zu sagen, nichts.“ (HA1)
Hausarzt muss sich selbst um betriebliche Belange kümmern	„Das ist aber die Frage der Kompetenz der Betriebsärzte. Wenn jetzt ein Patient bei mir ist, der 1,95 groß ist [...], der musste erst zu mir und ich musste ihm bestätigen, dass er 1,95 groß ist und bitte einen größeren Schreibtisch bräuchte. Also, wenn das nicht im Betrieb gemanagt werden kann, dann frag ich mich schon, wie groß ist da die [weitere Rede geht im Stimmengewirr unter]?“ (HA3)
Betriebsarzt vertritt Interessen des Arbeitgebers	„Zusätzlich fallen mir immer die nett gemachten Laborwerte der Betriebsmediziner auf, die einfach ein Screening auf Alkoholismus darstellen und hier geht es natürlich auch darum, um Gefährdung vielleicht zu erkennen, um einen Mitarbeiter ggf. zur Therapie auch ein Stück weit zu drücken, einfach Arbeitsunfälle zu mindern. Das heißt auch da, wo der Arbeiter Sand im Getriebe sein könnte, aufgrund einer Erkrankung, hat er das zu erkennen, d. h. er vertritt auch ganz klar die Interessen des Arbeitgebers, ja, in solchen Maßnahmen.“ (HA2)
Betriebsarzt ist Patienten unbekannt	„Die Realität in den kleinen mittelständischen Betrieben, wo halt 15 Leute arbeiten, da schaut der Betriebsarzt ein mal im Jahr vorbei und da, der [Arbeitnehmer] hat diesen Ansprechpartner nicht, [...] der kennt den [BA] oft gar nicht. Also, das ist auf dem Land die normale Erfahrung, dass wenn ich frage: ‚Wer ist denn Ihr Betriebsarzt?‘ Dann kennen die [Arbeitnehmer] den gar nicht.“ (HA2)
mangelndes	„Schwierig ist es bei den kleinen Betrieben, die eben

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 5: Negative Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten**

Legende: BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, GKV – gesetzliche Krankenversicherung, FSME – Frühsommer-Meningoenzephalitis

Unterkategorie	Ankerzitat
Engagement	nur an irgendein betriebsärztliches Zentrum angebunden sind und die machen eigentlich nach meiner Erfahrung nichts außer den Vorsorgeuntersuchungen, [...] aber kümmern sich herzlich wenig um die Arbeitsplätze, um die Arbeitsbedingungen, das geht da eigentlich unter." (HA4)

#### Mangel an Erfahrungen

Angesprochen auf die Erfahrungen, wurde in den Diskussionen z. T. auch ein Mangel an Erfahrungen angesprochen. Dabei wurden sowohl eine allgemein gering ausgeprägte Kommunikation wie auch konkrete Beispiele (keine Betriebsbesichtigungen, Mangel an persönlichem Kontakt sowie den Austausch bezüglich chronisch Kranker betreffend) angesprochen.

**Tabelle 6: Mangel an Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten**

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
keine Betriebsbesichtigungen	„[...] so dass wir, hier in der Stadt, also, wenig direkte Berührungspunkte haben.“ (HÄ1) - MOD: „OK, also da können Sie auch nicht über Erfahrungen sprechen.“ - „Besichtigungen oder so was nicht.“ (HÄ1)
wenig Kontakt	„So arg ausgeprägt im Alltag sind die Kontakte [zu

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 6: Mangel an Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten**

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
weniger Kontakt als früher	Betriebsärzten] auch nicht." (HÄ3) „Die [Betriebsärzte] haben jetzt natürlich in den letzten Jahren gewechselt und man kennt sie dann nicht mehr so. Die alten, die habe ich noch alle gekannt [...], mit dem Fahrrad bin ich nach [Ort X] gefahren und hab zusammen mit dem Betriebsarzt [...] vor Ort Arbeitsplätze angeschaut." (HA1)
Mangel an direktem Kontakt	„Die [Betriebsärzte] geben in der Regel dem Patienten dann irgendwelche Laborbefunde oder [...] Fragestellungen mit und das geht dann mehr auf schriftlichem Weg." (HÄ1)
kein Austausch bezüglich chronisch Kranker	„Was jetzt chronisch Kranke anbelangt, haben wir im Endeffekt null Austausch mit den Betriebsärzten, also ich zumindest nicht." (HA3)

#### **3.1.2 Fokusgruppe haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte**

In der Fokusgruppe der sowohl haus- als auch betriebsärztlich tätigen Ärzte wurden die Teilnehmer gesondert nach ihren Erfahrungen mit Hausärzten und Betriebsärzten gefragt (vgl. Leitfragen – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte auf S. XVI).

##### **Negative Erfahrungen mit Hausärzten**

In den von den Ärzten genannten Erfahrungen mit Hausärzten finden sich Themen wie Abweisung, Zurückhaltung in der Kommunikation bzw. ineffektive Kommunikation, fehlende Kontaktinitiative vom Hausarzt aus und die

### 3 Ergebnisse

Erfahrung, dass der Hausarzt bei Hinweis auf auffällige Befunde gekränkt reagiere.

**Tabelle 7: Negative Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Hausärzten**

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Unterkategorie	Ankerzitat
Abweisung	„Ich habe einmal eine negative Erfahrung gemacht. [...] ich wollte mit dem Kollegen [HA] sprechen [...] und der hat zu mir gesagt: ‚Als Betriebsarzt existieren Sie für mich nicht‘.“ (HBÄ3)
Zurückhaltung in der Kommunikation	„Ich spüre oft, wenn ich anrufe, jetzt als Betriebsarzt einen Hausarzt, eine gewisse Scheu in der Kommunikation. Eine ganz starke Zurückhaltung.“ (HBA4)
ineffektive schriftliche Kommunikation	„Das persönliche Gespräch mit einem Telefonat bringt immer am meisten [...]. Da können Sie vorher Litaneien an Schriftstücken verschicken, also, das ist sehr ineffektiv. Ein [...] Gespräch mit einem [...] Betriebsarzt, Hausarzt oder MDK-ler ebnet [...] in 90% der Fälle den Weg.“(HBA5)
Kränkung des Hausarztes bei Hinweis auf auffällige Befunde	„[Sie] können alle diplomatischen Künste anwenden, wenn Sie einen Patienten zu seinem Hausarzt schicken und der hat einen schlechten Blutdruck und so weiter, dann ist der [HA] verschnupft. Der ist, nicht in der Regel, aber der fühlt sich kritisiert, der hat seinen Patienten schlecht betreut. Das ist unterschwellig sehr schnell erreicht.“ (HBA4)
keine Kontaktinitiative vom Hausarzt aus	MOD: „Kommt das denn vor, dass der [HA] dann anruft oder ist das jetzt so gar nicht?“ - „Nee, nee, also, es ist eigentlich eher umgekehrt [...] so, dass ich dann auf die Hausärzte zugehe.“ (HBÄ3)

### 3 Ergebnisse

#### **Negative Erfahrungen mit Betriebsärzten**

Auch schlechte Erfahrungen mit Betriebsärzten wurden in der Gruppe der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte angesprochen. Negative finanzielle Auswirkungen auf die eigene Praxis durch Handlungen eines Betriebsarztes wurden hier ebenso thematisiert wie die Ineffektivität schriftlicher Kommunikation, fehlende Rückmeldung/Befundmitteilung/Kontaktinitiative von Betriebsärzten sowie Paralleluntersuchungen.

---

**Tabelle 8: Negative Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Betriebsärzten**

---

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, GPT – Glutamat-Pyruvat-Transaminase

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
negative finanzielle Auswirkungen für die Hausarztpraxis	"Dann gibt es [...] natürlich auch Konkurrenz. Ich bin als Hausarzt nicht beglückt, wenn einmal rauf- und runter geimpft wird und mir dieser Verdünnerschein fehlt." (HBÄ1)
keine Rückmeldung vom Betriebsarzt	"Wobei ich ja auch manchmal Leute hausärztlich betreue, die meines Erachtens ein betriebsärztliches Problem haben, wo ich dann sage: ‚Damit sollten Sie eigentlich zu ihrem Betriebsarzt gehen. Und bitten Sie den um Mithilfe, der soll mal den Arbeitsplatz angucken und soll Sie dann da beraten.‘ Aber eine Rückmeldung kriegt man da nie." (HBÄ3)
ineffektive schriftliche Kommunikation	"Aber zu der Kommunikation, das ist jedenfalls meine Erfahrung [...]: Das persönliche Gespräch mit einem Telefonat bringt immer am meisten [...]. Da können Sie vorher Litaneien an Schriftstücken verschicken, also das ist sehr ineffektiv. Ein [...] Gespräch mit einem [...] Betriebsarzt, Hausarzt oder MDK-ler ebnet [...] in 90% der Fälle den Weg." (HBA5)

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 8: Negative Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Betriebsärzten**

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, GPT – Glutamat-Pyruvat-Transaminase

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
keine Information über auffällige Befunde	"Ich arbeite ganz viel mit [...] Kurzbriefen. So Formularbriefe, die schnell gehen. Wenn irgendein auffälliger Befund ist, kriegt der Proband das mit [...]: ‚Das und das war auffällig, bitte suchen Sie Ihren Hausarzt auf.‘ Und [...] so was habe ich noch nie von einem Betriebsarzt gekriegt." (HBÄ1)
Paralleluntersuchungen	"Wir haben [als HA] jemanden gerade untersucht, haben [...] alles bestens dokumentiert und dann kommt er 3 Wochen später vom Betriebsarzt mit einem Zettel: ‚Die GPT ist [...] 44‘ oder so. Ja dann frage ich mich: Was soll jetzt das? ‚Bitte untersuchen‘ steht dann da." (HBA4)
keine Kontaktinitiative vom Betriebsarzt aus	„ Betriebsärzte machen das [Anrufen] zum Teil auch nicht." (HBA3)

#### **Mangel an Erfahrungen mit Betriebsärzten**

Einen Mangel an Erfahrungen erwähnten die Ärzte lediglich in Bezug auf den Kontakt zu Betriebsärzten: es wurde ein sehr eingeschränktes Angebot (für Hausärzte) an Betriebsbegehungen angesprochen.

---

**Tabelle 9: Mangel an Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Betriebsärzten**

---

Legende: HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, die arabische Ziffer 1 kennzeichnet die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmerin

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
wenige Angebote für Betriebsbegehungen	"Also, bei uns gab es in einem hausärztlichen Qualitätszirkel einmal eine Betriebsbegehung von einem mittelgroßen Metallbetrieb. Das war aber wirklich sehr einmalig." (HBÄ1)

---

### **3.1.3 Fokusgruppe Betriebsärzte**

#### **Negative Erfahrungen**

Die schlechten Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten beinhalteten den Mangel an Wissen von Hausärzten über den Arbeitsplatz ihrer Patienten sowie die fehlende Berücksichtigung diesbezüglicher Themen. Das Thema Atteste wurde angesprochen (Mangel an hausärztlichem Bewusstsein über mögliche Folgen, Gefälligkeitsatteste) und auch eine fehlende Kontaktinitiative durch den Hausarzt. Eine nicht automatisch ablaufende Befundübermittlung wurde bemängelt sowie eine Geringschätzung des Betriebsarztes und Konkurrenzdenken von Seiten der Hausärzte aus.

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 10: Negative Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten**

Legende: HA – Hausarzt, BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, Reha – Rehabilitation

Unterkategorie	Ankerzitat
Hausarzt berücksichtigt arbeitsplatzbezogene Belange der Patienten unzureichend	„Mein Eindruck ist [...] der, dass für die Ärzte der Allgemeinmedizin [...] das Thema Arbeitsmedizin und Arbeitsplatz nicht die große Rolle spielt. Dass da [...] nicht so sehr abgewogen wird, ob möglicherweise arbeitsbedingte Einflüsse, Einwirkungen eine Rolle spielen oder nicht.“ (BA3)
mangelndes Wissen über den Arbeitsplatz der Patienten	„Was hat man heute überhaupt für Arbeitsplätze? Wie sind die ausgestattet? [...] Das wissen die [Hausärzte] z. T. nicht.“ (BA4)  „[Der HA] wusste gar nicht wo sie [seine Patientin] arbeitet, also, es war dem nicht klar, dass er [sie] fragen muss: ‚Was machen Sie eigentlich?‘“ (BA3)
mangelnde Kontaktaufnahme von Seiten der Hausärzte	„Also, ich denke, bis jetzt gehen die Kontakte zu den Hausärzten eher von uns aus als umgekehrt.“ (BÄ2)
einstige Geringschätzung des Betriebsarztes durch den Hausarzt	„Die Arbeitsmediziner früher waren [...] die Frauen, weil sie Kinder bekommen haben und sind deswegen in Teilzeit oder konnten stundenweise arbeiten, oder die Niedergelassenen hatten den Eindruck: ‚Der hat sein Studium kaum geschafft, jetzt wird er halt Arbeitsmediziner.‘ So war der Blick und so muss ich auch sagen, so ist man auch behandelt worden, wenn man einen Niedergelassenen angerufen hat. So ungefähr: ‚Jetzt erzähle ich Ihnen erst mal was Sache ist und Sie haben ja sowieso keine Ahnung.‘“ (BÄ1)
HA empfindet BA z. T. als Konkurrenz	„Aber es ist sicher so, dass in manchen Punkten wir als Konkurrenz angesehen werden.“ (BÄ4)
Einmischung in Arbeitsplatzgestaltung durch Atteste	„Viele Patienten gehen ja zu ihrem Hausarzt und sagen: ‚Ich brauche ein Attest, also einen elektrisch höhenverstellbaren Schreibtisch [...]‘ Und [...] derjenige, der so was entscheidet oder letztendlich

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 10: Negative Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten**

Legende: HA – Hausarzt, BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, Reha – Rehabilitation

Unterkategorie	Ankerzitat
	befürwortet [ist] in der Regel der Werksarzt oder der Betriebsarzt [...] und nicht mehr der Hausarzt. Das gibt auch manchmal dann Reibereien, weil man dann sagt: ‚Also, unsere Büromöbel sind so, dass das jetzt nicht unbedingt nötig tut [...]‘. Das weiß ja der Hausarzt nicht.“ (BÄ2)
Gefälligkeitsatteste	„Allgemeinmediziner haben früher [...], es ist besser geworden, viele Atteste geschrieben, häufig unter dem Begriff, ich sage mal: Gefälligkeitsatteste.“ (BÄ4)
mangelndes Bewusstsein über die möglichen Folgen von (Gefälligkeits-) Attesten	„Und das Hübscheste [zum Thema Atteste], was mir begegnet ist [...]: ‚Frau Sowieso darf aus gesundheitlichen Gründen nur an ihrem alten Arbeitsplatz eingesetzt werden‘ [...] und der Personalchef kam mir mit diesem Attest fröhlich winkend entgegen und sagte: ‚Jetzt kann ich sie kündigen.‘ Den alten Arbeitsplatz gab es nicht mehr. Und dann habe ich den Kollegen angerufen und habe gesagt: ‚Wissen Sie eigentlich, was Sie da für ein Attest geschrieben haben?‘ - ‚Ja, die Frau wollte das doch haben.‘ [...] das als [...] Illustration wie ‚hoch qualifiziert‘ die Mitteilungen dann manchmal auch sind.“ (BÄ4)
keine „automatische“ Weiterleitung von Befunden, die die Arbeitsfähigkeit betreffen	„Also, ich kann mich nicht darauf verlassen, dass bestimmte Befunde, Reha-Berichte, oder Befunde nach größeren chirurgischen Eingriffen, was ja durchaus auch die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnte, das kommt nicht automatisch zurück. Das muss ich aktiv abfragen.“ (BA2)

## 3 Ergebnisse

### Mangel an Erfahrungen

Ein Betriebsarzt in der Fokusgruppe sprach auch über einen Mangel an Erfahrungen mit Hausärzten, den er auf sein Arbeitsfeld in einem überbetrieblichen Dienst zurückführte.

---

**Tabelle 11: Mangel an Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten**

---

Legende: BA – Betriebsarzt, die 2 kennzeichnet die Pseudonymisierungsziffer des Fokusgruppenteilnehmers

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
nur sporadisch Kontakte im überbetrieblichen Dienst	„Ich bin ja in einem überbetrieblichen Dienst tätig, der eher kleinere Betriebe betreut, und die Kontakte zu den Hausärzten sind, ich würde sagen, nur sporadisch, nicht regelhaft.“ (BA2)

---

## 3.2 Reflexionen – Was denken Ärzte über ihre Kollegen?

In den folgenden Tabellen (12 bis 15) sind die in den drei Gruppen angesprochenen negativen Reflexionen über die jeweils andere Berufsgruppe dargestellt.

### 3.2.1 Fokusgruppe Hausärzte

#### Negative Reflexionen über Betriebsärzte

Die Teilnehmenden in der Fokusgruppe der Hausärzte sprachen hauptsächlich über die Situation des Betriebsarztes im Betrieb und deuteten diese eher abwertend: die Zwischenposition des Mediziners, seine Machtlosigkeit und die reine Beratungsfunktion sowie die Verpflichtungen gegenüber dem Betrieb.

### 3 Ergebnisse

Außerdem wurde die vor allem früher schnell zu erwerbende Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin angesprochen.

**Tabelle 12: Negative Reflexionen der Hausärzte über Betriebsärzte**

Legende: HA – Hausarzt, BA – Betriebsarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungs-ziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
Zwischenposition	<p>„Und da sitzen alle [Betriebsärzte] schon irgendwo arg zwischen den Stühlen in der Hinsicht: Auf der einen Seite soll man zwar vermitteln zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer und möglichst krankmachende Dinge ausschließen [...], auf der anderen Seite soll man ja die Interessen des Arbeitgebers vorwärts bringen.“ (HA4)</p> <p>„Der Betriebsarzt [...], da schlagen zwei Herzen in dem seiner Brust, ja und das ist schwierig“ (HA1)</p>
schnelle Zusatzqualifikation	<p>„Früher gab es so Schnellbleichen, konnte man so [eine] Schnellbleiche als Betriebsmediziner machen, das ging da relativ ruck-zuck, ohne großen Aufwand und dann war man halt Betriebsmediziner.“ (HA1)</p>
nur Beratungsfunktion	<p>„Und der [BA] hat ja normalerweise keine Weisungsbefugnis, der hat nur beratende Funktion.“ (HA4)</p> <p>„Der [BA] kann seinem Arbeitgeber nichts vorschreiben, der kann nur beratend tätig sein.“ (HA1)</p>
Machtlosigkeit	<p>„Also, [...] wenn der Arbeitgeber nicht will, dann hat der Betriebsarzt nichts zu sagen, nichts.“ (HA1)</p> <p>„Solche Probleme [Kassiererinnen müssen ungünstige Körperarbeit leisten] sind ja bekannt, und die kann der Betriebsarzt nicht ändern.“ (HA1)</p>
Verpflichtungen gegenüber dem Betrieb	<p>„Sind die unabhängig? Die wollen doch auch ihren Job behalten.“ (HÄ1)</p> <p>„Da [...] hat eine Betriebsärztin [...] bei mir also Unterlagen angefordert von Patienten, die [...] leicht beeinträchtigt waren [...], wahrscheinlich auch mit der</p>

### 3 Ergebnisse

---

**Tabelle 12: Negative Reflexionen der Hausärzte über Betriebsärzte**

---

Legende: HA – Hausarzt, BA – Betriebsarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungs-ziffer der Fokusgruppenteilnehmer

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
-----------------------	-------------------

---

	Absicht die irgendwie in die Frühberentung [...] reinzukriegen, und da sind die natürlich schon ihrem Betrieb verpflichtet." (HÄ1)
--	--

---

#### **3.2.2 Fokusgruppe haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte**

In der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte wurde einzeln nach den Erfahrungen mit Haus- und anschließend mit Betriebsärzten gefragt. Insofern ergeben sich für diese Fokusgruppe zwei Tabellen.

##### **Negative Reflexionen über Hausärzte**

Über die Hausärzte fielen negative Reflexionen bezüglich des Drucks (wirtschaftlich sowie durch die kassenärztliche Vereinigung), der langen Arbeitszeiten, der Einseitigkeit (in Kenntnissen und Arbeitsplatz) und des schlechten Images.

---

**Tabelle 13: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über *Hausärzte***

---

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, HA – Hausarzt, BA – Betriebsarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, KV – kassenärztliche Vereinigung

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
-----------------------	-------------------

---

Unkenntnis der Arbeitsbedingungen	„Man [...] sieht die Menschen bei der Arbeit, was der normale Allgemeinarzt eigentlich nicht sieht, deswegen kann er auch die Situation von den
-----------------------------------	---

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 13: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über *Hausärzte***

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, HA – Hausarzt, BA – Betriebsarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, KV – kassenärztliche Vereinigung

Unterkategorie	Ankerzitat
	Arbeitern in verschiedenen Betrieben eigentlich nicht richtig beurteilen." (HBA1)
„KV-Sklave“	„Der Betriebsarzt ist im Unterschied zum KV-Sklaven [HA] ein freier Unternehmer, das heißt man kann sich, [...] wirklich raussuchen, welche Betriebe betreue ich." (HBÄ3)
Hausarzt steht unter Druck	„Also, auf mich hat es auch einen Charakter betriebsärztlich tätig zu sein, weil dort bin ich der Berater und bin nicht so der so genannte Leistungserbringer, wie wir ja jetzt seit neuerer Zeit genannt werden und stehe einfach auch nicht so unter Druck, ganz persönlich.“ (HBA3)
Hausarzt ist nur in der Praxis	„Ich möchte nicht nur Arbeitsmediziner sein und auch nicht nur Allgemeinmediziner, sondern die Kombination finde ich eigentlich ganz gut [...]. Man kommt raus, man ist nicht nur in der Praxis drin, man kommt [...] in verschiedene Betriebe.“ (HBA1)
kein gutes Image	„Die Hausärzte haben auch nicht das tollste Image.“ (HBA4)
lange Arbeitszeiten	„Die Sechs-Tage-Woche [des Hausarztes] ist ein riesiger Nachteil, das stimmt.“(HBÄ1)
Angst des Hausarztes vor Einmischung/ Konkurrenz	„Ich spüre oft [...] eine gewisse Scheu in der Kommunikation. Eine ganz starke Zurückhaltung. Kontrollangst vielleicht. Ich weiß es nicht, irgend so etwas? [...] Einmischung in das Arzt-Patienten-Verhältnis, ja irgendwie so.“ (HBA4)

### 3 Ergebnisse

#### **Negative Reflexionen über Betriebsärzte**

Über Betriebsärzte äußerten sich die haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte im negativen Zusammenhang bezüglich der zwiespältigen Position zwischen Betrieb und Arbeitnehmer (eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten durch den Arbeitgeber, Mangel an individual-medizinischer Sichtweise, „Alibifunktion“ des Betriebsarztes), der Konkurrenz zum Hausarzt, dem schlechten Image und dem „paramedizinischen“ Dasein der Betriebsmedizin. Außerdem wurde ein häufiger Personalwechsel im arbeitsmedizinischen Dienst angesprochen.

---

**Tabelle 14: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über *Betriebsärzte***

---

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
Einschränkung des ärztlichen Handelns durch den Arbeitgeber (zwiespältige Position)	„Weil man doch [...] auf Unternehmerseite gebucht wird und [...] auch Erwartungen an einen gestellt werden, die nicht unbedingt dem Gesundheitsschutz dienen, sondern manchmal auch dem Wohl des Betriebs. Und das [...] ist ein Zwiespalt, in dem man erst mal seinen Standpunkt finden muss.“ (HBÄ2)  „In der Regel ist der Betriebsarzt halt abhängig von der Grundstruktur und des Denkens des Unternehmens.“ (HBA3)
Mangel an individual-medizinischer Sichtweise	„[Wenn] der Betriebsarzt [...] mit seinem Blick das dann sieht, dann sagt der schon: ‚Warum wird das nicht konsequent eingehalten, das Medikament nicht eingenommen?‘ Der denkt so schematisch.“ (HBA4)  „Die Arbeitsmedizin ist eine doch schon eher standardisierte Medizin. Im Vergleich zur Hausarztmedizin, da geht es viel weiter in alle Richtungen.“ (HBA4)

**Tabelle 14: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über *Betriebsärzte***

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
zum Teil „Alibifunktion“	„[...] manchmal sind das [bestimmte, nicht näher spezifizierte Funktionen, die der Betriebsarzt in seinem Beruf übernimmt] halt, glaube ich, wirklich Alibifunktionen, die da ausgeübt werden.“ (HBA3)
kein gutes Image	„Die Hausärzte haben auch nicht das tollste Image und die Arbeitsmediziner auch nicht.“ (HBA4)  „Der Doktor ist einer, der [...] jemanden behandelt. Und alles, was [wie in der Arbeitsmedizin] mit Prävention oder Vorsorge oder etwas ähnlichem zu tun hat, [...] da wird gar nicht verstanden, was das sein könnte, geschweige denn, was das für eine Berechtigung hat.“ (HBA3)
wenig Möglichkeit effektiv zu wirken (außerhalb eines großen Werkes)	„Man muss ehrlicher sein und sagen, dass wir wahrscheinlich nicht so viel bewegen können wie wir wollten. Außer Sie sind Betriebsarzt in einem großen Werk, wo Sie nur in dem Werk da sind.“ (HBA5)
schneller Personalwechsel im arbeitsmedizinischen Dienst	„Zum Beispiel die Dienststelle [im arbeitsmedizinischen Dienst], da kommt ein paar Jahre der Kollege X, dann kommt ein paar Jahre der Kollege Y.“ (HBA1) - „Mittlerweile sind es Wochen.“ (HBÄ1)
Spannungsfeld: Betrieb als Konkurrenz zum Hausarzt	„Der [Betrieb X] will in eine Grauzone [...] gehen [...]: ‚Ich will, dass meine Mitarbeiter vom Betriebsarzt behandelt werden, wenn die Kreuzschmerzen haben.‘ [...] Und das ärgert natürlich wieder die Niedergelassenen ringsum [...] Das ist ein Spannungsfeld, das ist wirklich da.“ (HBA4)
„paramedizinisches Dasein“ der Betriebsmedizin	„Die Betriebsmedizin ist schon noch so ein bisschen, [...] so ein paramedizinisches Dasein führt sie noch ein bisschen.“ (HBA2)

**Tabelle 14: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über *Betriebsärzte***

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
	„Also, während dem Studium war Arbeits- und Sozialmedizin eigentlich, das hat nicht zur Medizin gehört, das war keine Medizin.“ (HBA3)

### 3.2.3 Fokusgruppe *Betriebsärzte*

#### Negative Reflexionen über Hausärzte

In der Fokusgruppe der Betriebsärzte wurden folgende negative Reflexionen über Hausärzte angesprochen: Ein Mangel an Wissen bezüglich des Arbeitsplatzes der eigenen Patienten und der Auswirkung von Attesten, Neid gegenüber Betriebsärzten und ein höherer wirtschaftlicher Druck als in der Arbeitsmedizin.

**Tabelle 15: Negative Reflexionen der Betriebsärzte über Hausärzte**

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, KV – kassenärztliche Vereinigung

Unterkategorie	Ankerzitat
mangelndes Wissen der Hausärzte über Arbeitsbedingungen	„Ich weiß zum Beispiel: [...] ‚Wie kann ich vor Ort die Arbeitseinsätze verändern, damit der [Arbeitnehmer] im Rahmen seiner Erkrankung doch wenigstens ein paar Stunden arbeiten kann?‘ Diese Informationen hat der Hausarzt nicht.“ (BÄ3)

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 15: Negative Reflexionen der Betriebsärzte über Hausärzte**

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer, KV – kassenärztliche Vereinigung

Unterkategorie	Ankerzitat
(wirtschaftlicher) Druck	„Und was ich so höre, geht es denen [Hausärzten] ja wirklich nicht gut. Also, [...] was man so hört, in der Presse und [...] auch von Kollegen, jammern die ja heftig. Und die haben einen ganz anderen Druck als das bei uns der Fall ist.“ (BA3)
Auch ein gesunder Mensch erhält beim Hausarzt aus Abrechnungsgründen eine Diagnose	„[...] wenn ein Hausarzt aufschreibt [...]: ‚Der Patient war pumperl-gesund‘, also hat gar nix, dann kann er nix abrechnen. Deshalb schreibt der immer eine Diagnose auf und rechnet dann ab. Und deshalb hat der immer einen Menschen vor sich, der mit irgendeiner Diagnose seinen Raum verlässt.“ (BA3)
Hausärzte „beneiden“ Betriebsärzte um die „freie Tätigkeit“	„Die [Hausärzte] [...] haben inzwischen so viel mit ihrer KV und mit ihrem ganzen Schreibkram zu tun, dass die uns richtig beneiden um die freie Tätigkeit, wie wir agieren können, was wir inzwischen auch verdienen.“ (BÄ1)
Mangelndes Wissen über die Auswirkungen von Attesten	„Ich kommuniziere das im Betrieb immer so: ‚Atteste von Hausärzten sind die Bausteine der Kündigung.‘ Und um das klarzumachen: ‚Das ist Gift‘, das darf überhaupt nicht in die Akte rein.“ (BA2)

### 3.3 Kooperation – Warum (nicht) zusammenarbeiten?

In den Fokusgruppen wurden die Ärzte auch direkt zur Kooperation zwischen Haus- und Betriebsarzt gefragt. Die zur Oberkategorie Kooperation gehörigen Hauptkategorien Defizite in der Kooperation und Barrieren der Kooperation zwischen Haus- und Betriebsarzt sind in den folgenden Tabellen (16 bis 21) mit ihren Unterkategorien und Ankerziten aufgeführt.

## 3 Ergebnisse

### 3.3.1 Fokusgruppe Hausärzte

#### Defizite in der Kooperation

Die Hausärzte sprachen über einen nicht existierenden Austausch chronisch kranke Patienten betreffend sowie einen Mangel an telefonischer Kommunikation. Außerdem bemängelten sie eine unzureichende Zusammenarbeit, wenn es um die Arbeitsunfähigkeit eines Patienten gehe.

---

**Tabelle 16: Defizite in der Kooperation aus Sicht der Hausärzte**

---

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
Fehlender Austausch chronisch Kranke betreffend	„Aber was jetzt chronisch Kranke anbelangt, haben wir im Endeffekt null Austausch mit den Betriebsärzten, also ich zumindest nicht.“ (HA3)
Mangel an telefonischer Kommunikation	„[...] dass mal ein Betriebsarzt anrief, das ist praktisch nur, wenn es sich um einen allgemeinärztlichen Kollegen handelt, der die Zusatzqualifikation hat, aus der Gegend.“ (HA2)  „Da wäre es manchmal vielleicht ganz schön, wenn der Betriebsarzt dann auch anruft und man auch reden kann [...]. Weil die kennen andere Hintergründe.“ (HA2)
unzureichende Kooperation die Arbeitsunfähigkeit betreffend	„Man ist immer wieder in der Situation, die [...] Arbeitsunfähigkeit zu verlängern, aber mit einer besseren Kooperation über die Art des Arbeitsplatzes oder eines Arbeitsplatzwechsels wäre das vielleicht besser gelöst, das Problem oft.“ (HÄ3)

---

### 3 Ergebnisse

#### Barrieren der Kooperation

In den von den Hausärzten genannten Barrieren der Kooperation finden sich Ängste (vor Einmischung oder negativen Folgen für den Patienten), ein Mangel an Wissen (wer der Betriebsarzt sei, über seine Tätigkeit und seine Einflussmöglichkeiten), ein eingeschränktes Vertrauensverhältnis, Zeitmangel und verschiedene Einstellungen darüber, dass eine Kooperation sich nicht lohne. Auch Vorurteile gegenüber Betriebsärzten wurden genannt.

**Tabelle 17: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Hausärzte**

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, BA – Betriebsarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
Angst vor Einmischung	„Also wenn, dann stört es mich eher, dass die [Betriebsärzte] im Prinzip sich auch in Sachen einmischen, die eigentlich nichts mit ihrer Tätigkeit zu tun hätten.“ (HÄ1)
Betriebsarzt ist in kleinen Betrieben selten bekannt/vor Ort	„Die Realität in den kleinen mittelständischen Betrieben, wo halt 15 Leute arbeiten: Da schaut der Betriebsarzt einmal im Jahr vorbei und [...] der [Arbeitnehmer] kennt den [BA] oft gar nicht.“ (HA2)
Betriebsarzt hat kein Vertrauen zum Hausarzt	„Ich lasse mir das nicht gefallen, dass man uns vorwirft, wir würden die Leute krank schreiben nur um den [Betrieb X] zu ärgern. Wir machen nämlich genau das Gegenteil, wir schicken die Leute zur Arbeit und sagen: ‚Jetzt probier es mal wieder‘.“ (HA1)
Betriebsarzt kann oft nichts machen	„Die Frage ist ja auch, [...] ob der [BA] auch vom Arbeitgeber selber die Kompetenz zugestanden bekommen würde, da [bezüglich schlechter Arbeitsbedingungen von Kassiererinnen] regulierend einzugreifen.“ (HA3)  „Der [BA] kann nur beratend tätig sein, kann keinen anderen Arbeitsplatz, wenn es keinen gibt,

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 17: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Hausärzte**

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, BA – Betriebsarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
	für den Angestellten erzwingen oder bereitstellen.“ (HA1)
Betriebsarzt bewegt wenig	„Das ist aber die Frage der Kompetenz der Betriebsärzte. [...] Der [Arbeitnehmer] musste erst zu mir und ich musste ihm bestätigen, dass er 1,95 groß ist und bitte einen größeren Schreibtisch bräuchte. Also, wenn das nicht im Betrieb gemanagt werden kann, dann frag ich mich schon, wie groß ist da die [weitere Rede geht im Stimmengewirr unter]?“ (HA3)
Angst vor negativen Folgen für den Patienten	„Ich habe da Bedenken: Also, diese kleinen Firmen, wenn ich denen das [Drogenabusus des Patienten] mitteile, dann ist der seinen Job los, sehr oft.“ (HA2)  „Schadet es dem Patienten nicht eher? Muss er dann nicht eher um den Arbeitsplatz fürchten? [...]. Wünschenswert wäre es [...], wenn der Betriebsarzt wüsste: ‚Aha, der und der Mitarbeiter hat [...] ein Drogenproblem, ok, wenn der mal umfällt, weiß ich auch warum‘. Aber ...“ (HÄ2) - „Das riskiert der [BA] erst gar nicht, das ist das Problem.“ (HA2)
Kooperation lohnt sich evtl. nicht	„Das [die Kooperation] lohnt sich nur auf großem Feld, ja, in den großen Firmen, wo auch permanent jemand da ist.“ (HA2)  „Wenn wir einem Betriebsarzt sagen: ‚Ja, wir sind eigentlich der Meinung, dass der den Arbeitsplatz nicht ausüben kann‘, dann sagt doch der Betriebsarzt: ‚Ja, da haben Sie recht, ich habe die gleiche Meinung, aber der Betrieb hat keinen Platz.‘ Das heißt also, man muss doch auch über die Konsequenzen [...] im Klaren sein: Wenn ich nur etwas mache, damit etwas gemacht ist und es

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 17: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Hausärzte**

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, BA – Betriebsarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
mangelndes Wissen über die Einflussmöglichkeiten des Betriebsarztes	<p>kommt doch nichts dabei heraus, dann kann ich es auch sein lassen.“ (HA1)</p> <p>„Was ich nicht genau weiß, weil ich auch keinen Betriebsarzt wirklich gut kenne, ist: Wie groß sind die Einflüsse, die ein Betriebsarzt hat, wirklich im Betrieb etwas zu ändern?“ (HÄ3)</p>
mangelndes Wissen über die Aufgaben des Betriebsarztes	<p>„[...], wenn das [Eingreifen bei Mobbing] überhaupt zu ihren [Betriebsmediziner] Aufgaben gehört, das weiß ich nicht, [...].“ (HÄ3)</p>
Vorurteile	<p>„Dann braucht da nicht so ein ‚dahergelaufener Betriebsmediziner‘, der ‚eh nichts von praktischer Medizin versteht‘, ich meine, diese Wertung ist natürlich auch oft ein Stück weit im Hintergrund: ‚Dass das Leute sind, denen nichts Besseres eingefallen ist oder die eben nur einen 4-Stunden-Job aushalten‘.[...] Die stecken schon mit drin, also dieses leicht Abfällige auch über die Betriebsmediziner.“ (HA2)</p> <p>„Das sind z. T. eben die alten Kollegen, die waren früher selber in der Praxis und dann haben sie gesagt: ‚Ja, jetzt verdiene ich eben noch ein paar Jahre, ja, mein Geld ein bisschen leichter, indem ich bloß noch zwanzig Stunden mache, oder so, und das als Betriebsarzt‘.“ (HA1)</p> <p>„[...] weil sie [die Betriebsärzte] natürlich z. T. wissen, dass wir sie für Weicheier halten, die sowieso keine therapeutische Kompetenz haben [...]. Ich glaube, dass da auch mächtige Vorbehalte sind, weil sie [die Betriebsärzte] meinen, sie laufen uns ins Messer, und das tun sie auch [...] zum Teil.“ (HA2)</p>

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 17: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Hausärzte**

Legende: HA – Hausarzt, HÄ – Hausärztin, BA – Betriebsarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
geringes Vertrauen zu Betriebsärzten	„[...] dass ich auch das Gefühl habe, die [Betriebsärzte] gehören zum Controlling [...] und insofern scheue ich die Kooperation mit denen.[...] Ich traue denen nicht ganz.“ (HA2)
Hausarzt fühlt sich nicht ernst genommen	„[...] ich finde es wäre wichtig, [...] dass die Betriebsärzte uns in unserer allgemeinmedizinischen Kompetenz insgesamt vielleicht mehr wahrnehmen, vielleicht auch mehr ernst nehmen.“ (HÄ2)
Betriebsarzt ist dem Hausarzt nicht bekannt	„Ich wäre oft schon froh, wenn ich überhaupt einen [BA] kennen würde. Jetzt vor allem von kleineren Firmen, wenn ich da wüsste da gibt es einen Betriebsarzt, bzw. wer das ist.“ (HA4)
Zeitmangel	„Wenn ich nur etwas mache, damit etwas gemacht ist und es kommt doch nichts dabei heraus, dann kann ich es auch sein lassen, ich hab genug anderes Zeug zu tun, ja.“ (HA1)

#### **3.3.2 Fokusgruppe haus- und betriebsärztlich tätige Ärzte**

##### **Defizite in der Kooperation**

Die in dieser Fokusgruppe angesprochenen Defizite beziehen sich auf einen Mangel an Kommunikation und Befundmitteilungen sowie auf den Themenbereich der Wiedereingliederung.

**Tabelle 18: Defizite in der Kooperation aus Sicht der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte**

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
mangelnde Kommunikation	„[...] Hausärzte machen das [Anrufen] nicht und Betriebsärzte machen das zum Teil auch nicht. [...] Stichwort: Kommunikation. Ich denke, das ist das alles Entscheidende.“ (HBA3)  „Mangelnde Kommunikation, ich denke mal, das wäre das Stichwort.“ (HBA4)
keine Informationen vom Betriebsarzt über auffällige Befunde	„Ich arbeite ganz viel mit handschriftlichen Kurzbriefen [...]. Wenn irgendein auffälliger Befund ist, kriegt der Proband das mit [...]: ‚Das und das war auffällig, bitte suchen Sie ihren Hausarzt auf‘. Und allein, also, so etwas habe ich [als Hausarzt] noch nie von einem Betriebsarzt gekriegt.“ (HBÄ1)
bezüglich Wiedereingliederung	„Also, im Bereich der Wiedereingliederung, [...] da würde ich mich freuen, wenn die [Hausärzte] dann bei mir anrufen würden, dass ich dem sage: ‚Der [Arbeitnehmer] macht die und die Arbeit und die und die Belastung ist da.‘ Und dann muss er [der Hausarzt] entscheiden: ‚Kann er das oder kann er das nicht?‘.“ (HBÄ3)

### Barrieren der Kooperation

Als Barrieren der Kooperation wurden in der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte das Spannungsfeld aufgrund unterschiedlicher beruflicher Hintergründe beschrieben sowie ein Mangel an Anerkennung und Wissen (auf beiden Seiten über die jeweils anderen Berufsbedingungen), Ängste (vor Einmischung, Kritik und Konkurrenz), Mangel an Präsenz des Betriebsarztes im Betrieb und des Themas Arbeitsmedizin in den ärztlichen

### 3 Ergebnisse

Medien. Außerdem wurde das Verhalten des Patienten als Barriere der Kooperation angesprochen.

**Tabelle 19: Barrieren der Kooperation aus Sicht der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte**

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
Spannungsfeld durch unterschiedliche Qualifikationen von HBA und BA	„Im Grunde sind das so zwei Welten unter den Betriebsärzten. Der, [...] ‚reine‘ Betriebsarzt, der [...] hat einen ganz breiten Fundus an Fachwissen und ist sicher der qualifiziertere und bessere Betriebsarzt. Erstmal. Und der Allgemeinarzt, der nährt sich ja aus seinem therapeutischen Fundus und wird im Laufe der Jahre ja, schwäbisch, der ‚gestandenerer‘ Arzt irgendwie. Der hat einfach umfassende, na ja, Bezüge zur Familie, zur Arbeitswelt, zu allem Drum und Dran. [...] Das ist ein Spannungsfeld, und wenn wir dann über die Kommunikation untereinander reden, das sind zwei Ebenen, auf denen man sich bewegt. Das ist so. Also, diese Zweigleisigkeit hat die Probleme in sich schon.“ (HBA4)
mangelndes Wissen über Arbeits- und Betriebsmedizin	„Und genau das ist der Punkt. Dass [...] bei Hausärzten Information fehlt: ‚Was macht ein Betriebsarzt, wer ist das?‘.“ (HBÄ1) - MOD: „Also, da ist noch mehr Aufklärung gefragt, was der Betriebsarzt überhaupt macht.“ - „Das ist schon so, ja.“ (HBÄ3)
Mangelnde Präsenz des Themas Arbeitsmedizin in den ärztlichen Medien	„Jetzt lesen Sie halt mal im letzten halben Jahr das Ärzteblatt, die Artikel durch, dann wissen Sie [...] wo da Arbeitsmedizin steht: Gibt nix.“ (HBA2)
Betriebsarzt ist nicht bekannt	„[...] wenn man den Patienten dann fragt: [...] ‚Haben Sie sich mit dem [BA] besprochen, oder?‘ Dann habe ich schon nicht so selten gehört: ‚Ja,

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 19: Barrieren der Kooperation aus Sicht der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte**

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
	der Betriebsarzt war noch nie in unserem Betrieb. Den kenne ich gar nicht.“ (HBA3) - „Ja, oder: ‚Wir haben keinen‘.“ (HBÄ3)
Angst vor Einmischung	„Ich spüre oft, wenn ich anrufe, jetzt als Betriebsarzt einen Hausarzt, eine gewisse Scheu in der Kommunikation. Eine ganz starke Zurückhaltung. [...] Kontrollangst vielleicht. Ich weiß es nicht, irgend so etwas?“ (HBA4) - „Eine Einmischung.“ (HBA2) - „[...] in das Arzt-Patienten-Verhältnis, ja.“ (HBA4)
Hausarzt fühlt sich schnell kritisiert	„Wenn Sie [als BA] einen Patienten zu seinem Hausarzt schicken und der hat einen schlechten Blutdruck [...], dann ist der verschnupft. Der [...] fühlt sich kritisiert, der hat seinen Patienten schlecht betreut. Das ist unterschwellig schnell erreicht.“ (HBA4)
Angst vor Konkurrenz bezüglich Impfungen und Therapie	„Das ist das therapeutische Schlachtfeld und das Impfschlachtfeld. Das gibt es noch. Weil die Eifersucht und die Angst, dass der eine dem anderen etwas wegnimmt, da gibt es [...] ja fast Kriege.“ (HBA4)
mangelndes Wissen über Bedingungen der ambulanten Tätigkeit	„Und auf Seiten des Betriebsarztes [besteht] natürlich auch keine wirkliche Vorstellung, was im ambulanten Bereich momentan geboten ist.“ (HBÄ1) - MOD: „Also, da fehlt dann die Transparenz?“ - „Ja.“ (HBÄ1)
Betriebsarzt wird vom Hausarzt nicht anerkannt	„[BÄ über ihren Versuch der Kontaktaufnahme mit einem HA:] Und der [HA] hat zu mir gesagt: ‚Als Betriebsarzt existieren Sie für mich nicht‘.“ (HBÄ3)

**Tabelle 19: Barrieren der Kooperation aus Sicht der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte**

Legende: HBA – haus- und betriebsärztlich tätiger Arzt, HBÄ – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztin, BA – Betriebsarzt, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
Patient als Barriere	<p>„Wenn ich [als BA] frage: ‚[...] gehen Sie doch zum Hausarzt, haben Sie sich dem schon mal offenbaren können?‘ [...] da wird geblockt, ja, [...] wenn man mal jemanden auf Alkohol anspricht, dann sind sie [die Patienten] nicht mehr da. [...] diese gute Erfahrung: ‚Zum Hausarzt abschieben können oder geben können‘ die ist jetzt nicht [...] in jedem Falle gegeben.“ (HBÄ3)</p> <p>„Ich arbeite ganz viel mit handschriftlichen Kurzbriefen, [...] wenn irgendein auffälliger Befund ist, kriegt der Proband das mit [...] und da steht immer: ‚Das und das war auffällig, bitte suchen Sie ihren Hausarzt auf‘. [...] Ob der Patient das dann [...] abgibt oder nicht, ist dann nicht mehr mein Bier.“ (HBÄ1)</p>

### **3.3.3 Fokusgruppe Betriebsärzte**

#### **Defizite in der Kooperation**

In der Fokusgruppe der Betriebsärzte wurden Defizite bezüglich der Themen Wiedereingliederung und Krankschreibungen geäußert. Außerdem ein Mangel an Fragen des Hausarztes über den Arbeitsplatz seiner Patienten.

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 20: Defizite in der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte**

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
keine Nachfragen bezüglich des Arbeitsplatzes des Patienten durch den Hausarzt	<p>„Ich glaube, ich habe das in 25 Jahren zwei mal erlebt, dass mal ein [Haus-]Arzt nach dem Arbeitsplatz gefragt hat.“ (BÄ2)</p> <p>„Und er [der Hausarzt] wusste gar nicht wo sie [die Patientin] arbeitet, also es war dem nicht klar, dass er fragen muss: ‚Was machen Sie eigentlich?‘.“ (BA3)</p>
bezüglich Wiedereingliederung	<p>„Wenn man jetzt den Wiedereingliederungsprozess ins Berufsleben betrachtet, dann ist es [...] skandalös, dass eben in [...] über 70% der Fälle, die Arbeitsmediziner, deren Fachgebiet das wäre, bei dieser Wiedereingliederung gar nicht beteiligt sind.“ (BA3)</p> <p>MOD: „[...] die Notwendigkeiten der Kooperation. Wo gibt es die so?“</p> <p>- „Im Rahmen der Wiedereingliederung zum Beispiel. Ganz wichtiger Punkt.“ (BA4)</p>
bezüglich Krankschreibungen	<p>„Also, wenn ich Erkrankungen habe, wo ich absehe: das geht jetzt über Wochen, über Monate. Dann ist natürlich [...] einem Betrieb enorm geholfen, wenn auch eine längere Krankschreibung kommt. Weil ich dann vielleicht die Möglichkeit habe, diesen Arbeitsplatz mit irgendeinem Springer [...] zu besetzen. Und das ist ein enormes Problem, [...] das da [mit dem HA] hin zu bekommen.“ (BÄ1)</p>
keine frühzeitige Mitteilung über Krankschreibung durch den Hausarzt	<p>„Es ist ja auch so, dass wir gar nicht oft mitbekommen dass jemand krank ist. [...] Und wenn halt der Hausarzt sich bei uns melden würde, hätten wir halt, könnten wie frühzeitig intervenieren.“ (BÄ1)</p>

### 3 Ergebnisse

#### Barrieren der Kooperation

Barrieren der Kooperation umfassten nach Aussagen der Betriebsärzte-Fokusgruppe einen Mangel an Wissen (der Hausärzte über die heutigen Arbeitsplätze, den Stellenwert von Attesten und die Indikationen zur Kontaktaufnahme zu einem Betriebsmediziner), einen Mangel an Bewusstsein (der Hausärzte für arbeitsbedingte Einflüsse und über die Kommunikationsmöglichkeit mit einem Betriebsarzt) sowie einen Mangel an Akzeptanz der Hausärzte gegenüber der Arbeitsmedizin. Zudem wurden Defizite in den gesetzlichen Regelungen bezüglich des Wiedereingliederungsprozesses als Barriere geäußert, sowie Ängste, Vorurteile und Konkurrenzdenken der Hausärzte. Ein nicht vergüteter Aufwand für Hausärzte und eine gegenseitig eingeschränkte Erreichbarkeit wurden zusätzlich genannt. Eine weitere Anmerkung war die Vermutung, viele Beteiligte würden schlicht keine Notwendigkeit für mehr Kommunikation sehen.

---

**Tabelle 21: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte**

---

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

---

<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerzitat</b>
arbeitsbedingte Einflüsse sind für den Hausarzt als Thema nicht präsent	„Mein Eindruck ist [...], dass für die Ärzte der Allgemeinmedizin oder die niedergelassenen Ärzte das Thema Arbeitsmedizin und Arbeitsplatz nicht die große Rolle spielt. Dass da [...] nicht so sehr abgewogen wird, ob möglicherweise arbeitsbedingte Einflüsse, Einwirkungen eine Rolle spielen oder nicht.“ (BA3)
gesetzliche Regelung zur Einbindung des Betriebsarztes bei Wiedereingliederung ist unzureichend	„Wenn man jetzt den Wiedereingliederungsprozess ins Berufsleben betrachtet, [...] dass eben in [...] über 70% der Fälle, die Arbeitsmediziner, deren Fachgebiet das wäre, bei dieser Wiedereingliederung gar nicht beteiligt sind und dass der Prozess, so wie er geplant wird, das auch nicht zwingend vorsieht. [...] Das,

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 21: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte**

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
	denke ich, ist eine große Hürde, also, eine strukturelle.“ (BA1)
Mangelnde Akzeptanz von Arbeitsmedizin/-schutz	„Ich referiere ja regelmäßig über arbeitsmedizinische Themen, und [...] dann ist es immer schwierig dem Zuhörer in der heutigen Zeit zu vermitteln: ‚Warum machen wir überhaupt Arbeitsmedizin, warum machen wir Arbeitsschutz?‘“ (BA2)
mangelndes Bewusstsein des HA für Kommunikationsmöglichkeit mit dem BA	[in Bezug auf Kommunikation zwischen Haus- und Betriebsarzt] „Der [Haus-]Arzt denkt gar nicht dran.“ (BÄ1)
mangelndes Wissen über Arbeitsbedingungen	„Was steckt da überhaupt dahinter? Was hat man heute überhaupt für Arbeitsplätze? Wie sind die ausgestattet? [...] Das wissen die [Hausärzte] z. T. nicht.“ (BA4)
mangelndes Wissen über Stellenwert von Attesten	„[...] da [im Attest] stand drin: ‚Frau Sowieso darf aus gesundheitlichen Gründen nur an ihrem alten Arbeitsplatz eingesetzt werden.‘ [...] und der Personalchef kam mir mit diesem Attest fröhlich winkend entgegen und sagte: ‚Jetzt kann ich sie kündigen.‘ [...] Dann habe ich den Kollegen angerufen und habe gesagt: ‚Wissen Sie eigentlich, was Sie da für ein Attest geschrieben haben?‘ - ‚Ja, die Frau wollte das doch haben.‘ Also, das als sozusagen Illustration wie ‚hoch qualifiziert‘ die Mitteilungen dann [...] sind.“ (BÄ4)
mangelnde Kenntnis über Indikationen zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitsmediziner	„Allgemeinmediziner sind ja so im Idealfall die erste Instanz und die schicken dann ihre Patienten zu anderen Fachgebieten [...]. Wenn man jetzt viele Allgemeinmediziner fragt: ‚Warum schickst du einen Patienten zum Arbeitsmediziner?‘ würden viele

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 21: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte**

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
	wahrscheinlich mit der Schulter zucken.“ (BA1)
Vorurteile von Seiten der Hausärzte	„Also, ein großer Grund [für mangelnde Kooperation] ist auch, [...] die Arbeitsmediziner früher, waren diejenigen, entweder die Frauen [...] in Teilzeit oder [...] stundenweise [...], oder die Niedergelassenen hatten den Eindruck: ‚Der hat sein Studium kaum geschafft, jetzt wird er halt Arbeitsmediziner.‘ So war der Blick und so muss ich auch sagen, so ist man auch behandelt worden [...]: ‚Jetzt erzähle ich ich Ihnen erst mal was Sache ist und Sie haben ja sowieso keine Ahnung‘.“ (BÄ1)
Konkurrenzdenken	„Aber es ist sicher so, dass in manchen Punkten wir [Betriebsärzte] als Konkurrenz angesehen werden.“ (BÄ4)
nicht vergüteter Aufwand	„Weil es [die Kommunikation zwischen Haus- und Betriebsarzt] ist ja mit, das muss man sich klar machen, mit Schreibaufwand verbunden, Papier-, Kopierkosten, Porto, und das kann der Arzt nicht abrechnen.“ (BA2)  „Ich denke mal, vielleicht eine ganz einfache Barriere ist, liegt so im Prozessualen und vielleicht Monetären.“ (BA1)  „Und dann kriegen sie [die Hausärzte] dafür kein Geld eigentlich für den Aufwand [telefonische Kontaktaufnahme]. Da gibt es ja keine richtige Abrechnungsziffer für den Hausarzt, soweit ich weiß.“ (BA1)
Hausarzt fühlt sich bevormundet/in seiner Kompetenz eingeschränkt	„Und auch, dass wir dann sagen: ‚Wir möchten gerne Befunde haben, die zu der Einschätzung führen aber nicht schon das Ergebnis.‘ Also, da merkt man dann schon manchmal, dass sich Hausärzte dann ein Stück weit [...] schwer tun, oder wirklich auch in ihrer Kompetenz eingeschränkt fühlen.“ (BÄ2)

### 3 Ergebnisse

**Tabelle 21: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte**

Legende: BA – Betriebsarzt, BÄ – Betriebsärztin, HA – Hausarzt, arabische Ziffern kennzeichnen die Pseudonymisierungsziffer der Fokusgruppenteilnehmer

Unterkategorie	Ankerzitat
gegenseitige eingeschränkte Erreichbarkeit	<p>„Da fühlt er [der HA] sich natürlich dann auch ein bisschen bevormundet, wenn man da sagt: ‘Also, wissen Sie, bei der Diagnose und so wie Sie das schildern [...], da wäre es doch jetzt sinnvoll das [die Krankschreibung] mal auf Langzeit anzulegen. Das kommt nicht so gut an.“ (BÄ1)</p> <p>„Manche von uns sind ja unterwegs an jedem Tag woanders und gar nicht so einfach zu erreichen.[...] Es ist auch eine Barriere, denke ich, uns zu erreichen.“ (BA1)</p> <p>„Also, man versucht ja oft anzurufen, das ist auch noch so ein Punkt, dass man dann selten gleich Kontakt kriegt [...]. Also, die Erreichbarkeit ist auch umgekehrt schwierig, nicht nur in die [eine] Richtung.“ (BÄ4)</p>
Angst des Hausarztes, der Betriebsmediziner habe nicht nur das Patientenwohl im Blick	<p>„Eine andere Barriere wäre, [...] dass der Hausarzt [...] Informationen hat, von denen er glaubt, dass sie am besten bei ihm aufgehoben sind und dass er sie nicht teilen darf und sollte [...] speziell mit einem Betriebsarzt, der immer so ein bisschen so im Verdacht steht [...] nicht auch als Agent für den Patienten, [...] zu agieren. Wohl auch zurecht, weil er ist [...] auch der Agent der Firma.“ (BA1)</p>
viele Beteiligte sehen keine Notwendigkeit für Kommunikation	<p>„[...] [es] wäre mein Ideal, wir würden gar nicht darüber reden, ob es geht ohne die Kommunikation. Wenn von beiden Seiten das Bedürfnis da wäre. [...] Wenn man es einfach so dahinplätschern lässt, wie es [...] zur Zeit passiert, bedeutet das für mich, [...] dass es zu viele Teilnehmer dieser Prozesse [Kooperation zwischen HA und BA] nicht für prozessnotwendig halten, dass man miteinander redet.“ (BA1)</p>

## **4 Diskussion**

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz arbeitsbedingter Beschwerden und der ätiopathogenetischen Bedeutung arbeitsbedingter Belastungen für z. B. psychische oder muskuloskelettale Erkrankungen kommt der Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten in der Gesundheitsversorgung eine besondere Rolle zu. Auch bei der Prävention, Rehabilitation und Wiedereingliederung übernehmen beide Berufsgruppen wichtige Schlüsselfunktionen. Die alltägliche Praxis zeigt jedoch, dass an der Schnittstelle von Haus- und Betriebsmedizin meist nicht von einer fruchtbaren Zusammenarbeit gesprochen werden kann. Im Rahmen der vorliegenden, qualitativen Studie wurden anhand von drei Fokusgruppeninterviews Informationen zu den schlechten Erfahrungen und Sichtweisen in Hinblick auf die andere Profession sowie die wahrgenommenen Defizite und Barrieren der Kooperation von Haus- und Betriebsärzten herausgearbeitet.

### **4.1 Studiendesign**

Die Verwendung von Fokusgruppeninterviews als Methode war insofern effektiv und angebracht, als dass die vorliegende Studie entsprechend ihrer Zielsetzung erstmalig systematisch erhobene Daten zu den Erfahrungen und Sichtweisen von Haus- und Betriebsärzten bezüglich der gemeinsamen Schnittstelle sowie zu Kooperationsdefiziten und Barrieren der beiden Berufsgruppen in Deutschland präsentiert. Die in den drei Fokusgruppen und ihrer Zusammensetzung abgebildete Heterogenität der beiden Berufsgruppen gewährleistete eine detaillierte Eruiierung. Die strukturierte Rekrutierung der Ärzte führte zu der Erfüllung der zuvor festgelegten Kriterien für die Zusammensetzung der Fokusgruppen. Die semi-strukturierten Diskussionen innerhalb der Gruppen führten wie geplant dazu, dass sich die Teilnehmenden

## 4 Diskussion

in ihren Aussagen aufeinander bezogen und sich z. T. gegenseitig bestätigten und z. T. von den Aussagen anderer distanzieren. Darüber hinaus sorgte die Moderatorin mithilfe der Leitfragen dafür, dass die Anwesenden beim Thema blieben und die spezifischen Fragestellungen der Studie beantwortet werden konnten (Krueger und Casey 2000; Liamputtong und Ezzy 2005).

Mit der detaillierten Dokumentation des Forschungsprozesses sowie der Analyse der Transkripte im interdisziplinären Forscherteam wurde einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit Rechnung getragen (Steinke 2007).

### **4.2 Inhalt**

Die Diskussion der Ergebnisse orientiert sich nur ansatzweise an der Reihenfolge ihrer Darstellung in Kapitel 3. Eine derartige Trennung der Themen schien für den Rahmen der Diskussion deswegen nicht sinnvoll, da Überschneidungen und starke inhaltliche Zusammenhänge sich naturgemäß dadurch ergeben, dass z. B. schlechte Erfahrungen und ein negatives Bild vom Gegenüber Barrieren für die Kooperation darstellen. Vielmehr sind (nach Bemerkungen zu den eruierten Erfahrungen, Reflexionen und Defiziten) die relevanten Punkte thematisch zusammengefasst und werden ihrem Inhalt nach gegliedert diskutiert. Die Barrieren bilden dabei das Schwerpunktthema der Diskussion.

#### **Schlechte Erfahrungen**

Jede gemachte schlechte Erfahrung in Bezug auf Kooperation und Zusammenarbeit trägt das Potential in sich die Motivation für einen erneuten Versuch einer Zusammenarbeit zu verringern. Somit sind alle in den Fokusgruppen genannten Erfahrungen (siehe Tabelle 5 bis Tabelle 11 ab S. 29) per se mögliche Barrieren der Kooperation zwischen Haus- und Betriebsarzt. In der folgenden Diskussion wird nicht auf alle Erfahrungen eingegangen, auch wenn sie zu einer wenig ausgeprägten Motivation für zukünftige Kooperation führen dürften (wie die

## 4 Diskussion

erlebte Ineffektivität schriftlicher Kommunikation, mangelhafte Rückmeldung und Befundmitteilung, unnötige Paralleluntersuchungen etc.).

### **Negative Reflexionen**

Ähnliches gilt für die von den Ärzten in den Diskussionen offenbarten negativen Reflexionen über die jeweils andere Profession. Viele dieser Aussagen bergen die Möglichkeit, dass sich auf ihrer Grundlage eine zwiespältige bis negative Einstellung gegenüber der anderen Berufsgruppe und somit evtl. auch gegenüber einer Zusammenarbeit mit ihr entwickelt. Auch hier hängt die Gefahr, dass dieses Potential sich entfaltet, stark vom Individuum ab. Dennoch sind die aufgeführten Punkte (siehe Tabelle 12 bis Tabelle 15 ab S. 40) aussagekräftig in Bezug auf die Untersuchung der Schnittstelle Haus- und Betriebsmedizin. Die Aussagen der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte bergen die Besonderheit, dass sie unter dem Aspekt betrachtet werden müssen, dass sie auch eine gewisse Selbstreflexion beinhalten, sind die Reflektierenden doch in beiden Arbeitsfeldern tätig und mit den entsprechenden Rollen vertraut.

### **Defizite der Kooperation**

Die von den Ärzten genannten Defizite der Kooperation sind ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Studie. So stellen sie z. B. erste konkret benannte Arbeitsbereiche der untersuchten Schnittstelle als zentrale Ansatzpunkte für eine mögliche Optimierung dar. Fokusgruppenübergreifend werden in der Hinsicht Defizite im Bereich der Wiedereingliederung und im Bereich der Arbeitsunfähigkeit/Krankschreibungen genannt. Unter der Annahme einer unzureichend funktionierenden Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsarzt sind diese Nennungen nicht verwunderlich, stellen doch beide Themen wichtige Bereiche der Schnittstelle von Haus- und Betriebsmedizin dar. In der Fokusgruppe der Hausärzte wird zusätzlich die Zusammenarbeit bezüglich chronisch Kranker insofern als defizitär erlebt, als dass diesbezüglich keinerlei Austausch zwischen Haus- und Betriebsarzt stattfände. Anderweitig

## 4 Diskussion

herausstechende Defizite sind in der folgenden Diskussion thematisch abgebildet.

### **4.2.1 Emotionen**

Ein breites Spektrum an erlebten Situationen, Gedanken zur anderen Profession und an empfundenen Barrieren widmet sich in allen drei Fokusgruppen vorherrschenden Emotionen gegenüber der anderen Berufsgruppe.

So erwiesen sich z. B. **Ängste** als ein zentraler Punkt der Analyse, wurden sie (bezüglich Einmischung, Bevormundung und Kritik) doch in der Gruppe der Hausärzte explizit geäußert und erstaunlicherweise als Barrieren in den anderen beiden Gruppen als Attribut für die Hausärzte benannt. Dies impliziert, dass das Bewusstsein dafür, dass eine Situation, in der sich ein Hausarzt durch einen Hinweis oder eine Anfrage eines Betriebsarztes kritisiert oder bevormundet fühlt, auftreten kann, bei beiden Berufsgruppen durchaus präsent ist. Dass dies in der Praxis allerdings dazu führen würde, dass Betriebsärzte eine gewisse Sensibilität im Umgang mit ihren hausärztlichen Kollegen an den Tag legen bzw. umgekehrt Hausärzte versuchen würden, Betriebsärzten gegenüber nicht zu empfindlich zu reagieren, davon ist in den Aussagen der Ärzte nicht viel zu hören.

Weiterhin wird in der Fokusgruppe der Hausärzte ihre Angst vor negativen Folgen für die Patienten geäußert. Die ausschließlich betriebsärztlich Tätigen reden wiederum entsprechend den Aussagen der Hausärzte von der Angst, dass der Betriebsarzt nicht nur das Patientenwohl im Blick habe. Dies zeigt seltsamerweise wie schon oben erwähnt, dass sich u. U. die beteiligten Kooperationspartner solcher Ängste mehr oder weniger bewusst sind und sich dementsprechend im Arbeitsprozess verhalten könnten, was aber wohl nicht immer der Fall ist.

#### 4 Diskussion

Auch die Angst der Hausärzte vor Konkurrenz (bezüglich Impfungen und Therapien) bzw. **Konkurrenzdenken** überhaupt, wird in allen Gruppen angesprochen. Diesbezüglich ist es interessant, dass unter Hausärzten einerseits die Interpretation einer Kostenverschiebung besteht, die Betriebsärzte würden versuchen, beruflich angezeigte Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (durch den Hausarzt) anstatt zu Lasten des Arbeitgebers (durch den Betriebsarzt) durchführen zu lassen. und andererseits die Verärgerung darüber, dass im Falle einer betrieblichen Impfung in der hausärztlichen Praxis ein Impfpatient (im lukrativen Sinne) fehlt. Dies zeigt, wie individuell unterschiedlich die Handlungen von Betriebsmedizinern von einzelnen Hausärzten interpretiert und bewertet werden und die damit verbundene Schwierigkeit für Betriebsmediziner hier für den Kooperationspartner transparent kollegial zu handeln, ohne den betroffenen Hausarzt persönlich bzw. dessen Meinung zu kennen.

Weiterhin legen es die von den Betriebsärzten vermuteten Ängste der Hausärzte nahe, dass eine Kooperation deswegen scheitert, weil ein Betriebsarzt u. U. vom Hausarzt denkt, dieser sei aus Angst nicht an einer Zusammenarbeit interessiert und deshalb erst gar nicht ernsthaft versucht an ihn heranzutreten. Dies könnte wiederum eine Erklärung für die den Betriebsärzten vorgeworfene mangelnde Kontaktinitiative (vgl. S. 68) sein.

Zu den im weiteren Sinne emotional bedingten Barrieren der Kooperation lassen sich auch die Äußerungen fassen, die ein **geringes Vertrauen** zwischen beiden Berufsgruppen (aus Sicht der Hausärzte) sowie eine **geringe gegenseitige Anerkennung** ansprechen. Letztere widerspiegelt sich in dem Wunsch einer Hausärztin von Betriebsärzten mehr ernst genommen zu werden. In der Gruppe der zusätzlich betriebsärztlich Tätigen wird umgekehrt angesprochen, dass der Betriebsarzt vom Hausarzt nicht anerkannt würde und auch die Betriebsärzte sprechen eine erlebte **Geringschätzung** durch den Hausarzt an. Dies illustriert wieder ein schwieriges Verhältnis der beiden Berufsgruppen untereinander, denn sowohl Vertrauen als auch Anerkennung

## 4 Diskussion

bzw. ein gewisser gegenseitiger Respekt stellen wichtige Grundlagen einer fruchtbaren Zusammenarbeit dar. Die hier angesprochenen Aussagen der Ärzte zeigen somit wichtige Mängel der Kommunikationsbasis zwischen Haus- und Betriebsarzt auf.

Eine Aussage in der Fokusgruppe der Betriebsmediziner benannte gar den **Neid** der Hausärzte gegenüber den Betriebsärzten bezüglich ihrer freien Tätigkeit und ihres Gehaltes. Da Neid sicher ebenfalls keine geeignete Basis für eine gute Zusammenarbeit ist, besteht hier das Risiko, dass eine solche Vermutung zu einer Einstellung führt, die der Kooperation mit demjenigen, dem man Neid unterstellt, wenig positiv zugeneigt ist.

Auch von Hausärzten gemachte Erfahrungen, die als **Einmischung** der Betriebsärzte in die hausärztliche Tätigkeit interpretiert werden, erregen die Emotionen der Betroffenen und können eine Zusammenarbeit stark be-, wenn nicht sogar verhindern. Es fällt auf, dass gerade in der Gruppe der reinen Hausärzte die Schilderungen z. T. stark emotional geprägt erscheinen.

### **4.2.2 Einstellungen**

Gefragt nach dem Bild, welches sie von Betriebsärzten hätten, fielen in der Fokusgruppe der Hausärzte abwertende Kommentare über die Situation des Betriebsarztes im Betrieb (zu der „**Zwischenposition**“ des Betriebsmediziners, der Verpflichtung gegenüber dem Betrieb und der **Machtlosigkeit** bzw. reinen Beratungsfunktion) und die Betonung des relativ kurzen Zeitraums, in dem vor allem früher die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin erworben werden konnte. Diese unterstreichen das nicht neutrale Bild, welches Hausärzte z. T. von ihren ausschließlich betriebsärztlich tätigen Kollegen haben. Weiterhin fielen Aussagen über **mangelndes Engagement** der Betriebsmediziner bzw. sich nicht lohnende Kooperation. Solche Aussagen zeugen davon, dass in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht wurden oder zumindest von solchen gehört wurde, die sich in oben genannten negativen Einstellungen

## 4 Diskussion

niederschlagen. Es wurde zwar unterschieden zwischen dem Eindruck, dass der Betriebsarzt sich nicht für die Arbeitnehmer engagiere und dem Eindruck, dass er schlicht nicht die Möglichkeit habe zu handeln, z. B., da er im Interesse des Arbeitgebers handeln müsse. Jedoch stellt sich die Frage, ob dieser Unterschied eine Auswirkung auf die Motivation eines Hausarztes für die Zusammenarbeit mit einem Betriebsarzt hat, wenn das Ergebnis für ihn das gleiche bleibt: Dass eine Kooperation sich nicht lohnt, weil am Ende nicht das gewünschte Ergebnis erzielt wird.

Die Betriebsärzte ihrerseits reden von einer allgemein **schlechten Akzeptanz** der Arbeitsmedizin, die evtl. auch in den Themen der oben angeführten Äußerungen der Hausärzte begründet ist.

In der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich Tätigen wurden Betriebsärzte ebenfalls mit einer schwierigen zwiespältigen Position zwischen Betrieb und Arbeitnehmer und einer **Konkurrenzstellung** zum Hausarzt attribuiert.

Was weiterhin für eine angespannte Kommunikationssituation zwischen Haus- und Betriebsarzt sorgen könnte, ist ein unter Ärzten **schlechtes Image**, welches in der Gruppe der haus- und betriebsärztlich Tätigen sowohl den Haus- als auch den Betriebsärzten zugeschrieben wurde. Das als „**paramedizinisch**“ von ihnen angesehene Arbeitsfeld der Betriebsmediziner führt evtl. wiederum zu einer geringen Anerkennung des Betriebsarztes als ärztlichen Kollegen (von Seiten der Hausärzte aus).

Weiterhin werden **Vorurteile** von Hausärzten gegenüber Betriebsärzten in den beiden „reinen“ Berufsgruppen als Barrieren der Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsarzt genannt (vgl. „Dass das Leute sind, denen nichts Besseres eingefallen ist oder die eben nur einen 4-Stunden-Job aushalten.“ auf S. 50 bzw. „die Niedergelassenen hatten den Eindruck: ‚Der hat sein Studium kaum geschafft, jetzt wird er halt Arbeitsmediziner‘.“ auf S. 59). Die von den haus- und betriebsärztlich Tätigen erlebte Zurückhaltung der Hausärzte in der Kommunikation mit Betriebsärzten steht mit solchen Vorurteilen möglicherweise

## 4 Diskussion

in einem Kausalzusammenhang. Auch dass darüber hinaus eine Betriebsärztin in einer Kommunikationssituation mit einem Hausarzt mit offener Abweisung konfrontiert wurde, zeigt die Existenz von Vorurteilen auf. Dem gegenüber galt in den beiden betriebsärztlich geprägten Gruppen sich minderwertig behandelt zu fühlen und mangelnd kritikfähig zu sein als Attribut für die Hausärzte. Mit solchen evtl. verbreiteten Vorurteilen aufzuräumen wäre also auch eines der Ziele, die für eine besser funktionierende Kooperation angestrebt werden sollten.

In der Gruppe der Betriebsärzte wurde zudem die Vermutung geäußert, dass „zu viele Teilnehmer“ (vgl. S.60) erst gar **keine Notwendigkeit für Kommunikation** sähen. Dies ist ein weiterer wichtig zu nehmender Punkt der Analyse, der den in allen Fokusgruppen angesprochenen und im folgenden Unterkapitel behandelten Mangel an Kontaktinitiative der Ärzte mit großer Wahrscheinlichkeit mit bedingt.

### ***4.2.3 Mängel in der Zusammenarbeit***

Der **Mangel an Kommunikation** wird sowohl von den Haus- als auch von den Betriebsärzten als Defizit der Kooperation geäußert, wobei für die Hausärzte die mangelnde telefonische Kontaktinitiative des Betriebsarztes und für die betriebsärztlich bzw. zusätzlich hausärztlich Tätigen ein allgemeiner Kommunikationsmangel bzw. ein Defizit bezüglich der Mitteilung von Befunden im Vordergrund steht. In diesem Kommunikationsmangel liegt bereits einer der zentralen Gründe für eine nicht zufriedenstellende Kooperation, ist eine solche doch ohne Kommunikation überhaupt schlecht vorstellbar.

Von dem bereits angesprochenen **Mangel an Kontaktinitiative** des Betriebsarztes wurde in beiden hausärztlich geprägten Gruppen gesprochen. In der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich Tätigen wurde jedoch interessanterweise auch die fehlende Kontaktinitiative der Hausärzte bemängelt, so dass hier ein gegenseitiges Problem der Zusammenarbeit

## 4 Diskussion

zwischen Haus- und Betriebsarzt zu liegen scheint. Der Mangel an Kontaktinitiative, vor allem, wenn er in beiden Berufsgruppen ausgeprägt ist, führt naturgemäß zu einem Mangel an Kontakt und Kommunikation. Ein möglicher Optimierungsansatz diesbezüglich wäre z. B. die Aufklärung der Ärzte zur Steigerung des Problembewusstseins oder eine Motivation in Rahmen von Modellen wie z. B. dem der Präventionspfade der Bertelsmannstiftung, welches den Kontakt zwischen Haus- und Betriebsarzt eindeutig (wahlweise telefonisch oder formalisiert-schriftlich) „vorsieht“ (Schoeller 2010b). Ein Grund für die unter Hausärzten gering ausgeprägte Kontaktfreudigkeit liegt möglicherweise auch in einem laut Betriebsärzten nicht besonders ausgeprägtem Interesse bzw. Bewusstsein für den Arbeitsplatz ihrer Patienten begründet (siehe unten).

### 4.2.4 Mängel an Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit

Einer der Gründe für den oben genannten Mangel an Kontaktinitiative könnte der in allen drei Fokusgruppen angesprochene **Mangel an Erfahrungen** mit der jeweils anderen Profession sein, von dem die Hausärzte stärker als die Betriebsärzte betroffen zu sein scheinen. Sie sprachen von dem sehr kleinen Angebot an Betriebsbesichtigungen und wenig Kontakt zu bzw. Austausch mit Betriebsärzten. Ein Grund für den Mangel an Erfahrungen liegt möglicherweise in dem angesprochenen Mangel an Wissen (siehe unten). So herrscht anscheinend unter den Hausärzten u. a. ein mangelndes Wissen über die Einflussmöglichkeiten und Aufgaben eines Betriebsarztes und die Indikationen zur Kontaktaufnahme mit einem Betriebsmediziner. Dies kann zu einem gering ausgeprägten Bedürfnis nach Kontakt und somit wenigen Erfahrungen führen. Auf der anderen Seite kann der Erfahrungsmangel selbst einen Grund für die gering ausgeprägte Kontaktinitiative darstellen, ist doch die Hürde, Kontakt zu jemandem aufzunehmen, umso größer, je weniger über denjenigen bekannt ist.

#### 4 Diskussion

So begünstigen sich Erfahrungs-, Initiativ- und Kommunikationsmangel wahrscheinlich gegenseitig.

Auch der bereits angesprochene **Mangel an Wissen** scheint ein weiteres wichtiges Hindernis in der Kooperation von Haus- und Betriebsarzt darzustellen. In allen drei Fokusgruppen werden Wissensdefizite angesprochen und scheinen überwiegend bei den Hausärzten vorzuliegen. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Wissensdefiziten zeigen sich aus Sicht der in beiden Bereichen tätigen Ärzte ein allgemeiner Mangel an Wissen über Arbeitsmedizin unter Hausärzten und in der Fokusgruppe der Betriebsärzte der Mangel an Wissen der Hausärzte über die heutigen Arbeitsbedingungen. Nach Aussagen der Betriebsmediziner sind den Hausärzten ebenso wenig die Auswirkungen von Attesten bewusst, die vom Arbeitgeber z. B. für eine Kündigung herangezogen werden können (vgl. z. B. „Atteste von Hausärzten sind die Bausteine der Kündigung“ auf S. 46). An diesem Beispiel lässt sich die Problematik von einem Mangel an Wissen gut verdeutlichen: In einem solchen Fall steht der Betriebsmediziner machtlos seinem Arbeitgeber gegenüber, wohingegen man diese für den Patienten unangenehme Situation mit einer vorherigen Absprache zwischen Haus- und Betriebsarzt evtl. hätte verhindern können.

Eine Unkenntnis der Betriebsmediziner über die aktuellen Bedingungen der ambulanten Hausarztstätigkeit wird auf der anderen Seite genannt.

Alle diese angesprochenen Mängel (an Erfahrungen und Wissen) stellen wieder mögliche plausible Gründe für den weiter oben genannten Mangel an Kontaktinitiative der Hausärzte dar.

Einen leicht anderen Unterton hat der angesprochene **Mangel an Bewusstsein** der Hausärzte für das Thema Arbeitsmedizin, der evtl. auch durch die geringe Präsenz des Themas Arbeitsmedizin in ärztlichen Medien (wie im von der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich Tätigen als Beispiel genannten „Deutsche Ärzteblatt“) bedingt ist, bzw. überhaupt für die Möglichkeit mit einem Betriebsarzt zu kommunizieren (laut den Betriebsärzten).

## 4 Diskussion

Vor dem Hintergrund dieser aufgezählten Mängel wird die große Bedeutung einer Aufklärung (der beteiligten Mediziner über die Bereiche, in denen Wissens- und Bewusstseinsdefizite vorherrschen) und idealerweise darüber hinaus eines gegenseitigen Kennenlernens ersichtlich. Nur so, scheint es, wird die Kommunikation zur Verständigung über gemeinsame Ziele bei der Betreuung derselben Patienten ermöglicht.

### **4.2.5 Strukturelle Barrieren**

In der gegenseitigen **schwierigen Erreichbarkeit** (laut der Fokusgruppe der Betriebsärzte) und dem von den Hausärzten indirekt angesprochenen **Zeitaufwand** liegen eher strukturell begründete Barrieren der Zusammenarbeit. Die Hausärzte sprechen zusätzlich einen **Präsenz-mangel** der Betriebsärzte in kleinen Betrieben an. Oft seien die zuständigen Betriebsärzte zudem weder Hausarzt noch Patient bekannt. Dass der Arbeitnehmer seinen zuständigen Betriebsarzt nicht kenne, wird in einer Aussage der Fokusgruppe der haus- und betriebsärztlich Tätigen bestätigt. Auch solche, durch entsprechende Erfahrungen der Ärzte aufgezeigte Barrieren, können ausschlaggebend für die Entwicklung der Kooperationsbereitschaft beteiligter Ärzte sein und liefern Ansatzpunkte für eine strukturelle Optimierung der Schnittstelle.

### **4.2.6 Äußere Faktoren**

Umstände, die Haus- und Betriebsärzte daran hindern zusammenzuarbeiten, werden auch in von ihnen selbst wenig beeinflussbaren, äußeren Faktoren erkannt: In der Gruppe der sowohl haus- als auch betriebsärztlich tätigen Ärzte wird der **Patient als Barriere** angesprochen, der z. B. sein Einverständnis für die Übermittlung von Befunden verweigert (vgl. § 9 (4) der Berufsordnung (Bundesärztekammer 2006)) bzw. den Rat seines Arztes, den Kollegen der anderen Profession aufzusuchen, schlicht nicht befolgt.

## 4 Diskussion

Dass vorherrschende **gesetzliche Regelungen** die Einbeziehung des Betriebsarztes im Wiedereingliederungsprozess nicht vorsehen, ist laut der Fokusgruppe der Betriebsärzte eine weitere Barriere. Allein in dieser Gruppe wird ein **fehlender finanzieller Ausgleich** für den zusätzlichen Arbeitsaufwand des Hausarztes für eine Kooperation mit einem Betriebsarzt angesprochen.

Auch diese von außen dazukommenden Schwierigkeiten stellen weitere nachvollziehbare Gründe für eine gegenwärtig beeinträchtigte bzw. nicht stattfindende Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten dar.

### 4.3 Ärztliche Kooperation laut Berufsordnung

Unter der Überschrift „Berufliche Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten“ heißt es in der „(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“ (Stand 2006, § 29 (1)):

„Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten.  
[...] Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über deren oder dessen Person sind berufsunwürdig.“ (Bundesärztekammer 2006).

In den Ergebnissen der vorliegenden Studie finden sich unter den Aussagen der befragten Ärzten dementsprechend Erfahrungen (vgl. „der [Hausarzt] hat zu mir gesagt: ‚Als Betriebsarzt existieren Sie für mich nicht‘ auf S. 33) bzw. angesprochene Barrieren (vgl. „weil sie [die Betriebsärzte] natürlich z. T. wissen, dass wir sie für Weicheier halten, die sowieso keine therapeutische Kompetenz haben“ auf S. 50), die nach oben angeführtem Wortlaut als berufsunwürdig gelten.

### 4.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Literatur

Nach Analysen von Einzelinterviews mit 30 Hausärzten zum Thema „Hausärztliche Sicht zur Kooperation mit Spezialisten“, wobei sich die Bezeichnung Spezialisten allgemein auf alle Ärzte anderer Fachrichtungen als Allgemeinmedizin bezieht, scheint sich die Zusammenarbeit u. a. durch Kenntnis des Spezialisten, schnellen telefonischen Kontakt und digitale Vernetzung zu erleichtern (Heintze, Matysiak-Klose et al. 2004). Im Vergleich zu diesen Ergebnissen werden in der vorliegenden Analyse die ersten beiden Punkte als bestehende Barrieren bzw. Defizite in den drei Fokusgruppen thematisiert (siehe Tabellen 16 bis 21). Einzelinterviews mit 21 niederländischen Allgemeinärzten zu Motiven und Präferenzen von Hausärzten bezüglich Kooperationsmodellen mit Spezialisten enthüllten das „Entwickeln von persönlicher Beziehung“ und das Thema „gegenseitiger Respekt“ als dominierende Motivationsfaktoren. Das „vertraut machen von Spezialisten mit Kompetenzen in der Allgemeinmedizin durch Hausärzte“ wurde als weiterer wichtiger Punkt angegeben (Berendsen, Benneker et al. 2007). Die entsprechenden Analysen der Einzelinterviews mit Spezialisten (Chirurgen, Internisten und Pädiater) ergaben u. a. „Zeitmangel“ und „fehlende finanzielle Kompensation“ als Hauptbedenken bei Kooperationsprojekten (Berendsen, Benneker et al. 2006). Auch diese Punkte widerspiegeln sich in der vorliegenden Analyse der Fokusgruppeninterviews.

Eine Besonderheit der Kooperation von Hausarzt und Betriebsarzt in Deutschland scheint das Thema „Angst vor Konkurrenz“ zu sein, das in den Fokusgruppen zutage trat. Dieses ist möglicherweise auf das Vergütungssystem der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland zurückzuführen. In der bisher einzigen veröffentlichten, standardisierten Befragung von deutschen Betriebsärzten (n=24) zur Kooperation mit Hausärzten ist dieses Thema allerdings nicht abgebildet (Pfaff, Janßen et al. 2009).

### **4.5 Kooperationsprojekte**

Leider misslingen bislang relativ viele interprofessionale Kooperationsprojekte (Berendsen, Benneker et al. 2006). Das Thema „Effekte von Interventionen interprofessionaler Kooperation“ wurde in einem Cochrane-Review bearbeitet, bei dem sich herausstellte, dass von den fünf randomisierten, kontrollierten Studien, die in die Analyse eingeschlossen werden konnten, sich in drei Studien ein Vorteil der Interventionsgruppen bezüglich Kostenreduktion, Medikamentenverschreibungsverhalten und berichteter Verbesserung der Versorgung zeigte (Zwarenstein, Goldman et al. 2009). Das einzige über eine Veröffentlichung dokumentierte Projekt zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten (van Amstel, Anema et al. 2005) ist in diese Übersichtsarbeit nicht eingeschlossen. In dieser niederländischen Studie wurde eine Leitlinie eingesetzt zur „sozialmedizinischen Begleitung von Fehlzeiten“ durch Hausärzte und Betriebsärzte. Im Hinblick auf die Kooperation konnte die Häufigkeit der Kontaktaufnahme der beiden Arztgruppen gesteigert werden, die Patientenzufriedenheit wurde allerdings nicht verbessert.

Die Daten verdeutlichen die Komplexität solcher Interventionsprojekte, so dass deren Ziele von vornherein als konkrete Outcome-Variablen definiert und evaluiert werden sollten.

### **4.6 Limitationen der Studie**

Nicht auszuschließen ist, dass die Ergebnisse und deren Interpretation u. a. durch die ausschließliche Rekrutierung regionaler Teilnehmer für die Fokusgruppen limitiert sind. Eine weitere, damit im Zusammenhang stehende, mögliche Limitation besteht in der Tatsache, dass sich manche der Fokusgruppenteilnehmer bereits vor der Teilnahme an der Studie kannten. Dies wirkte sich evtl. auf ihren Diskussionsbeitrag aus, ob in für die Ergebnisse der Studie positiver oder negativer Art und Weise bleibt jedoch dahingestellt.

## 4 Diskussion

Durch den qualitativen Ansatz der Studie kann mit ihrem Ergebnis zunächst nichts über das tatsächliche Ausmaß an Verbreitung und Relevanz der von den Ärzten angesprochenen Punkten für die Kooperation der in Deutschland praktizierenden Haus- und Betriebsärzte generell ausgesagt werden.

Ein solches Ziel erfordert weitere, quantitativ ausgerichtete Untersuchungen (siehe Schlussfolgerung).

### **4.7 Schlussfolgerung**

In den verschiedenen Fokusgruppeninterviews konnten inhaltsanalytisch ähnliche Erfahrungen und Kooperationsdefizite sowie Barrieren der Kooperation gefunden werden, denen z. T. unterschiedliche Motivationen und Sichtweisen zu Grunde liegen. So wirkten gerade die Aussagen der ausschließlich hausärztlich tätigen Ärzte oft emotional überlagert.

Insbesondere in der Kombination mit den Ergebnissen der Parallelstudie (von P. Grutschkowski über funktionierende Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten sowie Optimierungsmöglichkeiten) sind die hier eruierten Daten sehr hilfreich für das Verständnis der Schnittstelle von Haus- und Betriebsärzten und liefern wichtige Anhaltspunkte für die Entwicklung quantitativer Instrumente. Mithilfe quantitativer Studien gilt es in der Folge die unterschiedlichen Gewichtungen und die jeweilige Relevanz der präsentierten Kategorien zu erfassen. Unter Berücksichtigung der daraus zu gewinnenden Ergebnisse sollten dann Ansätze zur Aufhebung der Defizite und Barrieren formuliert und in entsprechenden Kooperationsprojekten umgesetzt werden.

## 5 Zusammenfassung

Haus- und Betriebsärzte nehmen bei einer Vielzahl von Fragestellungen bezüglich ihrer Patienten Schlüsselfunktionen ein. Systematisch erhobene Informationen über ihre Zusammenarbeit im Berufsalltag sind spärlich. In der vorliegenden Arbeit sollten mithilfe von Fokusgruppeninterviews schlechte Erfahrungen beider Berufsgruppen im Hinblick auf die gemeinsame Schnittstelle, negative Reflexionen über die jeweils andere Berufsgruppe sowie erlebte Defizite und vermutete Barrieren der Kooperation eruiert werden.

Die in den Interviews angesprochenen Erfahrungen waren u. a. erfolglose Zusammenarbeit, Mangel an gegenseitiger Kontaktinitiative sowie geringes Engagement und Einmischung von betriebsärztlicher Seite, unzureichende Befundübermittlung und abweisende Kommunikation von Seiten der Hausärzte. In der gegenseitigen Reflexion fielen abwertende Äußerungen zur betriebsärztlichen Machtlosigkeit im bzw. den Verpflichtungen der Betriebsärzte gegenüber dem Betrieb. Über die Hausärzte fielen Aussagen u. a. über das schlechte Image, einen vermuteten Neid gegenüber Betriebsärzten und das hausärztliche Unwissen über die Auswirkung von Attesten. Als Barrieren der Kooperation wurden u. a. Vorurteile (z. B. bezüglich der Kompetenz von Betriebsärzten), Ängste (z. B. vor negativen Folgen für den Patienten), ein Mangel an Vertrauen und Wissen (z. B. der Hausärzte über Arbeitsbedingungen), Kosten, gegenseitige eingeschränkte Erreichbarkeit und ein fehlendes Bedürfnis der Beteiligten nach Kommunikation genannt.

Erstmals wurden mit der vorliegenden Untersuchung Daten zur gegenseitigen Wahrnehmung von Haus- und Betriebsärzten in Deutschland gewonnen. Diese liefern plausible Hinweise für Gründe der dürftigen Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten und stellen somit einen ersten Schritt zum Verständnis der mangelhaften Kooperation dar. Die Ergebnisse des erhobenen Datenmaterials sollten nun im Rahmen einer standardisierten schriftlichen Befragung quantifiziert und im Hinblick auf ihre Relevanz analysiert werden. Auf dieser

## 5 Zusammenfassung

Grundlage können dann im nächsten Schritt Ansatzpunkte zu einer Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Hausärzten erschlossen werden.



## 6 Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Kategorienhierarchie.....	22
Tabelle 1: Zusammensetzung der drei Fokusgruppen.....	15
Tabelle 2: Gekürzte Übersicht des Interview-Leitfadens.....	17
Tabelle 3: Übersicht über die Kategorienhierarchie für die Inhaltsanalyse.....	22
Tabelle 4: Übersicht über relevante Ober- und Hauptkategorien.....	27
Tabelle 5: Negative Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten.....	29
Tabelle 6: Mangel an Erfahrungen der Hausärzte mit Betriebsärzten.....	31
Tabelle 7: Negative Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Hausärzten.....	33
Tabelle 8: Negative Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Betriebsärzten.....	34
Tabelle 9: Mangel an Erfahrungen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte mit Betriebsärzten.....	36
Tabelle 10: Negative Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten.....	37
Tabelle 11: Mangel an Erfahrungen der Betriebsärzte mit Hausärzten.....	39
Tabelle 12: Negative Reflexionen der Hausärzte über Betriebsärzte.....	40
Tabelle 13: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über Hausärzte.....	41
Tabelle 14: Negative Reflexionen der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte über Betriebsärzte.....	43
Tabelle 15: Negative Reflexionen der Betriebsärzte über Hausärzte.....	45
Tabelle 16: Defizite in der Kooperation aus Sicht der Hausärzte.....	47
Tabelle 17: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Hausärzte.....	48
Tabelle 18: Defizite in der Kooperation aus Sicht der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte.....	52
Tabelle 19: Barrieren der Kooperation aus Sicht der haus- und betriebsärztlich tätigen Ärzte.....	53
Tabelle 20: Defizite in der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte.....	56
Tabelle 21: Barrieren der Kooperation aus Sicht der Betriebsärzte.....	57

## 7 Literaturverzeichnis

**Barmer (2008)** *Barmer Gesundheitsreport 2008*. Quelle: [http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Unternehmensportal/Gesundheit\\_20im\\_20Unternehmen/GesundheitPublik/Gesundheitsreport/2008\\_Gesundheitsreport.property=Data.pdf](http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Unternehmensportal/Gesundheit_20im_20Unternehmen/GesundheitPublik/Gesundheitsreport/2008_Gesundheitsreport.property=Data.pdf). (letzter Zugriff: Oktober 2009)

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

**Berendsen A., Benneker W., Meyboom-de J. B., Klazinga N. und Schuling J. (2007)** *Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study*. *BMC Health Serv Res* 7(4)

**Berendsen A., Benneker W., Schuling J., Rijkers-Koorn N., Slaets J. und Meyboom-de Jong B. (2006)** *Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study*. *BMC Health Serv Res* 6(155)

**Bergstrom G., Bodin L., Hagberg J., Aronsson G. und 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): 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?* *Int Arch Occup Environ Health* 82(10): 1179-1190

**Blignault I. und Ritchie J. (2009)** *Revealing the wood and the trees: reporting qualitative research*. *Health Promot J Austr* 20(2): 140-145

**Bloor M., Frankland J., M. T. und Robson K. (2001)** *Focus Groups in Social Research*. Thousand Oaks, Sage

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

**Bundesärztekammer (2006)** *(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte*. Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>. (letzter Zugriff: 7.02.2011)

## 7 Literaturverzeichnis

**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: 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): 777-785

**Clark L. (2009)** *Focus group research with children and youth.* *J Spec Pediatr Nurs* 14(2): 152-154

**Duggleby W. (2005)** *What about focus group interaction data?* *Qual Health Res* 15(6): 832-840

**Dunkelberg S. (2005)** *Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser von Aufsätzen.* *Z Allg Med* 81: 248-252

**Flick U. (2006)** *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen.* Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag

**Grobe T. und Dörning H. (2009)** *Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneverordnungen - Schwerpunktthema: Psychische Störungen* Quelle: <https://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/48834/Datei/1776/Gesundheitsreport-7.pdf>. (letzter Zugriff: 11.02.2011)

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

**Hartmann B., Seidel D., Hahn D., Bräuer T. und Pieth J. (2007)** *Ergebnisse betriebsärztlicher Beratung bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge.* *Arbeitsmedizin.Sozialmedizin.Umweltmedizin* 42(4): 236

**Heintze C., Matysiak-Klose D., Howorka A., Kröhn T. und V B. (2004)** *Hausärztliche Sicht zur Kooperation mit Spezialisten und Visionen zukünftiger Versorgungsstrukturen. Eine qualitative Befragung von Allgemeinärzten und hausärztlich tätigen Internisten aus Berlin.* *Med Klin (München)* 99: 430-434

**Helferich, Ed. (2005)** *Qualität qualitativer Daten.* Wiesbaden, VS-Verlag (Verlag für Sozialwissenschaften)

**Hupfer K. (2007)** *Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz.* *Dtsch Med Wochenschr* 132(1/2): 13-14

## 7 Literaturverzeichnis

- Kidd P. S. und Parshall M. B. (2000)** *Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research.* Qual Health Res 10(3): 293-308
- Kitzinger J. (1994)** *The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants.* Sociol Health Illn 16(1): 103-121
- Kitzinger J. (1995)** *Qualitative Research: Introducing focus groups.* British Medical Journal 311: 299-302
- Kleining G. (1982)** *Umriss zu einer Methodologie Qualitativer Sozialforschung.* Kolner Z Soz Sozpsychol 34: 224-253
- Krueger R. und Casey M. (2000)** *Overview of Focus Groups.* In: Krueger R. und Casey M. *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research.* Thousand Oaks, CA: 3-18/167-168
- Kruse J. (2008)** *Einführung in die Qualitative Interviewforschung.* Reader. Freiburg (Bezug über: <http://www.soziologie.uni-freiburg.de/kruse>)
- Lehmann J. (2002)** *Viel Formalismus.* Dtsch Arztebl 99(8): A 480
- Liamputtong P. und Ezzy D. (2005)** *Qualitative Research Methods.* USA, Oxford University Press
- Lucius-Hoene G. und Deppermann A. (2004)** *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews.* Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Mayring P. (2003)** *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* Weinheim, Beltz Verlag
- Mays N. und Pope C. (2000)** *Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research.* BMJ 320(7226): 50-52
- Mölders W., Dr. (2002)** *Ich sehe nur individuelles Fehlverhalten.* Dtsch Arztebl 99(20): A 1356
- Morgan D. L. (1988)** *Focus Groups as Qualitative Research.* Newbury Park, California, Sage

## 7 Literaturverzeichnis

**Moßhammer D., Manske I., Grutschkowski P. und Rieger M. A. (2009)** *Zur Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer Literaturrecherche.* Z Allg Med 85(Sonderausgabe): 160

**Moßhammer D., Manske I., Grutschkowski P. und Rieger M. A. (2011)** *Schnittstelle haus- und betriebsärztlicher Patientenversorgung – eine Literaturübersicht.* (zur Publikation angenommen)

**Muschalla B., Vilain M., Lawall C., Lewerenz M. und Linden M. (2009)** *Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung [Occupational and social participation disorders in patients in office-practice medical care].* Rehabilitation (Stuttg) 48(2): 84-90

**Nauta N., Well A., Overzier P. und von Grumbkow J. (2006)** *The effects of a joint vocational training programme for general practitioner and occupational health trainees.* Medical Education 40(10): 980-986

**Owen S. (2001)** *The practical, methodological and ethical dilemmas of conducting focus groups with vulnerable clients.* J Adv Nurs 36(5): 652-658

**Peschke M., Dr. (2009)** Quelle: <http://127.0.0.1:4664/search?q=Betriebs%C3%A4rzte+und+niedergelassene+Kolleginnen+und+Kollegen+sind&flags=1048576&s=91ivOkLlr3OHnwrPRXgWwnocBO4>. (letzter Zugriff: Oktober 2009)

**Pfaff H., Janßen C., Kowalski C. und Brinkmann A. (2009)** *Ärzte und Betrieb: Gemeinsam für die Gesundheit. Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsversorgung.* Gütersloh, Bertelsmannstiftung

**Pope C., Ziebland S. und Mays N. (2000)** *Qualitative research in health care. Analysing qualitative data.* BMJ 320(7227): 114-116

**Rothwell E. und Clark L. (2010)** *Analyzing Focus Group Data: Content and Interaction.* JSPN 15(2): 176-180

**Schoeller A. (2010a)** *Erfolgreiche Zusammenarbeit von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten - warum ist das so schwer zu bewerkstelligen?* ASUpraxis 45(10): 137-140

**Schoeller A. (2010b)** *Präventionspfade - der Weg zur sektorübergreifenden Kooperation.* ASUpraxis 45(10): 131-134

**Schreier M. und Odag Ö. (2007)** *Qualitative Inhaltsanalyse.* Workshop-Handout. Mannheim, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V.

## 7 Literaturverzeichnis

**Schuckmann F., Dr. (2002)** *Hohes Maß an Unkenntnis*. Dtsch Arztebl 99(20): A 1356

**Sng J., Lee S. M. und Koh D. (2008)** *Bridging the Gap between Occupational Medicine and Family Medicine*. Ann Acad Med Singapore 37(2): 158-161

**Sonnleitner S., Dr. med. (2002)** *Vertrauen statt Polemik*. Dtsch Arztebl 99(20): A 1356

**Steinke I. (2007)** *Gütekriterien qualitativer Forschung*. In: Flick U., von Kardorff E. und Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek, Rowohlt Taschenbuch Verlag: 319-331

**Stewart D. W., Shamdasani P. N. und Rook D. W. (2007)** *Focus groups: Theory and practice*. London, Sage

**Tong A., Sainsbury P. und Craig J. (2007)** *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. Int J Qual Health Care 19(6): 349-357

**van Amstel R. J., Anema J. R., Jettinghoff K., Verbeek J. H., Nauta A. P. und van Putten D. J. (2005)** *[Limited change in the quality of the social medical guidance and in the satisfaction of sick-listed patients, after collaborative projects between general practitioners and occupational physicians]*. Ned Tijdschr Geneeskde 149(43): 2407-2412

**VDBW (2004)** *Chancen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Betriebsärzten*. Karlsruhe, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.

**Vetter-Kerkhoff C., Badura B. und Schröder H. (2009)** *Fehlzeiten-Report 2008, Schwerpunktthema: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Berlin, Springer

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

**Wolfgang (2002)** *Zusammenarbeit geboten*. Dtsch Arztebl 99(20): A 1356

**World Health Organisation (2011)** *Workplace Health Promotion*. Quelle: [http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index.html). (letzter Zugriff: 07.02.2011)

## 7 Literaturverzeichnis

**Zwarenstein M., Goldman J. und Reeves S. (2009)** *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database Syst Rev(3): CD000072

## 8 Veröffentlichungen

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift wurden bereits in den folgenden Publikationen veröffentlicht:

### **Zeitschriftenartikel:**

Moßhammer D., Manske I., Grutschkowski P. und Rieger M. A. (2011) *Schnittstelle haus- und betriebsärztlicher Patientenversorgung – eine Literaturübersicht*. Arbeitsmedizin.Sozialmedizin.Umweltmedizin (zur Publikation angenommen)

### **Abstracts zu Postern und Vorträgen:**

Grutschkowski P., Manske I., Natanzon I., Moßhammer D. und Rieger M. A. (2009) *Selbstbild und Fremdbild von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten*. aser:info 7: 32-33

Grutschkowski P., Manske I., Natanzon I., Moßhammer D. und Rieger M. A. (2010a) *Welche Defizite erleben Haus- und Betriebsärzte in der Kooperation miteinander? – Ergebnisse aus der Analyse von Fokusgruppeninterviews*. Monitor Versorgungsforschung 3(Sonderausgabe): 104-105

Grutschkowski P., Manske I., Natanzon I., Rieger M. A. und Moßhammer D. (2010b) *Wie sehen sich Haus- und Betriebsärzte gegenseitig? – eine Schnittstellenanalyse anhand von Fokusgruppen*. Z Allg Med 86(Sonderausgabe): 82

Manske I., Grutschkowski P., Moßhammer D. und Rieger M. A. (2009) *Zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten – Ergebnisse der Analyse von Fokusgruppeninterviews*. aser:info 7: 30-31

Manske I., Grutschkowski P., Natanzon I., Rieger M. A. und Moßhammer D. (2010a) *Barrieren in der Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten – eine qualitative Schnittstellenanalyse anhand von Fokusgruppeninterviews*. Monitor Versorgungsforschung 3(Sonderausgabe): 105

Manske I., Grutschkowski P., Natanzon I., Rieger M. A. und Moßhammer D. (2010b) *Gegenseitige Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten – eine qualitative Studie anhand von Fokusgruppeninterviews*. Z Allg Med 86(Sonderausgabe): 82

Moßhammer D., Manske I., Grutschkowski P. und Rieger M. A. (2009) *Zur Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer Literaturrecherche*. Z Allg Med 85(Sonderausgabe): 160

## **9 Anhang**

<b>Text für den Telefon-Erstkontakt</b>	<b>X</b>
<b>Protokoll: Erstkontakt-Telefonat</b>	<b>XI</b>
<b>Anschreiben Teilnehmer mit Fax-Antwortformular (A)</b>	<b>XII</b>
<b>Einverständniserklärung</b>	<b>XV</b>
<b>Leitfragen – haus- oder betriebsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte</b>	<b>XVI</b>
<b>Leitfragen – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte</b>	<b>XIX</b>
<b>Einladung zur Ergebnispräsentation und -diskussion</b>	<b>XXII</b>
<b>Fax-Antwortformular (B)</b>	<b>XXIII</b>

## 9 Anhang

### **Text für den Telefon-Erstkontakt**

Rieger/Moßhammer:

„Uns interessiert die Schnittstelle zwischen hausärztlicher und betriebsärztlicher Versorgung. Wir wollen dazu mehrere Kolleginnen und Kollegen zu einer Gesprächsrunde einladen, deren Inhalt wir hinterher auswerten. Hätten Sie daran Interesse?“

→ Arzt/Ärztin ja:

1. Daten erheben (gemäß Protokoll Erstkontakt-Telefon).
2. „Vielen Dank für Interesse. Was vielleicht noch wichtig ist für Sie zu wissen: wir werden die Gesprächsrunde auf Band aufzeichnen, verschriftlichen und hinterher auswerten. Hierzu werden wir Ihnen noch eine Einverständniserklärung zusenden.“

Der Termin für die Gruppendiskussion wird am .....Juli 2009 sein.

Wir sind gerade dabei, die Gesprächsrunde zusammenzustellen. Dazu müssen wir bestimmte Kriterien berücksichtigen, d. h. es kann sein, dass wir nicht jeden einladen können, der Interesse an der Gesprächsrunde hat. Wir melden uns in jedem Fall wieder bei Ihnen. Bitte merken Sie sich den Termin in jedem Fall vor. Auf Wiederhören und vielen Dank!“

→ Arzt/Ärztin nein:

1. „Für uns wäre es wichtig, dennoch ein paar Daten von Ihnen zu erfragen, nämlich:“
2. Daten erheben (gemäß Protokoll Erstkontakt-Telefon).
3. „Vielen Dank für Ihre Zeit! Auf Wiederhören“

## 9 Anhang

**Protokoll: Erstkontakt-Telefonat**

**Nr.\*:**

**Telefonat durch:**

**Datum:**

Zusage:  nein

ja

Grund der Absage:

Termin:  möglich  nicht möglich

Geschlecht:  männlich  weiblich

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

**Wie lange arbeiten Sie schon als Arzt bzw. Ärztin?** \_\_\_\_\_ Jahre

**Wie viele Jahre Berufserfahrung als Hausarzt haben Sie?** \_\_\_\_\_ Jahre

**Wie viele Jahre sind Sie schon in der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin tätig?**  
\_\_\_\_\_ Jahre

Welche Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnung haben Sie?

AM  AM-IN  AM/ArM  AM/BM Umfang der Tätigkeit: \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_%

ArM  ArM/sonst. Facharzt \_\_\_\_\_ (AM) (ArM/BM)

**Wie arbeiten Sie? Als Hausarzt in...**

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Praxisort:

ländlich

städtisch

dazwischen

Behandlungsvolumen\*:  eher niedriges  eher mittleres  eher hohes

\* gemessen an Scheinen pro Quartal (bis 700 eher niedriges, 700 bis 1400 eher mittleres, mehr als 1400 eher hohes Behandlungsvolumen)

**Als Arbeitsmediziner / Betriebsarzt ....**

angestellter Betriebsarzt eines Betriebs / mehrerer Betriebe

angestellter Betriebsarzt, überbetrieblicher Dienst, betreut einen Betrieb

angestellter Betriebsarzt, überbetrieblicher Dienst, betreut mehrere Betriebe

freiberuflicher Betriebsarzt eines Betriebs / mehrerer Betriebe

andere arbeitsmedizinische Tätigkeit: \_\_\_\_\_

sonstiges: \_\_\_\_\_

Bei Zusage Titel, Name und Anschrift:

\* Code-Nr.: AM / AM-IN: 101, 102, ..., AM-ArM / AM-BM: 201, 202, ..., ArM / BM: 301, 302,...

AM: Allgemeinmedizin, AM-IN: hausärztl. Internist, ArM: Arbeitsmedizin, BM: Betriebsmedizin

**Anschreiben Teilnehmer**



**Universitätsklinikum Tübingen**

Lehrbereich Allgemeinmedizin  
Institut für Arbeits- und Sozialmedizin

Lehrbereich Allgemeinmedizin

Leiter Dr. med. Michael Datz  
Dr. med. Dipl.-Phys. Manfred Eissler

Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Dr. med. Dirk Moßhammer MPH  
Telefon: 07071/29-80255

[dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de](mailto:dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de)

Sekretariat Frau Orlikowsky-Rein  
Tel.: 07071/29-85213, Fax: 07071/29-5896

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin

Kommissarische Leiterin

Frau PD Dr. med. Monika Rieger  
[monika.rieger@med.uni-tuebingen.de](mailto:monika.rieger@med.uni-tuebingen.de)  
Tel.: 07071/29-86809

Tübingen, den 1.7.2009

**Teilnahme am Fokusgruppeninterview (Gruppendiskussion) zum  
Thema „Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Versorgung“**

Sehr geehrte/r ...,

vielen Dank für Ihr Interesse an der o.g. Untersuchung. Wie telefonisch vereinbart erhalten Sie hiermit nochmals die wichtigsten Informationen zur Untersuchung. Zunächst bitte ich Sie, den Termin für das Fokusgruppeninterview zu notieren.

Dieses wird stattfinden am: 15.7.2009 um 19 Uhr

Ort: Institut für Arbeits- und Sozialmedizin  
Bibliothek (Raum EG 18)  
Wilhelmstraße 27  
72074 Tübingen

Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50,- EURO.  
Damit wir Planungssicherheit haben, wären wir Ihnen für eine kurze Rückmeldung per Fax dankbar (vgl. Beiblatt)

## 9 Anhang

Beim Fokusgruppeninterview handelt es sich um eine moderierte Gruppendiskussion von ca. 120 Minuten Dauer. Hierbei werden von einem Moderator oder einer Moderatorin einige Fragen zum Thema an die Runde gestellt und dann in dieser diskutiert. Die Diskussion wird mittels digitaler Ton- und Videomitschnitte dokumentiert, pseudonymisiert verschriftet (transkribiert) und ausgewertet. Die Videoaufnahmen werden nach Erstellung des Transkriptes, die Tonmitschnitte spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse vernichtet. Bis zu diesem Zeitpunkt werden sie unter Verschluss aufbewahrt und sind nur den am o.g. Forschungsprojekt beteiligten Personen zugänglich.

**Hintergrund der Untersuchung:** Bisher ist die Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Versorgung in Deutschland nahezu nicht erforscht. Es darf jedoch vermutet werden, dass es in diesem Bereich Verbesserungsmöglichkeiten gibt, die allen Akteuren die tägliche Arbeit erleichtern können. Ziel dieser Untersuchung ist es, u.a. diese Verbesserungsmöglichkeiten zu beschreiben.

Ich würde mich freuen, wenn Sie als Vertreterin der Gruppe „BetriebsärztInnen mit zusätzlicher personalärztlicher Funktion“ Ihre Meinung zum Thema in die Gruppendiskussion einbringen könnten. Eine ähnliche Diskussion wird auch für Kolleginnen und Kollegen angeboten, die als Hausärzte arbeiten, bzw. für Ärzte, die haus- und betriebsärztlich tätig sind.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihr Interesse und freue mich schon jetzt auf ein lebhaftes und interessantes Gruppeninterview mit Ihnen und Ihren KollegInnen und verbleibe bis dahin mit freundlichen und kollegialen Grüßen

PD Dr. med. Monika A. Rieger  
Institut für Arbeits- und Sozialmedizin

9 Anhang

**Fax-Antwortformular (A)**

**Bitte kurzfristig (bis spätestens 3.7.2009) zurücksenden an: 07071/29-4362**

An dem Fokusgruppeninterview am Mittwoch, 15.07.2009, um 19 Uhr

*nehme ich teil*

*nehme ich doch nicht teil*

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift

## 9 Anhang

### **Einverständniserklärung**

Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Österbergstraße 9, 72074 Tübingen, Dr. Michael Datz, Dr. Manfred Eissler, Tel. 07071/29-86809  
Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen, Dr. Monika A. Rieger, Tel. 07071/29-85213

„Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die am ..... bei dem unter meiner Beteiligung durchgeführten Fokusgruppeninterview angefertigten digitalen Ton- und Videomitschnitte anonymisiert verschriftlicht (transkribiert) und ausgewertet werden im Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit „Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Versorgung“. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftlichte Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke (einschließlich Qualifizierungsarbeiten wie z. B. Dissertationen) verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, pseudonymisiert werden.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass das verschriftlichte Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte ebenfalls zu Unterrichtszwecken am Lehrbereich Allgemeinmedizin und am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen verwendet werden darf. Auch hier wurde mir zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, pseudonymisiert werden. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass das verschriftlichte pseudonymisierte Material für weitere Forschungsprojekte des Lehrbereichs Allgemeinmedizin oder des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass die Videoaufnahmen nach Erstellung des Transkriptes vernichtet werden. Ebenso werden die Tonmitschnitte spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse vernichtet. Bis zu diesem Zeitpunkt werden sie unter Verschluss aufbewahrt und sind nur den am o.g. Forschungsprojekt beteiligten Personen zugänglich.  
Ein Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

Name des Teilnehmers

Ort, Datum, Unterschrift

## 9 Anhang

### Leitfragen – haus- oder betriebsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte

#### Fokusgruppe (*Dauer: ca. 120 Min.*)

#### Kooperation zwischen Betriebsärzten und Hausärzten

<b>1. Einleitung</b>	<b>10 Min</b>
----------------------	---------------

- Vorstellung von Moderator und Abteilung
- Hinweis auf Unabhängigkeit, Aufzeichnung und Datenschutz
- Erklärung zum Ablauf der Fokusgruppe (Vorstellung des Protokollanten)
- Erklärung zu spontaner Äußerung und freier Assoziation
- Vorstellung der Teilnehmer: Name, Wohnort, seit wann als Arzt tätig

<b>2. Eingangsfragen (Warm-up)</b>	<b>15 Min</b>
------------------------------------	---------------

#### Allgemeine Erfahrungen

- Beschreiben Sie doch mal Ihre allgemeinen Erfahrungen mit Betriebsärzten/ Hausärzten. Können sie ein konkretes Beispiel geben?
- Welche positiven Erfahrungen haben Sie mit Betriebsärzten/ Hausärzten gemacht? Warum?
- Welche negativen Erfahrungen haben Sie mit Betriebsärzten/ Hausärzten gemacht? Warum?
- Haben Sie diese Erfahrung im Speziellen mit Betriebsärzten/ Hausärzten gemacht oder auch mit Ärzten aus anderen Fachrichtungen/Einrichtungen? (Falls ja: Warum im Speziellen mit Betriebsärzten/ Hausärzten)?

<b>3. Hauptfragen</b>	<b>50 Min</b>
-----------------------	---------------

#### Reflexion/ Relevanz der eigenen Profession (10 Minuten)

- Sie sind nun als Betriebsarzt/ Hausarzt tätig. Wenn Sie nun an Ihre **eigene Tätigkeit** denken: Welche **Aufgaben** haben Sie als Betriebsarzt/ Hausarzt?
- Wie beurteilen Sie die **Relevanz** Ihrer Profession? Was macht Ihren Beruf Ihrer Meinung nach **besonders** (im Vergleich zu anderen Fachgebieten)?

## 9 Anhang

### Reflexion/ Relevanz der anderen Profession (10 Minuten)

- Wenn Sie nun an den Betriebsarzt/ Hausarzt denken: Über welche **Aufgaben** verfügt ein Betriebsarzt/ Hausarzt?
- Wie beurteilen Sie die **Relevanz** seiner Profession? Was macht diesen Beruf so besonders?
- Wenn Sie nun Ihren Beruf mit dem Beruf des Betriebsarztes/ Hausarztes vergleichen, verfügt einer der Berufe über **mehr Relevanz**? Warum (nicht)?

### Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt (10 Minuten)

- Nun haben Sie über beide Berufe reflektieren können. Wenn man nun beide Berufe in Betracht zieht: wo gibt es **Notwendigkeiten der Kooperation**? Wo könnte man sich in der Zusammenarbeit ergänzen?
- Wovon können Sie bei einer Kooperation **profitieren**? Welchen **Nutzen** haben **die Anderen** (Betriebsärzte/ Hausärzte)?
- Könnte es zu **Kooperationsschwierigkeiten** kommen? Warum? Wo sehen Sie **Barrieren**? (**MOD**: Falls nicht genannt, **strukturelle Probleme/ Barrieren** ansprechen)

### Patienten (20 Minuten)

- Welche **Patienten/ Beschäftigte profitieren** Ihrer Meinung nach besonders von einer Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt? [**MOD**: Falls nicht genannt, sollte abgefragt werden:
- **Chronisch Kranke** (z. B. Diabetes, pAVK, KHK, Asthma), **Langzeiterkrankte** bei Wiedereingliederung, Sucht, psychisch Erkrankte]
  - Wie sieht es eigentlich aus mit **Älteren**?
  - Wie sieht es aus mit **Schwerbehinderten**?

<b>4. Schlussfragen (Wrap-up)</b>
-----------------------------------

<b>15 min</b>
---------------

### Optimierungsmöglichkeiten

- Welche **Optimierungsmöglichkeiten** gibt es für die Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt?
- (**MOD**: Falls noch nicht als Optimierungsmöglichkeit genannt): Es gibt bereits **Maßnahmen**, um die Kooperation und Kommunikation zwischen Betriebs- und Hausärzten zu verbessern.

## 9 Anhang

- Betriebsärzte bieten regelmäßige **Betriebsbegehungen** an, damit Niedergelassene auch mal hinter die Mauern von Betrieben schauen können.
- **Regionale Qualitätszirkel** werden angeboten, zu denen sich Betriebs- und Hausärzte treffen können.
- Was **halten Sie** von solchen Maßnahmen?

### Blitzrunde

- Was wollten Sie Hausärzte/ Betriebsärzte **schon immer sagen**?

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## 9 Anhang

### Leitfragen – haus- und betriebsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte

#### Fokusgruppe (*Dauer: 120 Min.*)

#### Kooperation zwischen Betriebsärzten und Hausärzten

<b>1. Einleitung</b>	<b>10 Min</b>
----------------------	---------------

- Vorstellung von Moderator und Abteilung
- Hinweis auf Unabhängigkeit, Aufzeichnung und Datenschutz
- Erklärung zum Ablauf der Fokusgruppe (Vorstellung der Protokollanten)
- Erklärung zu spontaner Äußerung und freier Assoziation
- Vorstellung der Teilnehmer: Name, Wohnort, seit wann als Arzt tätig

<b>2. Eingangsfragen (Warm-up)</b>	<b>15 Min</b>
------------------------------------	---------------

#### Allgemeine Erfahrungen

*Sie sind ja in beiden Bereichen – der Allgemeinmedizin wie der Betriebsmedizin – tätig.*

- Beschreiben Sie doch mal Ihre allgemeinen Erfahrungen mit Kollegen, die ausschließlich in der Betriebs- oder Allgemeinmedizin tätig sind. Können sie ein konkretes Beispiel geben?
- Welche positiven Erfahrungen haben Sie mit diesen Kollegen gemacht? Warum?
- Welche negativen Erfahrungen haben Sie mit diesen Kollegen gemacht? Warum?
- Haben Sie diese Erfahrung im Speziellen mit diesen Kollegen gemacht oder auch mit Ärzten aus anderen Fachrichtungen/Einrichtungen? (Falls ja: Warum im Speziellen mit diesen Kollegen)?

<b>3. Hauptfragen</b>	<b>50 Min</b>
-----------------------	---------------

#### Reflexion/ Relevanz der eigenen Profession (10 Minuten)

- Sie sind nun *in beiden Bereichen* tätig. Wenn Sie nun an Ihre **eigene Tätigkeit** denken: Welche **Aufgaben** haben Sie als Betriebsarzt- und Hausarzt?
- Wie beurteilen Sie die **Relevanz** Ihrer Profession? Was macht Ihren Beruf Ihrer Meinung nach **besonders** (im Vergleich zu anderen Fachgebieten oder zu jenen die ausschließlich Betriebs- oder Allgemeinmedizin betreiben)?

## 9 Anhang

- (falls nicht genannt: Unterschied zwischen Position Allgemeinmediziner und Betriebsarzt aufgreifen → Barrieren)

### Reflexion / Relevanz der ausschließlich anderen Profession (10 Minuten)

- Wenn Sie nun an den Betriebs- oder an den Hausarzt denken: Über welche **Aufgaben** verfügt der Betriebsarzt oder der Hausarzt?
- Wie beurteilen Sie die **Relevanz** deren Profession (also die des Betriebs- und die des Hausarztes)? Was macht diesen Beruf so besonders?
- Wenn Sie nun Ihren Beruf mit dem Beruf des ausschließlichen Betriebsarztes oder ausschließlichen Hausarztes vergleichen, verfügt einer dieser Berufe über **mehr Relevanz**? Warum (nicht)?

### Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt (10 Minuten)

- Wo gibt es **Notwendigkeiten der Kooperation**? Wo könnte man sich in der Zusammenarbeit ergänzen?
- Wovon können Sie bei einer Kooperation **profitieren**?
- Wo kommt es zu **Kooperationsschwierigkeiten**? Warum? Wo sehen Sie **Barrieren**? (**MOD**: Falls nicht genannt, **strukturelle Probleme/ Barrieren** ansprechen)

### Patienten (20 Minuten)

- Welche **Patienten/ Beschäftigte profitieren** Ihrer Meinung nach besonders von einer Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt? [**MOD**: Falls nicht genannt, sollte abgefragt werden:
  - **Chronisch Kranke** (z. B. Diabetes, pAVK, KHK, Asthma), **Langzeiterkrankte** bei Wiedereingliederung, Sucht, psychisch Erkrankte?
    - Wie sieht es eigentlich aus mit **Älteren**?
    - Wie sieht es aus mit **Schwerbehinderten**?]

<b>4. Schlussfragen (Wrap-up)</b>
-----------------------------------

<b>15 min</b>
---------------

### Optimierungsmöglichkeiten

- Welche **Optimierungsmöglichkeiten** gibt es für die Kooperation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt?
- (**MOD**: Falls noch nicht als Optimierungsmöglichkeit genannt): Es gibt bereits **Maßnahmen**, um die Kooperation und Kommunikation zwischen Betriebs- und Hausärzten zu verbessern.

## 9 Anhang

- Betriebsärzte bieten regelmäßige **Betriebsbegehungen** an, damit Niedergelassene auch mal hinter die Mauern von Betrieben schauen können
- **Regionale Qualitätszirkel** werden angeboten, zu denen sich Betriebs- und Hausärzte treffen können
- Was **halten Sie** von solchen Maßnahmen?

### **Blitzrunde**

- Was wollten Sie den ausschließlich hausärztlich Tätigen **schon immer sagen**?
- Was wollten Sie den ausschließlich betriebsärztlich Tätigen **schon immer sagen**?

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## 9 Anhang

### **Einladung zur Ergebnispräsentation und -diskussion**

Tübingen, den 22.09.2010

#### **Betr.: Studie zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

es ist mittlerweile etwas mehr als ein Jahr vergangen, seit Sie an der Gruppendiskussion im Rahmen unserer Studie teilgenommen haben. Sie haben uns damals ihre Erfahrungen und Ansichten zum Thema Kooperation zwischen Hausärzten und Betriebsärzten mitgeteilt und mit Ihren Kolleginnen und Kollegen diskutiert. Zuallererst möchten wir uns nochmal herzlich bei Ihnen für ihre Teilnahme bedanken. Wir haben jede der drei von uns durchgeführten Diskussionsrunden als sehr lebendig, offen und für uns sehr ergiebig erlebt. Mittlerweile sind wir mit der Auswertung der Gespräche an einem Punkt angekommen, an dem sich erste Ergebnisse zeigen.

Wir würden Ihnen unsere Ergebnisse sehr gerne bei einem kleinen Nachtreffen präsentieren und Sie so zu einem frühen Zeitpunkt teilhaben lassen an unseren Auswertungen. Zugleich sind wir aber auch sehr an Ihrer Meinung zu den von uns beschriebenen Ergebnissen interessiert.

Die Ergebnispräsentation und Ergebnisdiskussion mit Ihnen wird stattfinden am

Mittwoch, den 20. Oktober um 19.00 Uhr

Ort: Bibliothek des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin, Raum EG 18  
Wilhelmstraße 27, Tübingen

Anders als die Gruppendiskussion letztes Jahr wird dieses Treffen für alle Ärztinnen und Ärzte gemeinsam durchgeführt. So können Sie auch die Kolleginnen und Kollegen der anderen beiden Gruppen kennen lernen und sich mit diesen austauschen zu unseren Ergebnissen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an dem Treffen teilnehmen könnten. Bitte geben Sie uns auf dem beigefügten Fax-Antwortformular bis zum 6.10. Rückmeldung, ob wir mit Ihrem Kommen rechnen können. Abschließend nochmals herzlichen Dank für Ihre Studienteilnahme.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen auch im Namen von Herrn Dr. Moßhammer und den studentischen Mitwirkenden im „Fokusgruppenteam“,

Prof. Dr. Monika A. Rieger

**Fax-Antwortformular (B)**

bitte bis 6.10.2010 zurücksenden

FAX: 07071/29-4362

Absender: Stempel .....

.....

Telefon / Fax .....

und e-mail .....

**Studie zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten**

An der Ergebnispräsentation mit Diskussion am 20.10.2010 und 19 Uhr werde ich

- teilnehmen
- nicht teilnehmen.

Haben Sie Interesse an einer Zusendung der Ergebnisse, sobald diese veröffentlicht werden? Dies wird voraussichtlich bis mindestens Mitte nächsten Jahres dauern.

- ja, bitte senden Sie mir veröffentlichte Ergebnisse der Studie zu
- nein, ich bin an einer Zusendung der Ergebnisse nicht interessiert.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift