

Die neue Rolle des Betriebsarztes im Reha-Verfahren

– ein zukunftsorientierter Weg im BEM? –

Dr. med. Barbara Losch-Hintze, Ärztin für Arbeitsmedizin CDMP

Dr. Michael Sehling, Arzt für Arbeitsmedizin, LV Baden / VDBW



Zusammenfassung:

Seit dem 1. 1. 2008 ist „die Vereinbarung zur Einbindung von Betriebsärzten in den Rehabilitationsprozess“, abgeschlossen zwischen der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und dem VdBW in Kraft. Erstmals wird mit dieser Vereinbarung die besondere Kompetenz der Betriebsärzte im Reha-Prozess durch eine DRV ausdrücklich (§ 1) anerkannt und genutzt. Der VdBW unterstützt mit seiner Unterschrift unter diesen Vertrag den Wunsch der Betriebsärzte, eine Reha-Maßnahme nicht nur anzuregen, sondern im ganzen Prozess eingebunden zu bleiben. Die Vereinbarung weist allen Beteiligten am Reha-Verfahren in jeder Phase des Reha-Prozesses vom Antragsverfahren bis zur Wiedereingliederung spezifische Aufgaben zu. Für den Betriebsarzt ist dies (§ 4) :

- Erstellung des Befundberichtes und eines Arbeitsplatzprofils
- Unterstützung der Reha-Einrichtung bei der Festlegung der Reha-Ziele
- Beratung der Reha-Einrichtung zum Wiedereingliederungsverfahren
- Umsetzung der Wiedereingliederung
- arbeitsmedizinische Beurteilung des Rehabilitanden 6 Monate nach Beendigung der Reha.

Beispielgebend neu ist die nachgehende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden und seiner beruflichen Situation nach 6 Monaten.

Die direkte Kommunikation zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt soll mit dem Verfahren gefördert werden

Dieses in der Vereinbarung festgelegte Verfahren ermöglicht dem Betriebsarzt die Wiedereingliederung frühzeitig und zielgenau zu planen. Der Rehabilitand findet in seinem Betriebsarzt über das gesamte Reha-Verfahren hinweg einen kompetenten Ansprechpartner. Darüberhinaus bietet sich diese Kooperation als ein Instrument an, die den Betriebsarzt zu einem aktiv handelnden Experten im betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement werden läßt.

Ausgangslage

Mit dem Älterwerden kommen die „Zipperlein“, „Abnützungerscheinungen“, die zu Beschwerden und Krankheit führen. Die Krankenkassen-Statistiken bestätigen bei steigendem Alter eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit und -Dauer, insbesondere der chronischen Krankheiten, die in der Regel Leistungseinschränkungen bis hin zur Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern bedeuten. Bezogen auf die Diskussion der demografischen Entwicklung, der „Rente mit 67“ und des drohenden Fachkräfte-Mangels werden diese „Alterszipperlein“ auch ein betriebliches Thema, das ein ganz rasch an Bedeutung zunehmendes Handlungsfeld wird, in dem sich die Betriebsärzte mit ihrem Expertenwissen einmischen sollten.

Aber auch „jung sein“ ist kein Synonym für „gesund und leistungsfähig sein“. Die sogenannten Wohlstandskrankheiten einerseits, sowie aber auch der Belastungswandel in der Arbeitswelt zu

vermehrter psychischer Beanspruchung andererseits schaffen auch bei Jüngeren so manches Handicap.

Es gibt kaum ein Großbetrieb, der nicht mit gesundheitspräventiven Ansätzen versucht, zukunftsorientiert dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Hier bestehen nicht nur im primärpräventiven Sektor Programme, sondern auch Maßnahmen und Prozesse zur sekundären und tertiären Gesundheitsprävention im Sinne eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Z. B. nutzen diese Unternehmen Verbesserungspotenziale in der medizinischen Rehabilitation bereits mit wissenschaftlich nachgewiesenem Erfolg (Lit. 4), indem sie in Kooperationsverträgen mit der zuständigen Rentenversicherung und Rehakliniken konsiliarische Beratungen zwischen Betriebsarzt und Reha-Arzt vereinbart haben mit dem Ziel, die Reha-Ziele klarer zu definieren und die Wiedereingliederung frühzeitig und angepasst vorzubereiten.

Doch der Großteil (60 %) der deutschen Arbeitnehmer arbeiten in den sogenannten KMU's (95 % aller deutschen Betriebe), denen nicht nur die hierfür notwendigen Strukturen fehlen, sondern denen es vielfach auch an Wissen und/oder auch Einsicht in den Nutzen eines präventiv ausgerichteten Gesundheitsmanagements mangelt. Zugegebenermaßen, einem kleineren Betrieb, der nur einen kurzen Planungshorizont hat, einen „return of invest“ von primärpräventiven Maßnahmen zu vermitteln dürfte schwierig sein. Aber einen erfolgreichen „return to work“ eines Mit-

arbeiters, den er aufgrund dessen Fachwissens nicht so einfach ersetzen kann, dürfte ihn motivieren, tätig zu werden. Im Übrigen fordert ihn an dieser Stelle das SGB IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“), insbesondere der § 84 (Prävention) (Lit. 2): Hierin wird der Arbeitgeber verpflichtet, die Möglichkeiten zu klären, wenn „Beschäftigte innerhalb 1 Jahres länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind... wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- bzw Betriebsarzt hinzugezogen...“ Der Auftrag des Gesetzgebers richtet sich an den Unternehmer, dieser hat jedoch, insbesondere, wenn es sich um kleinere und mittlere Unternehmen handelt, weder die Zeit noch das Expertenwissen, sich um dieses Thema zu kümmern. Er wird also die Hilfe eines Experten in Anspruch nehmen müssen. Was liegt also näher, als hier den Betriebsarzt zu beauftragen. Dieses eröffnet dem Betriebsarzt Spielraum zur Gestaltung seiner Beratungsleistung für den Arbeitgeber aber auch für die Arbeitnehmer. Die medizinische Rehabilitation könnte durchaus ein Instrument sein, einen erkrankten Mitarbeiter zielgerichtet in seine berufliche Tätigkeit zurück zu begleiten. Ist dies in der aktuellen Realität wirklich so?

Die medizinische Rehabilitation hat ein auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit ausgerichtetes Ziel. Das wird explizit im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) § 26 deutlich (s. Kasten 1). Es sollen die Auswirkungen einer durch eine Erkrankung verursachte Störung der Funktionalität beseitigt bzw. gelindert werden, sodass die Beschäftigungsfähigkeit erhalten bleibt.

SGB IX, § 26

„(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern...“

Bei diesem gesetzlich vorgegebenen Auftrag ist es sehr verwunderlich, dass bisher die betriebsärztliche Kompetenz bei der Einleitung und Durchführung der Rehabilitation nicht gefragt ist. Allenfalls bei der Rückkehr des Patienten an den Arbeitsplatz wird der Betriebsarzt eingeschaltet, entweder vom Arbeitgeber, der nicht weiß, wie er die sozialmedizinische Beurteilung konkretisieren soll oder von dem Kostenträger der Rehabilitation, der wissen will, wie groß der weitere Teilhabebedarf des Versicherten ist.

Da ein systematischer Informationsfluss zwischen Betriebsarzt und Reha-Arzt fehlt, kann das eine Fehleinschätzung der realen Arbeitsplatzanforderungen bezüglich der krankheitsbedingten Funktionsdefizite der Rehabilitanden zur Folge haben. Der Arzt in der Reha-Einrichtung ist allein auf die Schilderungen seiner Patienten angewiesen. Diese Arbeitsplatzbeschreibungen sind beeinflusst durch die individuelle Krankheitsverarbeitung, d. h. durch die Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Erwartungen der Patienten.

Hinzu kommen die (manchmal auch von Theorie geprägten) Vorstellungen,

die sich der Reha-Mediziner, dem insbesondere die gewerbliche Arbeitswelt in der Regel fremd ist, aufgrund dieser Schilderungen macht.

Wenig oder gar keine Beachtung findet das weitere betriebliche und soziale Umfeld, was für einen erfolgreichen Wiedereingliederungsprozess ebenso entscheidend sein kann.

Dieser bislang weitgehend fehlende Informationsaustausch zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt muß zwangsläufig Auswirkung auf die Zielsetzung der Reha bezüglich der Arbeitsplatzorientierung haben und kann nur hinderlich sein in der Koordination der beruflichen Wiedereingliederung.

Das hat in einem Teil der Fälle kontraproduktive Folgen. Die AU-Zeiten verlängern sich! Davon profitiert keiner. Für den Patienten gehen in der Wartezeit zuhause evtl. therapeutische Effekte wieder verloren. Aber schlimmer noch, der Patient wird bezüglich seiner eigenen Einschätzung seiner Fähigkeit zur Wiederaufnahme seiner Beschäftigung verunsichert. Er erfährt, was er eigentlich nicht mehr können darf, ohne zu erfahren, was er an seinem konkreten Arbeitsplatz tatsächlich noch zu leisten imstande wäre. Damit erhält seine Erkrankung in seinem Erleben eine zunehmend negative Bedeutung, was letztlich auch eine (weitere) Chronifizierung fördert.

Für den Arbeitgeber und die Sozialversicherung bedeutet dies zusätzliche Kosten.

Eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Rehabilitation liesse sich allein schon durch eine systematische Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Arzt erzielen. Dies belegen mittlerweile mehrere rehawissenschaftliche Studien (Lit. 6, 7).

Vor diesem Hintergrund entstand die „Vereinbarung zur Einbindung von Betriebsärzten in den Rehabilitationsprozess“, abgeschlossen zwischen dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VdBW) und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, die seit dem 1. 1. 2008 für die dort Versicherten in Kraft getreten ist.

Der Ursprung der Vereinbarung liegt in der Umsetzung einer Forderung des SGB IX im § 13 benannt „Gemeinsame Empfehlungen“ (s. Kasten 2). Erstmals in Deutschland setzt eine DRV dieses Gesetz hinsichtlich der Einbeziehung der Betriebsärzte mit dieser Vereinbarung um!

SGB IX § 13

...
 (2) Die Rehabilitationsträger ... vereinbaren darüberhinaus gemeinsame Empfehlungen,
 ...
 8. in welchen Fällen und in welcher Weise ... der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind, ...

Der Wunsch der Betriebsärzte nach einer stärkeren Einbindung in das Reha-Verfahren ist gegeben:

Seidel hat 2002 (Lit. 5) 300 Betriebsärzte aus Baden Württemberg befragt, um ihre Rolle im Rehaverfahren zu untersuchen. 86 % der Befragten gaben damals an, Reha-Verfahren anzuregen, aber dann nicht mehr gefragt zu sein und keine Information über den weiteren Verlauf zu erhalten. Denn Kontakte zu den Reha-Einrichtungen bestehen bei ca. 90 % der Befragten selten oder nie. Dabei werden gerade die Informationen über das Reha-Ergebnis dringend für die Wiedereingliederung benötigt. Hier hilft der in der Regel gute Kontakt mit dem Hausarzt. Dieser Umweg kostet in der Regel aber wertvolle Zeit.

Dabei sind es nicht die Patienten, die den Kontakt mit der Reha-Einrichtung behindern würden. In der Studie aus Schleswig Holstein (Lit. 7) waren ¾ der Patienten mit einer Kontaktaufnahme zum Zwecke der Wiedereingliederung einverstanden. Nur 5 % lehnten dies wegen eines nicht ausreichenden Vertrauensverhältnis ab.

Für eine wirksame Verbesserung bedarf es einer Änderung des Verfahrens.

Die Zielsetzung

Dies war Anliegen der neuen „Vereinbarung in Baden Württemberg zur Einbindung von Betriebsärzten in den Rehabilitationsprozess“.

Ausdrücklich bekennt sich hierin die DRV Baden-Württemberg dazu, die Rolle des Betriebsarztes „in der Einleitung und Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen... sowie nachgehender Maßnahmen zu stärken“ (Zitat aus § 1) (Lit. 1). Durch einen damit möglichen frühzeitigen und verbesserten gegenseitigen Informationsfluß soll „eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnis-Qualität“ (Lit. 1) erreicht werden.

Die DRV Baden-Württemberg erkennt hiermit die besondere Kompetenz des Betriebsarztes als Kooperationspartner im Rehamanagement an. Seine Arbeit im Betrieb verschafft ihm nicht nur Wissen über den Gesundheitszustand der Belegschaft. Sondern durch die Kenntnis der Arbeitsplatzverhältnisse und des betrieblichen Umfeldes ist er in der Lage, die Konsequenzen einer Gesundheitsproblematik eines Beschäftigten hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit an seinem Arbeitsplatz einzuschätzen. Dem Betriebsarzt eröffnet die Vereinbarung daher nicht nur neue Möglichkeiten, sondern sie weist ihm auch klar definierte Aufgaben zu. (s. Abb. Ablaufdiagramm)

Die DRV erwartet, dass der Betriebsarzt im Rahmen seiner Untersuchungs- und Betreuungstätigkeit frühzeitig einen Rehabedarf durch Abgleich des Fähigkeits- und Anforderungsprofils bei seinem Patienten erkennt, wenn eine Verbesserung der funktionellen Defizite seines Patienten auf diesem Wege erreichbar erscheint (Voraussetzung zur Reha-Gewährung, SGB VI § 10).

Der Betriebsarzt sollte sodann seinen Patienten zur Antragsstellung beraten und den ärztlichen Befundbericht auf dem bisher üblichen Formular erstellen. Als Bestandteil des Befundberichtes wurde aber neu in dem Verfahren ein zusätzliches Formblatt zur Erstellung des Arbeitsplatzprofils entwickelt. Dieses kann einerseits die Entscheidung der DRV unterstützen und soll andererseits für die Reha-Einrichtung als Basis zur Festlegung der Reha-Ziele und therapeutischen Strategie dienen.

Sie lehnt sich in den Items an die von dem Versicherten im Antrag geforderte Arbeitsplatzbeschreibung an und ist bewusst kurz und knapp gehalten um den Aufwand im Befundbericht nicht ausufern zu lassen. Gegebenenfalls lässt sie aber jedem ausfüllenden Betriebsarzt auch die Möglichkeit offen, durch Freitext die Beschreibung der Problematik zu erweitern. Sie soll jedoch in der Regel nur Hinweise geben. Der Austausch

Der Prozess

Der Betriebsarzt als Manager eines am Wiedereingliederungsziel ausgerichteten Rehabilitationsprozess



von Informationen, soweit noch erforderlich, und Beratung mit der Reha-Einrichtung während der laufenden Reha ist gewünscht. Sind bei Reha-Ende besondere Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz erforderlich, muß sie erfolgen.

Der Betriebsarzt übernimmt die Klärung und Umsetzung der Maßnahmen zur Wiedereingliederung im Betrieb. Damit wird der Betriebsarzt zum Begleiter während des gesamten Reha-Prozesses.

Nach Rückkehr des Patienten fragt die DRV auf einem Formblatt das Ergebnis der Wiedereingliederung ab. Darüberhinaus erwartet sie auch auf einem vergleichbar gestalteten Formblatt eine nachgehende Beurteilung des Rehabilitanden nach 6 Mon. Dabei honoriert sie dem Betriebsarzt die Rückkehrberatung und die Nachhaltigkeitsprüfung gesondert.

Die **Nachhaltigkeitsprüfung** ist absolut neu in einem solchen Verfahren und bietet eine **einmalige Chance, das Rehabilitations-Ergebnis bezüglich der Weiterbeschäftigung zu evaluieren**. Den Auftrag hierzu hat die Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA) in Verbindung mit dem Forschungsinstitut für Rehamedizin an der Universität Ulm. Geplant ist hierbei eine Evaluation der Ergebnis-Qualität, aber auch der Prozess-Qualität.

Die DRV verpflichtet sich in der Vereinbarung, den Betriebsarzt über ihre Entscheidung zum Antrag zu informieren bzw auch dafür zu sorgen, dass der Betriebsarzt in diesem Fall umgehend den Entlaßbericht erhält.

Mit dieser Vereinbarung wird eine verbindliche Vernetzung aller Beteiligten erreicht.

Schnittstellen finden sich in der Einleitungsphase mit dem Haus- bzw. behandelnden Arzt. Da dieser den Patienten kennt, und ihn ebenfalls berät, ist es ratsam, mit ihm die Maßnahme zu besprechen.

Unproblematisch ist die Schnittstelle zur DRV Baden-Württemberg. In der Entscheidungsphase ist gegebenenfalls

Aufgaben des Betriebsarztes im Rahmen der Vereinbarung

- Beratungsgespräch zur Reha-Einleitung
- Erstellung des Befundberichtes mit Arbeitsplatzprofil
- Unterstützung der Reha-Einrichtung bei der Festlegung der Reha-Ziele
- Beratung der Reha-Einrichtung zum Wiedereingliederungsverfahren
- Umsetzung der Wiedereingliederung + Dokumentation
- Arbeitsmedizinische Beurteilung des Rehabilitanden 6 Monate nach reha-Ende + Dokumentation

mit dem zuständigen Regionalzentrum ein direkter Abstimmungs-Dialog z. B. mit dem sozialmedizinischen Dienst oder auch dem Reha-Fachberater möglich.

Wesentlich und entscheidend für den Erfolg der Reha-Maßnahme ist jedoch eine gute Kommunikation mit dem Reha-Mediziner. Die Basis wird mit dem arbeitsmedizinischen Arbeitsplatz-Profil gelegt, womit der Betriebsarzt ebenfalls mitteilt, wo die Problematik aus seiner Sicht liegt. Über den Befundbericht erhält der Reha-Arzt die Möglichkeit, bei Bedarf auch während der laufenden Reha-Maßnahme, sich weitere Informationen bezüglich der Arbeitsplatz-Situation von seinem betriebsärztlichen Kollegen zu besorgen. Die Kommunikation zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt wird insbesondere im Wiedereingliederungsprozess entscheidend sein. Hier ist eine zielgenaue und frühzeitige Abstimmung erforderlich, um eine reibungslose Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Insgesamt ist eine direkte Kommunikation zwischen Betriebsarzt und Reha-Arzt noch wenig erprobt und man kennt sich in der Regel in der Aufgabenstellung noch wenig. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen sollen hier hilfreich sein.

Das Fazit

Ziel ist, dass Reha-Maßnahmen unter Einbeziehung der Betriebsärzte hinsichtlich einer erfolgreichen Wiedereingliederung effizienter sind. Die Einbindung der Betriebsärzte in nachgehende Maßnahmen ist neu und kann die Effizienz nur steigern.

Allerdings wird hierdurch dem Betriebsarzt besonderes persönliches und zeitliches Engagement abverlangt. Dieses wird nicht immer von den normalen betrieblichen Einsatzzeiten abgedeckt sein.

Im Gegenzug wird er sich im betrieblichen Eingliederungsmanagement mit diesem Instrument seinem betreuten Betrieb als kompetenter Experte präsentieren und in der Belegschaft seine Vertrauensbasis ausbauen können.

Es wird für die Zukunft der betriebsärztlichen Tätigkeit wesentlich sein, dass der Betriebsarzt mit diesem neuen Handlungsfeld des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements, das andere Professionen bereits als ein Geschäftsfeld für sich entdeckt haben, sich in einer neuen Rolle zeigt, die seinen Vertragspartnern, den betreuten Betrieben, das breite Spektrum betriebsärztlichen Handelns erkennbar macht. □

Was wäre gewesen, wenn der Betriebsarzt ... ein Fall aus dem Alltag, wie er immer wieder vorkommen könnte ...

Es handelt sich um einen 51 Jahre alten, angelernten Chemiefacharbeiter, der seit mehr als 18 Monaten arbeitsunfähig krank ist. Er wurde im Rahmen eines Bandscheibenleidens arbeitsunfähig, welches nach ca. 3 Monaten vergeblicher konservativer Bemühungen mikrochirurgisch operiert wurde. Nach der Operation kam der 51 Jahre alte Chemiarbeiter in eine medizinische Rehabilitationsbehandlung. Dabei wurden nach der Rehabilitation für ihn folgende Einschränkungen festgelegt:

Kein schweres Heben und Tragen, keine Tätigkeit in vorgebückter oder ungünstiger Arbeitshaltung, keine Überkopfarbeiten, keine ausschließlich stehende Tätigkeit, sondern im positiven Leistungsbild Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, leichte bis allenfalls mittelschwere Tätigkeit, vollschichtig über 6 Stunden täglich. Mit dieser Funktionseinstufung wurde der Rehabilitand nach 4 Wochen medizinischer Rehaehandlung für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit arbeitsunfähig entlassen. Weitere ambulante Rehaehandlung und gegebenenfalls Umsetzungsmaßnahmen im Betrieb wurden empfohlen.

Als sich der betroffene Bandscheibengeschädigte bei seinem Betrieb zurück meldete, wurde ihm bedeutet, dass ihm kein Arbeitsplatz angeboten werden könne, wo seine Einschränkungen berücksichtigt seien. Von Seiten des Betriebsrates wurde er in Richtung eines Rentenanspruchs beraten und ihm entsprechende Hilfestellung über die DGB-Rechtsstelle gegeben. Er stellte einen Rentenanspruch, dieser wurde, da der Mitarbeiter ja laut sozialmedizinischer Stellungnahme der Reha-Einrichtung für leichte bis mittelschwere Tätigkeit über 6 Stunden noch einsetzbar ist, und dies vom Rentengutachter bestätigt wurde, abgelehnt.

Jetzt nahm das Schicksal seinen Lauf, als er im Weiteren von der DGB-Rechts-

stelle über einen Widerspruch und eine Sozialgerichtsprozesseröffnung beraten wurde. An eine Wiederaufnahme der alten Beschäftigung war daher nicht mehr zu denken. Auch Anstrengungen, eine andere Arbeit zu finden, wurden von ihm nicht unternommen. Er war ja nach wie vor arbeitsunfähig und bezog von Seiten der Krankenkasse Krankengeld.

Der Betriebsarzt wurde während des gesamten Verlaufes bis zu diesem Zeitpunkt nicht eingeschaltet. Erst jetzt, nachdem er ausgesteuert wurde nach Ablauf von 18 Monaten, stellte er sich beim Betriebsarzt vor.

Er kam mit der Fragestellung, welche Chancen für eine vorzeitige Erwerbsunfähigkeitsrente oder welche anderen Möglichkeiten im Betrieb für ihn noch bestünden. Zu diesem Zeitpunkt war er eigentlich auf ein Rentenbegehren gepolt, andererseits hatte er aber erkannt, dass seine Chance hierfür sehr gering sei und er letztlich als Hartz IV-Empfänger enden würde.

Der Betriebsarzt riet ihm zu einer intensiven schmerztherapeutischen Behandlung, da mittlerweile sein LWS-Syndrom chronifiziert war. Die Schmerzbehandlung mit psychologischer Betreuung führte zu einem ersten Erfolg mit Reduktion der Schmerzsymptomatik. Der Mitarbeiter schien jetzt wieder entschlossen, seine alte Tätigkeit zumindest in reduziertem Ausmaß wieder aufzunehmen. Jetzt mit Unterstützung des Betriebsarztes wurde von den betrieblichen Entscheidungsträgern ein neuer Arbeitsplatz für ihn gesucht. Dieser entsprach zwar immer noch nicht ganz dem von der Rehaklinik vorgegebenen Arbeitsplatz-Belastbarkeits-Profil, aber die Rentenversicherung war nach einem Antrag bereit, vor allem auch im Hinblick auf eine Besserung und damit gesteigerte Belastbarkeit durch die jüngst stattgefundene Schmerzbehandlung, eine 8-wöchige Arbeitserprobung in stufenweiser Stei-

gerung von zunächst 5 und dann 7 Stunden mit Übergangsgeld zu finanzieren. Im Stadium dieser Erprobungsphase befindet sich der betroffene Mitarbeiter zur Zeit mit einer hohen Chance auf weitere Beschäftigung im alten Unternehmen.

Hier hätte durch den frühzeitigen Einsatz und die Begleitung des Betriebsarztes in dem Rehabilitationsprozess ein solch unsicherer Ausgang verhindert, zumindest aber sicher der gesamte auch für den Patienten schmerzliche Verlauf abgekürzt werden können.

Welcher Betriebsarzt kann nicht von ähnlichen Erfahrungen berichten ... □

Literatur:

- [1] Text der Vereinbarung: www.vdbw.de
Gesetzestexte zum Sozialgesetzbuch:
www.sozialgesetzbuch.de
- [2] Formulare zur Beantragung, ärztlichen Befundbericht und Arbeitsplatz-Profil:
- [3] www.driv-bw.de (Formulare & Publikationen > Ärzte > Formularpaket Betriebsärztliche Rehabilitation (B.Ä.R.))
- [4] Haase, I., Riedl, G., Birkholz, L. B., Schaefer, A., Zellner, M.: Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 37 (2002) 331–335
- [5] Seidel, H. J., Neuner, R., Schochat, Th.: Betriebsarzt und medizinische Rehabilitation – eine Befragung von Betriebsärzten in Baden-Württemberg. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 38 (2003) 228–234
- [6] Slesina, W., Weber, A., Weber, U., Schian, H. M.: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation zum Erhalt des Erwerbslebens. Herausgeber Berufsförderungswerk Hamburg Materialien zur Berufsbildung Bd. 12, Feldhaus-Verlag
- [7] Weiler, S. W., Lüdemann, A., Egler, P., Glomm, D., Wussow, A., Feige, B., Kessel, R.: Analyse struktureller Voraussetzungen für eine optimierte Zusammenarbeit zwischen Reha-Kliniken und Betriebsärzten in der Rehabilitation. In: H. Drexler, H. C. Broding, eds. *Allergien am Arbeitsplatz, koronare Herzkrankheiten und Beruf*. Fulda: Rindt-Druck. 2001: 189–193